

XXII CONGRESO

Sociedad Canaria Cirugía

Hotel H10 Taburiente Playa
Los Cancajos, La Palma

16 y 17 de
Noviembre 2023



PROGRAMA



ConSCC | 23







COMITÉ ORGANIZADOR

SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

**Alberto Felipe Bravo Gutiérrez
Iván Jesús Arteaga González
Luciano Delgado Plasencia
Nieves Doria Lorenzo Rocha
Antonio Isaac Martín Malagón
M.^a Cruz Correa Flores
Noelia de Armas Conde
Beatriz Díaz Pérez
Juana Escudero Escudero
Laura Fernández Hernández
Sara González García
Olivia González De Vera
Beatriz Guil Ortiz
Diana Carolina León Ayllon
Juan Luis López Casanova
Patricia Marrero Marrero
Fuensanta Mon Martín
Alejandro Morales Hernández
Jorge Brian Pérez Torres
Liliana Pezzeta Hernández
Ester Ramírez Caballero
Javier Rivera Castellano
M.^a Lucrecia Rodríguez Ballester
M.^a Desiree Rodríguez Castellano
Diana Rodríguez González**

COMITÉ CIENTÍFICO

**Alberto Felipe Bravo Gutiérrez
Joaquín Marchena Gómez
Manuel Barrera Gómez
Juan Ramón Hernández Hernández
Iván Arteaga González
Antonio Martín Malagón
Luciano Delgado Plasencia
Nieves Noria Lorenzo Rocha
Francisco Cruz Benavides
Esteban Pérez Alonso**



JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD CANARIA DE CIRUGÍA

Presidente: Joaquin Marchena Gómez (HUGC Dr. Negrín - Las Palmas)

Vicepresidente: Angel Carrillo Pallares (HUC Tenerife)

Vicepresidente: Gabriel García Plaza (CHUIMI Las Palmas)

Secretario: Francisco Cruz Benavides (HUGC Dr. Negrín - Las Palmas)

Tesorero: Carlos Fernández Quesada (HUGC Dr. Negrín - Las Palmas)

Vocal: María Isabel Gutiérrez Giner (CHUIMI Las Palmas)

Vocal: Vanesa Concepción Martín (HUNSC Tenerife)

Vocal: Octavio Frieyro Fernández (Fuerteventura)

Vocal: Juan Manuel Diego Gamarra (Lanzarote)

Vocal: Eusebio Jiménez García (La Palma)

Vocal: Francisco Javier Marrero Álvarez (La Gomera)

Vocal: José Antonio Ramírez Felipe (Las Palmas)

Vocal: Beatriz Guil Ortiz (Huc Tenerife)

Vocal: Maria Asunción Acosta Mérida (HUGC Dr. Negrín - Las Palmas)

Vocal: Jorge Brian Pérez Torres (HUC Tenerife)





ConSCC | 23

PROGRAMA





JUEVES 16 DE NOVIEMBRE

09:00	Entrega de Documentación
09:30-11:00	Comunicaciones Libres Moderadores: Dra. Nieves Lorenzo Rocha, CHUC Dra. Ana Tejera Hernández, CHUIMI
11:00-11:30	Descanso café
11:30-13:00	MESA REDONDA: Controversias en los comités de tumores Presidente: Dr. Julio Jordán Balanza, CHUNSC Modera: Dr. Luciano Delgado Plasencia, CHUC Whipple en pacientes añosos Dr. Antonio Martín Malagón, CHUC Recidiva del cáncer diferenciado de tiroides ¿Cuándo operar? Dra. Eugenia Caballero Rodríguez, CHUNSC Sarcomas con afectación vascular. Límites del tratamiento Dr. Gabriel García Plaza, CHUIMI Respuesta clínica aparentemente completa en el cáncer de recto ¿Qué hacemos? Dra. Eva Nogués Ramia, CHUGC Dr Negrín
13:00	Inauguración Oficial
14:00-15:30	Almuerzo Buffet Restaurante Alisios
15:30-16:30	Comunicaciones Libres Moderadores: Dr. José Alberto Fernández Rodríguez, Hospital de La Palma Dr. Iván Soto Darías, CHUIMI
16:30-18:00	MESA REDONDA: Innovaciones en Cirugía Presidente: Dr. Octavio Frieyro Fernández, Hosp. Gral. de Fuerteventura Modera: Dr. Joaquín Marchena Gómez, CHUGC Dr Negrín La inteligencia artificial en cirugía Dra. M ^a Asunción Acosta Mérida, CHUGC Dr Negrín Cirugía robótica en 2023 Dr. Alberto Felipe Bravo Gutiérrez, CHUC



	Realidad virtual aplicada a la Cirugía Dr. Manuel Ángel Barrera Gómez, CHUNSC
	Cirugía endocrina cervical en el siglo XXI Dra. Isabel Gutiérrez Giner, CHUIMI
18:00-18:30	Descanso café
18:30-19:00	CONFERENCIA: Presenta: Dr. Joaquín Marchena Gómez, CHUGC Dr. Negrín Problemas legales en Cirugía: Mgt. Manuel Marchena Gómez
19:00-20:00	Comunicaciones Libres Moderadores: Dra. Carmen Díaz López, CHUNSC Dr. Carlos Fernández Quesada, CHUGC Dr Negrín
20:00	Asamblea SCC
21:30	Cena del Congreso H10 Taburiente Playa

VIERNES 17 DE NOVIEMBRE

09:00-10:30	Comunicaciones Libres Moderadores: Dra. M ^a . De la Cruz Correa Flores, CHUC Dr. Maciej Jachimczyk, Hospital de La Palma
10:30-11:00	Descanso café
11:00-12:30	MESA REDONDA: Cáncer de colon estadio IV Presidente: Dr. Eusebio Jiménez García, Hospital de La Palma Modera: Dr. Manuel Ángel Barrera Gómez, CHUNSC Quimioterapia en Cáncer de Colon estadio IV: de la Paliación a la Cura- ción Dra. Ruth Afonso Gómez, Oncología Médica CHUNSC Radiología Intervencionista en el tratamiento del Cáncer de colon: Enfo que multidisciplinar Dr. Heliodoro Vallés González, CHUC Cirugía y Metástasis Hepáticas: Uso y evolución de las Tecnologías en el Quirófano Dr. Francisco Cruz Benavides, CHUGC Dr Negrín Enfermedad peritoneal: HIPEC o no HIPEC, esa es la cuestión Dra. Vanessa Concepción Martín, CHUNSC



12:30-13:30

CONFERENCIA: Debate sobre la formación del residente
Presenta: Dr. Alberto Felipe Bravo Gutiérrez, CHUC

Formación de los residentes de cirugía en el momento actual y perspectivas de futuro
Dr. Francesc Feliu Villaró, Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona

13:30-15:00

Almuerzo Buffet Restaurante Alisios

15:00-16:00

Comunicaciones Libres

Moderadores:

Dra. Laura Fernández Hernández, CHUC

Dr. Isaac Angulo Revilla, Hospital de Fuerteventura

16:00-17:30

MESA REDONDA: Casos difíciles (basada en sesión de videos)

Preside: Dr. Juan Ramón Hernández Hernández, CHUIMI

Modera: Dr. Gabriel García Plaza, CHUIMI

Cirugía Robótica en el cáncer de recto bajo
Dr. Antonio Navarro Sánchez, CHUIMI

Complicación grave durante reparación hernia hiatal gigante asistida por robot
Dra. Beatriz Guil Ortiz, CHUC

Perforación esofágica por cuerpo extraño. Abordaje Multidisciplinar
Dr. Rajesh Gianchandani Moorjani, CHUNSC

Complejidad en cirugía pancreática mínimamente invasiva
Dr. Francisco Cruz Benavides, CHUGC Dr. Negrín

17:30-18:00

Descanso café

18:00-18:30

CONFERENCIA: Problemas asistenciales en las islas menores

Presenta: Dr. Alberto Felipe Bravo Gutiérrez, CHUC

Ponente: Dr. Eusebio Jiménez García, Hospital de La Palma

18:30-19:00

Clausura XXII Congreso SCC

Entrega de premios a la mejor comunicación oral y póster

Entrega de beca

I. SESIÓN DE COMUNICACIONES LIBRES JUEVES 09:30	12
II. SESIÓN DE COMUNICACIONES LIBRES JUEVES 15:30	28
III. SESIÓN DE COMUNICACIONES LIBRES JUEVES 19:00	40
IV. SESIÓN DE COMUNICACIONES LIBRES VIERNES 09:00	57
V. SESIÓN DE COMUNICACIONES LIBRES VIERNES 15:00	75

ConSCC | 23



SESIÓN DE
COMUNICACIONES LIBRES

JUEVES 09:30

LESIÓN DE LA RAMA MANDIBULAR DEL NERVIIO FACIAL TRAS VACIAMIENTO CERVICAL LATERAL POR CÁNCER DE TIROIDES

Ismael Anton Fernández, Ángel Luis Sánchez Álvarez, Raquel Sánchez Gutiérrez, Juan Larrubia Loring, M^a Isabel Gutiérrez Giner

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria

INTRODUCCIÓN

La lesión nerviosa que más preocupa al cirujano al tratar el cáncer de tiroides es la del nervio laríngeo recurrente por la repercusión en la calidad de vida del paciente, sobretodo si es bilateral. No obstante, existen otras complicaciones de la cirugía del cáncer de tiroides del mismo tipo, infravaloradas e infrapublicadas, como es la lesión de la rama mandibular del nervio facial, que precisa de un abordaje multiprofesional para recuperar la funcionalidad y la estética, ambas afectadas.

Presentamos el caso de una paciente de 44 años intervenida de cáncer de tiroides con dicha complicación postoperatoria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 44 que, en estudio por anemia, se realiza ecografía cervical que objetiva en el lóbulo tiroideo izquierdo un nódulo con bordes lobulados y mal definido, iso-hipoecoico, con micro y macrocalcificaciones en su interior y vascularización periférica de 21 mm y una adenopatía adyacente a glándula submandibular ipsilateral (nivel I-II), con microcalcificaciones en su interior y mínima vascularización de 16 mm. La PAAF del nódulo tiroideo es informada categoría VI de la Clasificación de Bethesda y la tiroglobulina en aspirado de la adenopatía fue de 34.65 ng/mL.

Con estos hallazgos se realizó una tiroidectomía total + vaciamiento central bilateral y vaciamiento cervical lateral izquierdo funcional de los compartimentos II, III, IV y V. La neuromonitorización intraoperatoria de ambos nervios vagos y recurrentes laríngeos obtuvo una señal superponible pre y postcirugía y la determinación de PTH intraoperatoria mostró un descenso de 77,87% con una PTH final de 15,2 pg/mL por lo que, de acuerdo a nuestro protocolo, no precisó de suplementos de calcio y vitamina D.

En el postoperatorio inmediato, en la sala de recuperación postanestésica, se objetiva asimetría de la cara con desviación y descenso de la comisura labial izquierda, que persiste a las 24 horas, momento en que es dada de alta. La paciente fue remitida al logopeda para valoración y tratamiento rehabilitador miofuncional.

DISCUSIÓN

La lesión de la rama mandibular del nervio facial en el curso del vaciamiento funcional cervical lateral se produce cuando se aborda el compartimento II del cuello, concretamente al levantar el colgajo cutáneo superior pues el nervio discurre entre el platisma y la vena facial por debajo. La lesión puede producirse por diversos mecanismos: mecánico (el más frecuente y por estiramiento), térmico o químico. Para intentar evitar lesionar dicha rama nerviosa se recomienda identificar la vena facial, ligarla y, tras seccionarla, llevarla hacia arriba con la fascia suprayacente que incluye el nervio.

Si bien es una complicación menos descrita que la lesión del nervio espinal, afecta de manera importante a la estética y a la funcionalidad oral interfiriendo en la calidad de vida de los pacientes. Por este motivo, en el proceso de consentimiento informado del paciente ante un vaciamiento lateral se debe referir como posible complicación que, si bien es generalmente transitoria, puede afectar a la vida social y laboral del paciente.

PERFORACIÓN DUODENAL TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

María Álvaro Roures, Saida Martel Lozano, Francisco Javier Alcalá Serrano, David Fernández San Millán, Mercedes Elisa Cabrera García, Gabriel García Plaza, Juan Ramón Hernández Hernández

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de G. C.

INTRODUCCIÓN

El 31% de los pacientes politraumatizados tienen afectación abdominal y entre el 1 al 4,7 % de estos casos existe alteración a nivel duodenal. La causa más frecuente es el traumatismo penetrante, aunque se han descrito en accidentes de tráfico por el impacto del volante y del manillar de la bicicleta. En cuanto al manejo todos los pacientes con inestabilidad hemodinámica o peritonitis debe realizarse revisión quirúrgica. Presentamos a continuación el siguiente caso.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 80 años que había presentado hacía 24h una caída en bicicleta y que fue encontrado en su domicilio inconsciente. El paciente fue trasladado a nuestro hospital donde se realiza TC con contraste endovenoso objetivándose perforación a nivel de la segunda porción duodenal asociado a neumoperitoneo, abundante líquido libre y pequeña cantidad de hemoperitoneo en pelvis con signos sugestivos de peritonitis. Debido al estado clínico del paciente y hallazgos de TC, se decide realizar cirugía urgente. Intraoperatoriamente, se objetivó una peritonitis biliopurulenta difusa con una perforación de 2/3 de la circunferencia entre la 1o y 2o porción duodenal quedando respetada casi la totalidad de la cara posterior. No se objetivaron lesiones a otros niveles. Tras descenso del ángulo hepático del colon y maniobra de Kocher amplia, con liberación del mesocolon transverso de la cabeza pancreática, se realizó exclusión duodenal, mediante sutura primaria de la perforación duodenal, exclusión pilórica y anastomosis gastroentérica. Durante el postoperatorio se realizó TC de control con hallazgos favorables sin objetivar neumoperitoneo. No obstante, el paciente presentó complicaciones desde el punto de vista cardiovascular, falleciendo al mes de la cirugía en la Unidad de Reanimación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La incidencia de traumatismo duodenal es muy baja pero mortal, por ello es importante tener alto índice de sospecha debido a la localización retroperitoneal y realizar maniobras de exposición completas del complejo duodeno-páncreas para valorar lesiones inadvertidas que conllevan a una elevada mortalidad. En cuanto al manejo, se recomienda realizar los mínimos gestos quirúrgicos dependiendo de la lesión OIS-AAST y el estado clínico del paciente.

HIDATIDOSIS HEPÁTICA Y PLEUROPULMONAR

María Álvaro Roures, Gabriel García Plaza, Saida Martel Lozano, Francisco Javier Alcalá Serrano, David Fernández San Millán, Mercedes Elisa Cabrera García, Juan Ramón Hernández Hernández

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de G. C.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria distribuida a nivel mundial y endémica en algunas zonas, causada por la larva del *Echinococcus*. En España, mayoritariamente esta causado por el *Echinococcus granulosus*. La transmisión se realiza por un ciclo doméstico entre el hospedador definitivo (perros) y los intermediarios (ovejas). El ser humano es un huésped accidental y suele adquirir la enfermedad al ingerir los huevos o tras manejo de material contaminado. El órgano más frecuentemente afectado es el hígado seguido del pulmón. La clínica es variable y el diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen como ecografía o TC y la serología que confirma la infección. Presentamos el siguiente caso clínico.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 51 años, natural del Sahara, ingresa en Medicina Interna de nuestro Hospital con sospecha de hidatidosis. En el TC del ingreso se describe una lesión cavitada en el lóbulo inferior derecho pulmonar de bordes gruesos con material de densidad partes blandas de aproximadamente 7.7 x 14.4 x 5.3 cm y una lesión hipodensa en el lóbulo hepático derecho de bordes lisos de aproximadamente 10.5 x 9.7 x 11.4 cm rodeada de un área de hipodensidad, sugestiva de colección, en probable contexto infeccioso. El paciente presentó serología positiva para *Echinococcus* que confirmó el diagnóstico de hidatidosis con afectación hepática y pleuropulmonar. Se pautó durante 1 mes tratamiento médico con Albendazol previo a la cirugía. Durante la cirugía hepática, se objetivó una ocupación de prácticamente la totalidad de los segmentos V-VIII por el quiste hidatídico que además presentaba adherencias al diafragma sin objetivar una clara comunicación directa istopleural. Se realizó resección total del quiste sobre un plano de tejido sano con colecistectomía y colangiografía intraoperatoria con correcto relleno de la vía biliar. El paciente presentó un postoperatorio favorable, sin incidencias. En un segundo tiempo, se realizó el abordaje torácico. Se evidenció un engrosamiento pleural derecho generalizado y un quiste de aproximadamente 10 cm con afectación pulmonar derecha e invasión de la pleura parietal posterior. Se realizó una resección segmentaria atípica pulmonar. El paciente evolucionó favorablemente. Fue dado de alta manteniendo tratamiento con Albendazol.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Actualmente, la incidencia de hidatidosis en España ha disminuido debido a los controles sanitarios, no obstante, las emigraciones de zonas endémicas a otras que no lo son, han hecho se que convierta en una enfermedad global. La presentación clínica es muy variable en función de la localización anatómica de los quistes. El diagnóstico se basa en la combinación de sospecha clínica, determinaciones serológicas y pruebas de imagen. La comunicación entre el quiste hidatídico hepático y la vía biliar es la complicación más frecuente (2-42%) y una de las más graves. Otras posibles complicaciones asociadas son la rotura del quiste, la fistulización a otros órganos o la afectación a grandes vasos entre otras. Aunque no existe un consenso claro sobre el tratamiento, la cirugía sigue siendo el tratamiento más eficaz, no estando ésta exenta de complicaciones.

CARCINOMA LOBULILLAR EN TEJIDO MAMARIO ECTÓPICO

María Álvaro Roures, Ángel L. Sánchez Álvarez, Laura García García, Isabel Gutiérrez Giner, Juan Ramón Hernández Hernández.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de G. C.

INTRODUCCIÓN

El tejido mamario ectópico se describe en un 2-6% de la población localizándose más frecuentemente en la axila y se debe a la no involución de las crestas mamarias o líneas de leche durante la embriogénesis. Se caracteriza por ser hormono-dependiente y actuar igual que una mama ortotópica por lo que puede también desarrollar la misma patología mamaria. El carcinoma de mamas accesorias se describe en menos del 1% de la población, siendo más frecuente en la raza asiática e infradiagnosticándose en muchos casos, por lo que empeora su pronóstico. Presentamos a continuación el siguiente caso.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 44 años sin antecedentes familiares ni personales de interés que presentó tras la lactancia un aumento progresivo de la región axilar izquierda. A la exploración física se palpaba una tumoración de 4cm de consistencia blanda, sin asociarse otras lesiones en mamas ni adenopatías axilares. Se solicitó ecografía dónde se objetivó tejido fibroglandular de 40 x 33 mm en relación con tejido mamario ectópico BIRADS 2 en la axila izquierda. En la axila contralateral y mamas no se objetivaron imágenes sugestivas de malignidad.

Dado los hallazgos se realizó exéresis del tejido mamario ectópico siendo la anatomía patológica definitiva para carcinoma lobulillar infiltrante de mama con componente lobulillar in situ e inmunohistoquímica positiva para receptores hormonales, Ki67 5% Ck 19 positiva E-cadherina negativa y Her 2 negativo. La paciente posteriormente fue presentada en comité multidisciplinar, decidiéndose completar la cirugía con biopsia selectiva de ganglio centinela, siendo este negativo para malignidad.

DISCUSIÓN

Debido a la baja incidencia de esta patología es necesario tener un alto nivel de sospecha clínica y realizar estudios radiológicos dirigidos, así como el manejo en unidades especializadas de mama.



RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE MASA RETROGÁSTRICA ABIGARRADA COMPATIBLE CON GIST GIGANTE DE APARICIÓN INCIDENTAL TRAS RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO POR ADENOCARCINOMA

Zaida Brito Pérez, María Asunción Acosta Mérida, María Del Mar Callejón Cara, Jose Antonio Casimiro Pérez, Carlos Fernández Quesada, Luís Piñero González
Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

OBJETIVO: Se presenta el caso de un paciente con antecedente de cirugía laparoscópica de cáncer colorrectal, que en el estudio de extensión se descubre una masa tumoral heterogénea retrogástrica con dudosos signos infiltrativos a retroperitoneo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 74 años, exfumador, diabético tipo II, hipertenso y cardiopata, intervenido hace 4 meses de resección anterior de recto laparoscópica por adenocarcinoma de unión rectosigmoidea pT3pN1b, que en el estudio de extensión mediante TAC se objetiva una masa sólida retrogástrica de bordes lobulados que parece depender del fundus gástrico, de localización subserosa de 9,3cm de diámetro mayor, sin signos de diseminación.

RESULTADOS: Se completa estudio con ecoendoscopia, que informa de una lesión bien delimitada y heterogénea, de predominio hipoeoico, con leve vascularización central y periférica, que se origina de la 4^o capa parietal gástrica a nivel del fundus. Se realiza una PAAF de la lesión, que es compatible con un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) tipo epiteloide, positivo para c-kit, DOG-1 y CD34. Se decide cirugía programada vía laparoscópica, objetivándose una gran tumoración retrogástrica heterogénea a nivel del fundus y cuerpo, de unos 15 cm, de bordes abigarrados y adherida íntimamente al hilio esplénico y cuerpo-cola pancreáticas, sin poder descartar infiltración. Se realiza una disección laboriosa de la masa, accediendo a ella desde medial a lateral, mediante gastrectomía atípica tutorizada con sonda de Foucher. Se completa la resección en bloque de forma satisfactoria, respetando el margen gástrico y el mínimo plano de clivaje con las estructuras vecinas. El paciente se va de alta al 3er día postquirúrgico, tolerando dieta triturada y completamente asintomático. El resultado de la anatomía patológica de la pieza quirúrgica fue de tumor GIST tipo mixto de alto grado de 9x9x7cm, con necrosis presente, con margen mucoso no afecto y 1 metástasis ganglionar, correspondiendo por tanto con un tumor de estadio pT3pN1.

CONCLUSIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimales raras que afectan al tracto gastrointestinal. El método de imagen de elección para su diagnóstico es el TAC abdominal, excepto los rectales, en los que la RMN da más información. El hallazgo incidental de tumores mesenquimales asociados a otros tumores primarios no ha sido bien descrito en la literatura, si bien la aparición sincrónica de GIST y otras neoplasias no es infrecuente y suele ser incidental. Los tumores epiteliales del tracto gastrointestinal son los más asociados con GIST concomitantes. El tratamiento del GIST es la resección completa con márgenes microscópicos libres, con pseudocápsula intacta (la rotura puede provocar hemorragia y diseminación). En el caso de intestino y estómago sería suficiente una resección segmentaria. En este caso se muestra la importancia del diagnóstico de imagen y seguimiento oncológico postquirúrgico así como la posibilidad de dos tumores gastrointestinales simultáneos, completamente distintos y con tratamiento y pronóstico diferente. Además mostramos como es viable el manejo mínimamente invasivo iterativo de ambos tumores en manos de un equipo con gran experiencia de cirugía laparoscópica avanzada sin demorar la cirugía para que el paciente pueda completar la pauta adyuvante, si procede.

PERFORACIÓN DIAFRAGMÁTICA TRAS GASTROPLASTIA ENDOSCÓPICA EN MANGA (MÉTODO APOLLO)

Acosta Mérida MA¹, Callejas Vallejo I¹, Ortiz López D¹, Yepes Cano A¹, Dub Machado O², Marchena Gómez J¹.

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, ²Servicio de Digestivo. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

INTRODUCCIÓN

La gastroplastia endoscópica en manga (método APOLLO®) es una técnica de restricción gástrica que se presenta como alternativa menos invasiva que la cirugía para el tratamiento de la obesidad. Se realizan suturas transmurales por vía endoscópica, que plican la pared del estómago creando una tubulización gástrica. La evidencia científica relacionada con los resultados del APOLLO® aún es limitada, pero los estudios disponibles muestran una baja tasa de eventos adversos (1,1 %).

OBJETIVOS

Presentamos el caso de una complicación grave tras la realización de una gastroplastia endoscópica con el método APOLLO®, que requirió intervención quirúrgica urgente, por perforación diafragmática

CASO CLÍNICO

Varón de 53 años, con antecedentes de obesidad tratada con el método endoscópico POSE 4 años antes, sin éxito y hernia de hiato. Peso 122kg, talla 175cm. IMC 39,8. Es trasladado desde un Centro Privado tras haberse sometido a nuevo procedimiento endoscópico para la obesidad (tipo APOLLO®), por presentar brusco deterioro respiratorio con desaturación y enfisema subcutáneo tras extubación. El paciente llegó a la Unidad de Críticos de nuestro hospital intubado 97% saturación de oxígeno, con tubo de drenaje pleural a sello de agua y precisando NA 0,1mcg/kg/min para mantener TA 110/60mmHg. Se realizó TAC tóraco-abdominal urgente con hallazgos sugestivos de perforación diafragmática y gástrica (Figura 1). Se interviene de forma urgente mediante laparoscopia exploradora, (Figuras 2 y 3), identificando varios puntos de sutura endoscópica que atraviesan la pared gástrica y penetran en el diafragma, sin lesion pericárdica ni pulmonar. Se descuelgan de la pared diafragmática (Figura 4). Se realiza hemostasia de la pared (Figura 5) y del área de hematoma perigástrico (Figura 6 y 7). Se comprueba la no extravasación de azul de metileno intraluminal gástrico tras prueba de estanqueidad y se cierra el abdomen. El paciente presentó buena evolución postquirúrgica, con recuperación hemodinámica y respiratoria, control del dolor y tolerancia oral. Alta a domicilio en el 5º día postoperatorio.

CONCLUSIONES

A pesar de que los procedimientos endoscópicos para el manejo de la obesidad se ofrecen como alternativa a la cirugía bariátrica, con aparente menor riesgo de complicaciones, éstas pueden suceder y comprometer incluso la vida del paciente. La perforación diafragmática es una complicación extremadamente rara, aunque potencialmente mortal de las técnicas endoscópicas. Es crucial un alto índice de sospecha ya que su diagnóstico clínico es muy difícil. El acceso laparoscópico, en estos casos, es factible en manos expertas, logrando mejores resultados y menor estancia hospitalaria.

ABDOMEN AGUDO POR METÁSTASIS YEYUNAL DE CÁNCER DE PULMÓN

Zaida Brito Pérez, David Ortiz López, Clara del Pilar Rosas Bermúdez, María Pelloni, María Isabel Hormiga Rodríguez, Aida Cristina Rahy Martín

Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

INTRODUCCIÓN

Hasta el 50% de los pacientes con cáncer de pulmón presentan metástasis al diagnóstico, siendo la localización intestinal poco frecuente, hasta en un 14% de los casos. Estas lesiones muy raramente ocasionan sintomatología, en el 0,2% de todos los casos y, cuando la presenta, lo hacen en forma de obstrucción intestinal o hemorragia digestiva.

Material y Métodos: Se presenta el caso de una paciente intervenida de perforación yeyunal por metástasis de cáncer de pulmón en nuestro centro.

RESULTADOS

Mujer de 64 años que ingresa a cargo de neumología para estudio de neoplasia de pulmón. En el estudio de extensión se evidencian dos metástasis cerebrales y en el PET-TC se describe una captación patológica que impresiona encontrarse en colon descendente. Se inicia tratamiento con corticoterapia y, a las 48 horas, la paciente presenta dolor abdominal difuso y vómitos. En la exploración destaca un abdomen con peritonismo difuso. Análíticamente, leucocitosis de 27.810/uL con neutrofilia y PCR 13 mg/L. El TC abdominal visualiza una perforación yeyunal, sin otros hallazgos abdominales. Se indica cirugía urgente y se realiza una laparotomía exploradora, objetivando una tumoración yeyunal de 2cm de diámetro perforada que ocasiona una peritonitis purulenta difusa. Se realiza resección yeyunal y anastomosis. Se revisa el resto de la cavidad abdominal descartando presencia de otras lesiones palpables. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta en el 8º día post-operatorio. Previo al alta se realiza colonoscopia completa que resulta normal, confirmando que el hallazgo del PET-TC se trata de superposición de imagen del tumor yeyunal. La histología de la pieza quirúrgica es compatible con metástasis de carcinoma pobremente diferenciado de pulmón.

CONCLUSIÓN

El abdomen agudo secundario a metástasis intestinal de cáncer de pulmón es muy poco frecuente. Su tratamiento es quirúrgico, sin embargo, la morbimortalidad perioperatoria es muy alta. La causa de perforación habitual suele ser la necrosis tumoral ocasionada por el tratamiento quimioterápico, pero deben tenerse en cuenta otros tratamientos como los corticoides.

ÍLEO BILIAR COLÓNICO

Raquel Bañolas Suárez, Pau Plá Sánchez, Francisco José Cruz Benavides, Natalia Afonso Luis, Carlos Fernández Quesada, Joaquín Marchena Gómez

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de G.C.

Presentamos el caso de una mujer de 79 años, con antecedentes de ERGE, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de 3 días de evolución, asociado a vómitos alimentarios y estreñimiento. Refiere molestias abdominales previas de meses de evolución, que localiza en hipocondrio derecho y de predominio postprandial. A la exploración física se encuentra estable hemodinámicamente, eupneica, afebril, presenta un abdomen discretamente distendido pero blando y depresible, doloroso de forma difusa sin defensa ni otros signos de irritación peritoneal. Signo de Murphy negativo. En el análisis de sangre destaca una elevación de la proteína C reactiva, encontrándose el resto de parámetros dentro de la normalidad. En la radiografía simple de abdomen se evidencia una gran litiasis en tercio proximal de colon descendente con dilatación del marco cólico proximal, no se objetiva neumobilia. Se amplía el estudio con una tomografía axial computarizada (TAC) abdomen-pelvis con contraste intravenoso que demuestra una vesícula biliar colapsada y paredes engrosadas, identificándose una solución de continuidad y fistulización con el colon a la altura del ángulo hepático, aerobilia y dilatación del marco colónico desde el ciego hasta tercio medio de colon descendente, donde se identifican un cambio brusco de calibre coincidiendo con una litiasis de gran tamaño (2,81 x 4.7cm) (figuras 1A y 1B), todo ello sugestivo de íleo biliar colónico. Ante dichos hallazgos se contacta con el servicio de Digestivo para intentar extracción del cálculo por vía endoscópica, descartándose dicha opción por el gran tamaño de la litiasis. Finalmente se decide tratamiento quirúrgico urgente, realizándose una laparotomía explorada: se objetiva dilatación del marco cólico con un claro cambio de calibre a nivel de colon descendente proximal, donde se palpa el gran cálculo biliar descrito en las pruebas de imagen. Se realiza colotomía longitudinal sobre la tenia y se extrae el cálculo (figuras 2). Posteriormente se realiza colorrafia con puntos sueltos de sutura reabsorbible trenzada 00. No se plantea el tratamiento de la fístula y la colecistectomía en el mismo acto. La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio, manteniéndose estable y afebril, con recuperación del tránsito intestinal y buena tolerancia oral progresiva, siendo dada de alta el décimo día postoperatorio. Presenta como complicaciones un fracaso renal prerrenal resuelto al alta.

DERMOHIPODERMITIS NECROTIZANTE EN UNA PACIENTE INMUNODEPRIMIDA POR LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Raquel Bañolas Suárez, Natalia Afonso Luis, Francisco José Cruz Benavides, Pau Plá Sánchez, Zaida Brito Pérez, Joaquín Marchena Gómez

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de G.C.

Presentamos el caso de una mujer de 70 años con antecedentes de obesidad mórbida, diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y una neoplasia de carúncula lagrimal. Diagnosticada en noviembre de 2020 de una leucemia mieloblástica aguda por la que fue tratada con quimioterapia con múltiples complicaciones derivadas como neutropenia febril o colitis pseudomembranosa por *Clostridium difficile*. Tras esto se objetiva persistencia de la enfermedad por lo que se reinicia tratamiento con buena respuesta administrándose la última dosis el 10 de octubre de 2022. El 9 de noviembre acude al Servicio de Urgencias hospitalario por un cuadro de 4 días de evolución de fiebre de hasta 38.6°C asociada a la aparición de lesiones en el hemiabdomen inferior coincidiendo con la zona de administración de heparina de bajo peso molecular. A la exploración se encontraba con buen estado general, estable y afebril. En el hemiabdomen inferior presentaba múltiples placas eritematosas, calientes, induradas, de bordes mal definidos y dolorosas a la palpación. El resto del abdomen era anodino. En la analítica destacaba una proteína C reactiva de 137.85 mg/dL, 760 leucocitos con 230 neutrófilos y una hemoglobina de 6.46 g/dL. Se realizó un ecografía abdominal que describía varias masas hiperecoicas en el tejido celular subcutáneo sugestivas de focos de celulitis sin apreciar claros abscesos. Se decidió completar el estudio con un TC de abdomen que mostraba afectación de la dermis y del tejido celular subcutáneo en relación con signos de celulitis o fascitis superficial. En este contexto la paciente ingresó con tratamiento antibiótico de amplio espectro (meropenem) a cargo de hematología presentado mala evolución y decidiéndose cirugía urgente el 17 de noviembre. Intraoperatoriamente se objetivó una celulitis del hemiabdomen inferior con flictenas cutáneas de gran tamaño, algunas de ellas con placas de necrosis centimétricas. Se realizó drenaje mediante varias incisiones y contraincisiones que se conectaron con drenajes tipo teja. El 25 de noviembre se realizó cura en quirófano objetivando extensa necrosis cutánea y del TCS por lo que se decidió llevar a cabo un Friederich extenso. Presentó adecuada evolución en planta con algún área parcheada de necrosis en el TCS que se mantuvo estable por lo que el 1 de diciembre se intervino de forma conjunta con Cirugía Plástica realizándose desbridamiento amplio de todo el TCS del hemiabdomen inferior hasta exponer la fascia, abdominoplastia y re inserción del ombligo. En el postoperatorio inmediato presentó salida abundante de material hemático por los drenajes por lo que se decidió revisión de hemostasia en quirófano objetivándose un sangrado activo en jet dependiente de la arteria epigástrica subcutánea derecha que se controló sin incidencias. Posteriormente presentó una adecuada evolución desde el punto de vista quirúrgico. Permaneció ingresada a cargo de Hematología para tratamiento antibiótico en el contexto de varios cuadros infecciosos respiratorios siendo dada de alta el 16 de diciembre de 2022. No se produjeron aislamientos microbiológicos de las múltiples muestras tomadas durante las cirugías. Fue vista en consulta por última vez el 9 de enero de 2023 con muy buen estado general y la herida quirúrgica cicatrizada.

PREDICTORES DE COMPLICACIÓN EN LAS PANCREATITIS AGUDAS

Rubiera Álvarez, Alba, Rodríguez Castellano, María Desireé; González García, Sara; Ramírez Caballero, Ester; Marrero Marrero, Patricia; Delgado Plasencia, Luciano
Hospital Universitario de Canarias, Tenerife

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) es una patología caracterizada por dolor abdominal y elevación de enzimas pancreáticas en sangre, cuya importancia para el cirujano radica en que forma parte del diagnóstico diferencial de abdomen agudo.

Fisiopatológicamente se inicia como un proceso inflamatorio local que se va extendiendo al resto del organismo pudiendo producir un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) que en algunas ocasiones deriva en fallo multiorgánico.

Un 5-10% de los pacientes con PA desarrollan necrosis del parénquima y de estos hasta un 33% se infecta necesitando en muchos casos tratamiento invasivo. Si no se llega a controlar la necrosis infectada existe un riesgo de mortalidad casi segura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en nuestro medio, recogiendo todos los pacientes diagnosticados de PA por el servicio de Cirugía General y Digestiva del HUC entre los meses de febrero de 2022 y abril de 2023, en total 68 pacientes. El principal objetivo fue describir si existía relación entre la procalcitonina (solicitada en los primeros días de ingreso) y las PA complicadas, pudiendo en caso afirmativo ser empleado como un buen marcador de necrosis pancreática. La población se redujo a los 47 pacientes que cumplían criterios, de los cuales se estudió el sexo, la edad y las comorbilidades asociadas (HTA, DM, IMC, cardiopatía y anticoagulación/antiagregación). Se registraron distintos parámetros analíticos como la procalcitonina, la FA o la GGT; además de especificar si se realizó prueba de imagen, si existía asociación de coledocolitiasis, si precisaron ingreso en

unidad de cuidados intensivos/seudointensivos, si hubo necrosis pancreática y si necesitó drenaje o intervención; también se registró si fue necesaria colecistostomía, si se realizó colecistectomía y cuánto tiempo se tardó en realizar la misma y si el paciente tuvo que reingresar por el mismo cuadro.

Además se calcularon las escalas pronósticas actuales: BISAP, PANC3 y HAPS; se descartaron los criterios de Ranson por precisar de 48 horas para obtener puntuación y el sistema APACHE II por no disponer de todos los parámetros necesarios. Y estas se compararon tanto entre sí como con nuestro parámetro principal: la procalcitonina.

RESULTADOS

Se observó una población en su mayoría (70%) femenina con edades comprendidas entre los 22 y los 94 años con una mortalidad durante el ingreso del 0,4%. El 15% fue dado de alta con diagnóstico de PA grave según la clasificación de Atlanta revisada. La procalcitonina predijo gravedad en un 23%, BISAP en un 8,5%; PANC3 en un 19% y HAPS en un 17%.

CONCLUSIONES

En la actualidad no se dispone de escalas ni marcadores pronósticos rigurosos, fiables y de fácil aplicación durante las primeras horas que predigan la gravedad de la situación. La infección de la necrosis y el fallo orgánico son los dos factores que más se asocian a mortalidad en la pancreatitis, por lo que adelantarse podría ser crucial para evitarla. Es importante entender que se trata de una situación dinámica y que es preciso realizar revaloraciones que permitan identificar los casos de mala evolución.

TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA TROMBOSIS PRECOZ DE LA VENA MESENTÉRICA SUPERIOR TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON RESECCIÓN VENOSA

Rubiera Álvarez, Alba, Martín Malagón, Antonio; Pezzetta Hernández, Liliana; Pérez Torres, Jorge; Mon Martín, Fuensanta; De Armas Conde, Noelia
Hospital Universitario de Canarias, Tenerife

INTRODUCCIÓN

La resección quirúrgica es la única opción potencialmente curativa para los adenocarcinomas de cabeza pancreática. En este tipo de intervención, la obtención de unos márgenes sanos (R0) es crucial en relación con las opciones de curación, por lo que en ocasiones es necesario realizar resecciones venosas con objeto de evitar márgenes afectos. Este tipo de extirpaciones, sobre todo si son complejas, pueden conllevar complicaciones vasculares específicas difíciles de manejar y potencialmente mortales.

A continuación se describe el caso de una duodenopancreatectomía cefálica (DPC) con resección venosa compleja que presentó una trombosis precoz en el postoperatorio inmediato y fue resuelta de forma mínimamente invasiva por el servicio de Angioradiología.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 69 con un adenocarcinoma de cabeza pancreática a nivel del proceso uncinado de 20x15 mm. Tras ser valorado en el comité multidisciplinar de tumores se decidió intervención quirúrgica directa. En el procedimiento se observó lesión mayor de 2 cm en la cabeza del páncreas que contactaba la vena mesentérica superior (VMS) en la zona 4, inferior a la confluencia entre la vena porta y la vena esplénica y muy próxima a la bifurcación de la VMS en las ramas ileales y yeyunales. Para realizar una extirpación en bloque del tumor R0 se tuvo que realizar una resección de aproximadamente 2 cm de la VMS y posteriormente una anastomosis vascular termino-terminal técnicamente compleja entre el extremo proximal de VMS libre de enfermedad y la bifurcación en sus ramas, quedando una de ellas permeable y la otra con flujo algo disminuido, el resto de la intervención se finalizó sin complicaciones.

En las primeras 24 horas postquirúrgicas el paciente presenta buen estado general, sin embargo, destacaba una semiología ascítica importante y un débito seroso abundante por los drenajes abdominales, con sospecha de complicación vascular se solicitó un angioTC apreciándose trombosis de la anastomosis vascular y ascitis, por ello se contactó con el servicio de Radiología intervencionista que realizó una portografía directa mediante acceso percutáneo hepático visualizando la ya conocida oclusión de la VMS por trombo. Se realizó angioplastia con balón de 7 mm y se implantó un stent autoexpandible "Epic" de 8*60 mm con buena repermeabilización, al día siguiente se inició anticoagulación que se mantuvo 3 meses. Tras la colocación de la prótesis el débito por los drenajes disminuyó drásticamente y el resto del postoperatorio evolucionó sin complicaciones, fue dado de alta a los 14 días de la intervención.

CONCLUSIONES

En la cirugía oncológica del páncreas cada vez son más frecuentes las resecciones vasculares y con ellas las complicaciones que pueden derivar de las mismas. La trombosis precoz de la anastomosis venosa tras una DPC es una complicación grave que suele requerir reintervención. Los stents autoexpandibles endovasculares ya han sido descritos como tratamiento para los sangrados y los pseudoaneurismas tras DPC.

En casos de trombosis tras anastomosis venosa, la angioplastia seguida de la colocación de un stent venoso pueden

FASCITIS NECROTIZANTE. UNA CARRERA CONTRA EL TIEMPO. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Afonso, María; Ramírez Caballero, Ester; Rodríguez Castellano, M. Desirée; Delgado Plasencia, Luciano Jonathan; Casanova Ramos, Rubén; González García, Sara; Sección de Cirugía de Urgencias, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante (FN) es una infección del tejido celular subcutáneo rápidamente progresiva que condiciona una destrucción de la fascia y el tejido adiposo adyacentes. La etiología puede ser polimicrobiana (tipo I) o monomicrobiana (tipo II o estreptocócica). Afecta con mayor frecuencia a extremidades y periné. Supone la forma más grave de infección de partes blandas, debido a la rápida destrucción y necrosis tisular y, al desarrollo, en 1/3 de los pacientes de shock y fracaso multiorgánico con una alta mortalidad (20-40%). El diagnóstico es clínico, por lo que si existe alta sospecha, la exploración quirúrgica debe realizarse lo antes posible, ya que su pronóstico dependerá de tratamiento agresivo inmediato que se basa en soporte hemodinámico, antibioterapia empírica y tratamiento quirúrgico extenso y precoz.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 53 años, afecta de paraplejía flácida por sección medular, que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre. La paciente había sido valorada previamente en otro centro sanitario diagnosticándose de infección de herida de maléolo externo izquierdo. A nuestra exploración, presentaba un abdomen doloroso, eritematoso y empastado en hipogastrio con crepitación a la palpación hasta zona umbilical, así como eritema y fluctuación en periné izquierdo. En el TC se objetivó enfisema subcutáneo con trabeculación difusa del tejido celular subcutáneo en región glútea izquierda y periné que se extendía cranealmente por región inguinal y pared abdominal; hallazgos compatibles con fascitis necrotizante de probable origen secundario a fístula perianal.

Se indicó intervención quirúrgica urgente realizándose incisión perianal a nivel del cuadrante anterior izquierdo y múltiples incisiones bilaterales desde la ingle hasta la parrilla costal colocando tejas entre las incisiones realizadas junto con fasciotomía y resección de la fascia necrosada. Tras curas diarias y un second look para nuevo drenaje y desbridamiento, la paciente evolucionó favorablemente, pudiendo realizar posteriormente el cierre de la mayor parte de las incisiones de drenaje.

CONCLUSIÓN

En los últimos años, la incidencia de la FN se ha incrementado. La cirugía urgente es la base del tratamiento, y su retraso, el principal factor determinante de mortalidad. Los objetivos de la cirugía son confirmar el diagnóstico, realizar un desbridamiento quirúrgico extenso y drenar las colecciones existentes, sin olvidarnos de obtener muestras para el diagnóstico histo y microbiológico. Se recomienda reevaluar quirúrgicamente al paciente tantas veces como sea necesario hasta conseguir eliminar todo el tejido necrótico y controlar la infección local.

ENFERMEDAD DE CROHN O TUBERCULOSIS INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

Rubiera Álvarez, Alba, Fernández López, Lázaro Javier; Escudero Escudero, Juana; León Ayllón, Diana Carolina; Bravo Gutiérrez, Alberto.
Hospital Universitario de Canarias, Tenerife

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) y la tuberculosis intestinal (TBI) pertenecen a las enfermedades granulomatosas crónicas del intestino, a pesar de presentar etiologías diferentes, pueden mostrar presentaciones clínicas, analíticas, radiológicas y macroscópicas muy similares lo cual complica su diferenciación. Han sido numerosos los intentos para resolver este dilema, pero hasta la fecha se han encontrado limitados parámetros que sean exclusivos de alguna de las dos patologías.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 63 años con antecedentes de espondiloartritis enteropática HLBA7 + y EC ileal diagnosticadas en marzo de 2021, en tratamiento con adalimumab y metotrexato.

En abril y mayo de 2022 muestra dos picos febriles, el primero se diagnostica de tifus endémico y el segundo impresiona de origen pulmonar por lo que se realiza TC de alta resolución en el objetivo bronquiectasias, micronódulos centrolobulillares y adenopatías mediastínicas; se realiza broncoscopia aparentemente normal con cultivo positivo para *C. pneumoniae* que es tratado con antibioterapia.

Desde julio de 2022 hasta septiembre el paciente acude a Urgencias hasta en tres ocasiones por dolor en hemiabdomen derecho que se diagnostica de brote de EC, se intensifica tratamiento médico y se le da el alta. Acude una cuarta vez añadiendo distensión abdominal y fiebre por lo que se cursa ingreso por parte de Digestivo, tras un mes con optimización del tratamiento pero sin mejoría clínica, es valorado por Cirugía General y se decide intervención quirúrgica.

Se accede por laparotomía media supra-infraumbilical y se observan: lesiones granulares (miliares) múltiples diseminadas en peritoneo parietal, mesenterio y omento mayor; engrosamiento ileal de aspecto tumoral a 50 cm del válvula ileocecal que involucra segmento de epiplon. En los últimos 15 cm ileon distal se visualizan signos de enfermedad de Crohn con meso envolvente sin afectación luminal. Se realiza resección segmentaria ileal (zona de apariencia tumoral) con anastomosis ileo-ileal terminoterminal manual y apendicectomía.

En la Anatomía Patológica se objetiva enteritis crónica granulomatosa con úlceras tapizadas por histiocitos epitelioides y granulomas confluentes, sugestiva de TBI. Durante el postoperatorio el paciente no presenta complicaciones desde el punto de vista intrabdominal, por lo que al 7 día de la intervención es dado de alta con tratamiento antituberculoso. Actualmente se encuentra asintomático, no ha tenido recaídas y no está precisando de tratamiento para la EC.

CONCLUSIONES

La incorrecta diferenciación de estas dos enfermedades puede llevar a errores diagnósticos y de tratamiento conllevando severas complicaciones para el paciente. Es importante tener en cuenta la TBI para el diagnóstico diferencial, ya que aunque no es una patología muy frecuente, se conoce como la gran simuladora por sus múltiples presentaciones y tiene una buena respuesta al tratamiento médico. Actualmente no se ha podido precisar si este paciente tenía una EC que se complica con TBI o desde el inicio presentó una TBI, lo cual se podrá resolver con el tiempo.

RECIDIVA INTESTINAL DE CÁNCER DE ENDOMETRIO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dra. Florencia Faccini Cabrera, Dra. Sara González García, Dr. Juan Salado de la Torre, Dra. Desiree Rodríguez Castellano, Dra. Ester Ramírez Caballero, Dr. Luciano Delgado Plasencia.

Sección de Cirugía de Urgencias, Servicio de Cirugía General y del Apto Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN: La mayoría de los casos de cáncer de colon son primarios. Los tumores secundarios son raros y de origen pulmonar, mamario u ovárico. Solo existe un pequeño número de casos de cáncer de colon secundario con origen endometrial.

Debe considerarse en pacientes con sangrado genital, dolor abdominal o pélvico, alteraciones gastrointestinales o pérdida de peso involuntaria, siempre que la paciente tenga antecedentes de cáncer ginecológico.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de una mujer de 68 años con antecedentes personales de carcinoma endometrioide de endometrio grado II intervenido en 2019, sometida a histerectomía con doble anexectomía, que acude a Urgencias en julio de 2023 por dolor abdominal. La paciente refiere molestias abdominales de unos 6 meses de evolución, con intolerancia digestiva y sensación de plenitud gástrica que ocasionaban náuseas y vómitos desde hacía unas semanas. Comentaba también sensación de masa abdominal y pérdida de 18 kg de peso de forma involuntaria en los últimos meses. Se había realizado una ecografía donde se describía una masa de 10 cm dependiente de colon izquierdo vs intestino delgado. Dada la demora en la realización de más pruebas complementarias la paciente decide acudir a urgencias.

A la exploración presentaba un abdomen blando y depresible, con sensación de masa pétreo en flanco izquierdo, muy doloroso a la movilización y palpación. Se le realiza una AS anodina y un TAC que informa de masa exofítica de probable origen en intestino delgado, sugestiva de proceso neofornativo, GIST vs Linfoma intestinal.

Se indica una laparotomía media supra-umbilical, con resección segmentaria de colon transverso dependiente de la masa de 17 x 5 cm en bloque y anastomosis colo-cólica L-L. Se observan adherencias de intestino delgado sin infiltración, y ausencia de más enfermedad macroscópica. Se remitió la pieza para estudio anatomopatológico, con el resultado de metástasis de adenocarcinoma de origen endometrial. La paciente presentó una buena evolución postoperatoria, y actualmente sigue tratamiento con quimioterapia sistémica.

CONCLUSIONES: El carcinoma endometrial es uno de los cánceres ginecológicos más comunes, y afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas, con una tasa de supervivencia del 65 % a los 5 años. En su tratamiento frecuentemente se realiza histerectomía con anexectomía, y tratamiento adyuvante. El carcinoma endometrial tiene una tasa de recurrencia posterior a cirugía en los estadios I y II de 3% a 15% y más del 75% de los casos se producen en los siguientes 3 años, generalmente en la cúpula vaginal. La afección gastrointestinal es infrecuente y generalmente secundaria a invasión rectal en cuadros avanzados.

Los tumores secundarios de colon por neoplasias ginecológicas generalmente se presentan como implantes serosos y sus manifestaciones intestinales son consecuencia de compresión externa, como es el caso de nuestra paciente.

A pesar de su baja incidencia, el adenocarcinoma endometrioide debe formar parte del diagnóstico diferencial de un proceso neofornativo intestinal en una paciente con antecedentes de cáncer ginecológicos. La realización de pruebas complementarias

ESO-SPONGE COMO TRATAMIENTO DE LA FUGA DE ANATOMOSIS ESOFAGOGÁSTRICA Y PEROFRACCIÓN ESOFÁGICA.

Ángel Camarasa Pérez, María De Armas Conde, Carmen Díaz López, Vanessa Concepción Martín, Rajesh Gianchandani Moorjani, Julio César Jordán Balanzá.

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

OBJETIVOS: El manejo quirúrgico de las fugas de las anastomosis esofágicas (AE) y gastroentéricas (AG) y las perforaciones esofágicas (PE) suponen un reto terapéutico y acarrear complicaciones secundarias. En los últimos años, el manejo endoscópico de estas patologías con terapia de vacío (EVAC) tipo Eso-Sponge, está cobrando más protagonismo al favorecer la microcirculación y disminución del tamaño del defecto.

Objetivo: descripción de los resultados de la terapia tipo Eso-Sponge en pacientes con fuga de anastomosis esofagogastrica y perforación esofágica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional y descriptivo de 10 pacientes con diagnóstico de fístula de AE, AG y PE iatrogénica o espontánea, tratados con EVAC tipo eso-SPONGE entre 2019 y 2023 como primera opción terapéutica. Se describen los resultados en cuanto a variables demográficas, indicaciones de la terapia VAC, procedimiento y resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Se estudiaron 10 pacientes con edad media de 63 años, un 100% de varones. IMC 50 en uno de los pacientes. 5 pacientes fueron sometidos a esofagectomía tipo Ivor Lewis ante el diagnóstico de neoplasia esofágica, 1 a cirugía bariátrica tipo by-pass gastroyeyunal por obesidad, 2 con PE espontánea y 2 con PE iatrogénica. Todos los pacientes con diagnóstico oncológico recibieron radio-quimioterapia neoadyuvante. Los pacientes con fuga de AE (5) y gastroentérica (1) fueron diagnosticados al 5o día PO de media. Mientras que, el diagnóstico de perforación (4) fue realizado de forma urgente. A todos se le realizó TC y endoscopia al diagnóstico, con un tamaño medio del defecto de 6,9 milímetros. Ninguno de los pacientes presentó signos de isquemia mucosa. El tratamiento con VAC comenzó de media a los 2 días después del diagnóstico. La duración media del tratamiento fue de 13 días. La esponja del EVAC fue colocada dentro de la anastomosis en 3 casos y endoluminal en 7. Se realizaron una media de 3.6 recambios cada 3-4 días, siendo retirado cuando el defecto se había cerrado o ante fracaso de tratamiento.

La duración media del ingreso fue de 31 días. La tasa de éxito del tratamiento fue del 60% comprobado por endoscopia y con TC de control. Un 40% presentaron fracaso al tratamiento: dos pacientes precisaron cirugía para el cierre del defecto o colocación de drenaje, en un caso se colocó prótesis endoluminal y hubo un exitus secundario a sepsis.

En cuanto a las complicaciones, 1 paciente fue exitus durante el ingreso y 2 presentaron estenosis de la anastomosis en el seguimiento posterior (estos tres pacientes tenían diagnóstico de neoplasia esofágica). 1 caso presentó sangrado autolimitado a la retirada endoscópica del EVAC.

CONCLUSIÓN: Nuestra serie de datos confirma que el tratamiento con terapia de vacío con Eso-SPONGE es útil para el manejo de la fuga de AE, AG y PE. A pesar de las distintas patologías y el tipo de defecto, un 70% fueron tratadas con éxito con este sistema, junto con el manejo de la sepsis y malnutrición.

TERAPIA VARD APLICADA A LA COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA DE UN POLI-TRAUMA

Ricardo Hernández Alonso, Cristina Vila Zárate, Javier Padilla Quintana, Ángel Camarasa Pérez, Antonio Pérez Álvarez, Julio César Jordán Balanzá
Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria

INTRODUCCIÓN

El drenaje con catéter percutáneo es una opción de tratamiento para las colecciones retroperitoneales, útil aproximadamente el 90 % de las veces. El 10% restante se enfrentan a tratamientos prolongados que incluyen, en ocasiones múltiples, intervenciones. Las técnicas de desbridamiento mínimamente invasivas, se emplean para el tratamiento de la necrosis infectada localizada en el retroperitoneo causada por pancreatitis aguda. Describimos el uso de técnica VARD como método de drenaje de colección retroperitoneal recidivante.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 53 años, sin antecedentes de interés, que sufre atropello por un camión al dar marcha atrás, pasando el vehículo por encima de su cadera y abdomen. A su llegada destaca inestabilidad hemodinámica con FC 90 lpm y TA 86/56 mmHg; se inician maniobras de reanimación avanzada y se administran 2CH. En el TAC total body: Hematoma retroperitoneal de localización laminar pre-vertebral bajo así como adyacente a paquete vasculonervioso ilíaco. Hematoma del psoas ilíaco más marcado izquierdo, así como musculatura pélvica. Líquido libre en pelvis. Múltiples fx a nivel de la pelvis. Realizamos arteriografía: Pseudoaneurisma y sangrado activo de la arteria obturatriz, la cual se emboliza. Extravasación ramas distales de arteria iliaca interna que también se embolizan. A los 3 días, comienza con dolor abdominal y se repite el TAC: Signos de necrosis transmural del colon descendente/sigma proximal con fuga de contenido fecaloideo intra y retroperitoneal.

Se indica cirugía urgente objetivando hemoperitoneo, peritonitis fecaloidea y sección completa de sigma con necrosis transmural. Se realiza intervención de Hartmann.

Tras 12 días postoperatorios se realiza TAC de control: Gran colección retroperitoneal izquierda sin comunicación con el colon. Se drena de manera percutánea con salida de abundante material purulento. La bioquímica (amilasa, creatinina y bilirrubina) de las muestras es negativa. Tras varios controles radiológicos y cambios del drenaje y ante la persistencia de los altos débitos, se indica el drenaje de colección retroperitoneal mediante VARD. Se realiza lavado abundante del material purulento de la cavidad. Comprobamos la ausencia de comunicación del muñón distal con cavidad retroperitoneal mediante instilación de azul de metileno. Se dejan dos drenajes tipo Sylastic. El paciente presenta buena evolución con resolución de colección posterior tras 7 días postquirúrgicos.

DISCUSIÓN

Las técnicas de desbridamiento mínimamente invasivas pueden resolver con seguridad las colecciones retroperitoneales refractarias al drenaje percutáneo sin necesidad de recurrir a un abordaje más invasivo. El empleo de estas técnicas como parte del tratamiento de estas colecciones, puede reducir la morbilidad y la estancia hospitalaria en estos pacientes, independientemente de su etiología.

SPYGLASS: SISTEMA DE VISUALIZACIÓN DIRECTA DE LA VÍA BILIAR Y PANCREÁTICA. NUESTRA EXPERIENCIA.

Ángel Camarasa Pérez, María De Armas Conde, Pilar Elena González de Chávez Rodríguez, Betsabé Reyes Correa, Javier Padilla, Quintana, Julio César Jordán Balanzá.
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una herramienta fundamental para el diagnóstico y tratamiento de la patología biliopancreática. Sin embargo, presenta unas limitaciones y complicaciones (morbilidad 12% y mortalidad 1,1%) que no se pueden pasar por alto. La colangiopancreatoscopia permite la visualización de la vía biliar principal y del páncreas, siendo una prueba diagnóstica, de estenosis de la vía biliar y pancreática con toma de biopsia, y terapéutica para la extracción de litiasis y litotricia con menor morbimortalidad que la CPRE (7,6% y 0,6% respectivamente) y sin necesidad de escopia.

Su uso más extendido es en casos de coledocolitiasis, donde la recomendación actual es la exploración laparoscópica e intraoperatoria de la vía biliar y colecistectomía en el mismo acto quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo que incluye 33 pacientes a los que se realizó exploración de la vía biliar o del páncreas con fin diagnóstico y/o terapéutico. Para ello, se utilizó el colangioscopio SpyGlass. Se describen los resultados en cuanto a variables demográficas, diagnóstico, indicaciones y resultados del procedimiento.

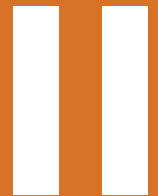
RESULTADOS: Se estudiaron 33 pacientes con edad media de 60,69 años, un 45% son varones y el 55% mujeres. 23 pacientes presentaban un diagnóstico preoperatorio de coledocolitiasis y en 10 pacientes se realizó otro tipo de exploración tipo: pancreática por pancreatolitiasis (2 casos), pancreatitis biliar (4 casos), IPMN páncreas (1 caso) y cistolitiasis (1 caso). Un 66,66% de los pacientes fueron sometidos a CPRE previa a la cirugía, siendo esta fallida en todos los casos. 24 intervenciones fueron programadas, 7 se realizaron como urgencias diferidas y un caso se realizó de urgencia.

Se realizaron el 60% de las intervenciones por vía laparoscópica accediendo en 16 casos vía transcística, 10 casos transcoledocal. 4 pacientes presentaban derivación de la vía biliar y 3 casos pancreatoscopias. Tras la exploración de la vía, 20 casos no precisaron drenaje biliar, se dejaron 7 drenajes transcísticos, 4 casos en la vía biliar principal y 5 casos con prótesis biliar.

Las complicaciones postoperatorias presentadas tras la exploración fueron: 3 pacientes presentaron coledocolitiasis residual siendo precisa la realización de una CPRE, 1 caso presentó fuga biliar precisando reintervención y se retiró precozmente 1 prótesis biliar por colangitis.

CONCLUSIONES: La colangioscopia con el sistema de SpyGlass se utiliza cada vez más como herramienta eficaz para pacientes con patología pancreática y biliar con bajo índice de efectos adversos graves. Ha supuesto un avance y mejora en la aplicación de técnicas endoscópicas complejas como la litotricia electrohidráulica y el láser, además de permitir una visualización directa de la vía biliar, lo que mejora los resultados diagnósticos y terapéuticos.

ConSCC | 23



SESIÓN DE
COMUNICACIONES LIBRES

JUEVES 15:30

SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO, CIRUGÍA ROBÓTICA

Rubiera Álvarez, Alba, De Armas Conde, Noelia; Pérez Torres, Jorge; Pezzetta Hernández, Liliana; Mon Martín, Fuensanta; Martín Malagón, Antonio.

Hospital Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN: El síndrome del ligamento arcuato medio (SLAM) es una entidad poco frecuente que se caracteriza por la compresión extrínseca del tronco celiaco por el ligamento arcuato que habitualmente discurre unos centímetros por encima del mismo. Habitualmente los pacientes están asintomáticos hasta que cambios entre la aorta y las estructuras musculoesqueléticas circundantes favorecen una mayor compresión que origina la sintomatología característica: dolor epigástrico que empeora con las comidas, el ejercicio y al inclinarse. En estos casos está indicada la intervención quirúrgica.

Presentamos un caso clínico correspondiente a un síndrome arcuato intervenido mediante técnica robótica.

CASO CLÍNICO: Mujer de 66 años remitida a consulta por cuadro de dolor abdominal y sospecha de colelitiasis. Refería un dolor epigástrico postprandial de tipo cólico, irradiado a la espalda y al hipocondrio izquierdo que se aliviaba en decúbito prono, acompañado de pérdida de 25kg de peso en los últimos tres meses por imposibilidad de ingesta como consecuencia del dolor. Inicialmente se realizó una ecografía abdominal que descartó colelitiasis y se solicitó un angio-TC para descartar posible patología vascular asociada.

En la prueba de imagen se objetivó la aorta abdominal de calibre conservado, con el ángulo entre la arteria mesentérica superior y la aorta de 52º, estando dentro del rango de normalidad y una estenosis crítica en el origen del tronco celiaco, siendo este hallazgo compatible con el síndrome del ligamento arcuato medio, indicando la intervención quirúrgica. Se accedió por vía robótica mediante da Vinci Xi. Se inició la cirugía mediante la apertura del epiplon menor. se realizó una disección cuidadosa de la arteria y la vena gástricas izquierdas en todo su recorrido, observando en esta paciente una arteria hepática izquierda aberrante proveniente de la arteria gástrica izquierda.

La disección cuidadosa a lo largo del plano adventicial del tronco celiaco permitió la elevación del ligamento arcuato medio que se seccionó mediante el dispositivo Vessel sealer hasta que quedaron expuestos 3cm de superficie aórtica proximal al origen del tronco celiaco. El resto de intervención prosiguió sin complicaciones.

El postoperatorio de la paciente transcurrió sin incidencias y fue dada de alta el sexto día. Se solicitó prueba de imagen de control al mes de la cirugía en la que se objetivó mejoría significativa de la estenosis del tronco celiaco con respecto al estudio inicial y además se constató una mejoría clínica.

CONCLUSIONES: El síndrome del ligamento arcuato es un diagnóstico de exclusión, por lo que es importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor epigástrico recurrente donde se hayan descartado otras causas de dolor abdominal. En pacientes sintomáticos la sección quirúrgica del ligamento es un procedimiento efectivo, siendo la cirugía robótica, tal y como se muestra en este vídeo, una vía de abordaje segura y reproducible.

ABORDAJE TRANSANAL DE UNA ANASTOMOSIS COLORRECTAL SANGRANTE

Raquel Bañolas Suárez, Pau Plá Sánchez, Francisco José Cruz Benavides, Natalia Afonso Luis, Carlos Fernández Quesada, Joaquín Marchena Gómez

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de G.C.

Presentamos el caso de una mujer de 70 años con antecedente de una colectomía izquierda laparoscópica por un adenocarcinoma de colon pT2N0M0 que se somete a una colectomía segmentaria laparoscópica por una recidiva cercana a la anastomosis previa. La paciente debuta en el postoperatorio inmediato con un cuadro de rectorragias abundantes, anemización y tendencia a la taquicardia por lo que se decide una reintervención urgente con abordaje transanal. Intraoperatoriamente se objetiva un sangrado en sábana en varios puntos de la anastomosis colorrectal que se logra controlar tras emplear varias técnicas hemostáticas. Como complicación la paciente presenta una fuga de la anastomosis que se maneja quirúrgicamente realizando una ileostomía de protección y suturando el punto de fuga con buena evolución posterior.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE OCLUSIÓN INTESTINAL EN POSTOPERATORIO INMEDIATO DE TAPP + DIVERTICULECTOMÍA DE MECKEL: A PROPÓSITO DE UN CASO SINGULAR

Jorge Abellán Fernández, Marta Rojas Estévez, María de Armas Conde, Carmen Díaz López, Ricardo Hernández Alonso, Julio César Jordán Balanza.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, SC/ Tenerife.

INTRODUCCIÓN

La hernioplastia Trans-Abdominal Pre-peritoneal Patch (TAPP) es una de las técnicas quirúrgicas más utilizadas actualmente para reparar hernias inguinales y, aunque es efectiva y segura en la gran mayoría de los casos, en ocasiones los pacientes pueden desarrollar complicaciones postoperatorias. La oclusión intestinal es una complicación rara, con una incidencia estimada del 0'2 al 0'5%, pero potencialmente grave. El divertículo de Meckel (MD) es la persistencia del conducto onfalomesentérico. Suele ser asintomático, pero puede presentarse como sangrado, infección, obstrucción intestinal, secreción hormonal ectópica o formando una hernia de Littre. En caso de diagnóstico debe tratarse, bien mediante diverticulectomía, resección en cuña o resección ileal con anastomosis.

OBJETIVO

Presentar el caso de un paciente con una complicación postoperatoria tras una hernioplastia y su manejo quirúrgico, donde gracias a las ventajas de la laparoscopia exploradora se objetivó un hallazgo incidental que se trató para prevenir posibles futuras complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS / DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El presente caso trata de un varón de 58 años que se encontraba en el 5o día postoperatorio de una hernioplastia inguinal izquierda TAPP en un centro externo. A los 2 días de dicha cirugía ingresó en nuestro centro con un cuadro de sospecha clínico y radiológico de ileo paralítico. Se le colocó una sonda nasogástrica (SNG), que, tras alivio sintomático, fue pinzada con reintroducción de la tolerancia oral. Posteriormente presentó un abdomen distendido, episodios eméticos y continuidad del cese del tránsito para gases y heces, por lo que se volvió a colocar la SNG y se solicitó una tomografía computerizada (TC), que objetivó 2 cambios bruscos de calibre a nivel de las asas de intestino delgado (ID) en fosa iliaca izquierda (FII). Se decidió cirugía urgente.

RESULTADOS

Se accedió a la cavidad abdominal por laparoscopia, evidenciando un ojal del peritoneo de la hernioplastia TAPP abierto, que contenía un asa de ID herniada y que condicionaba los cambios de calibre vistos en la TC. Se redujo la hernia, comprobando la buena viabilidad de las asas intestinales y se cerró el peritoneo. Explorando el entorno quirúrgico se objetivó un divertículo de Meckel, y se realizó una diverticulectomía con endograpadora.

CONCLUSIONES

Aunque se trata de una complicación poco frecuente, la alta sospecha clínica y radiológica de oclusión intestinal en el postoperatorio inmediato requiere en la mayoría de los casos un abordaje quirúrgico. La experiencia en cirugía mínimamente invasiva hace posible que en ocasiones sea la vía de elección en estos casos, permitiendo, además de identificar el problema y su tratamiento, resolver hallazgos incidentales como en este caso.



TIPS AND TRICKS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA DPC LAPAROSCÓPICA

Raquel Bañolas Suárez, Francisco José Cruz Benavides, Pau Plá Sánchez, Natalia Afonso Luis, Carlos Fernández Quesada, Joaquín Marchena Gómez

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de G.C.

Nuestra experiencia en cirugía laparoscópica, en diferentes procedimientos, ha hecho que la incorporación de la DPC laparoscópica como opción de tratamiento en la patología del páncreas, haya sido una evolución natural con una primera fase en la que llevamos a cabo intervenciones laparoscópicas resectivas y la fase reconstructiva se realizaba mediante pequeñas incisiones para las anastomosis, aprovechando la extracción de la pieza.

Tras esta fase procedimos a completar el tratamiento de forma laparoscópica en su totalidad. Desde el inicio de la primera DPC laparoscópica hemos llevado a cabo una serie de cambios, que nos han permitido ganar tiempo y mantener la seguridad del paciente y los objetivos oncológicos. Hoy nuestro abordaje de la DPC laparoscópica es muy sistematizado y comprende unos pasos claramente definidos, conocidos por el equipo y con implicación de la enfermería y anestesia.

En el vídeo mostraremos un ejemplo de nuestro abordaje tras más de 20 casos llevados a cabo de forma laparoscópica.

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA TRAS CIRUGÍA DE ARTRODESIS CERVICAL

Lucía Escudero Cuesta, M.^a Asunción Acosta Mérida, José A. Casimiro Pérez, Luis Piñero González, Julia M.^a Gil García, Joaquín Marchena Gómez.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

INTRODUCCIÓN

La perforación esofágica (PE) es una emergencia quirúrgica con una mortalidad que puede llegar 40% (1). Para el diagnóstico es necesario un alto índice de sospecha que, junto a la clínica y pruebas complementarias, guiarán la localización, gravedad y manejo. Las PE con mayor incidencia son las cervicales, siendo la causa iatrogénica las más frecuente (2, 3).

Presentamos el manejo de un caso de shock séptico secundario a PE cervical por extrusión de placa anterior cervical en paciente intervenido mediante artrodesis C6-C7 por mielopatía cervical compresiva.

CASO CLÍNICO

Varón de 55 años fumador activo con antecedentes personales de asma y mielopatía cervical compresiva C5-C6 y C6-C7 intervenida en dos ocasiones, realizándose en la última intervención corporectomía C5 y C6 con artrodesis y placa C6 a C7.

El paciente acude a urgencias un mes después de la cirugía por fiebre y dolor pleurítico derecho de tres días de evolución, hemodinámicamente estable, con PCR 326 y 15.000 leucocitos. En la Rx tórax se objetiva infiltración basal derecha y atelectasias laminares bilaterales, por lo que se ingresa a cargo de Neumología por sospecha de neumonía.

Al quinto día de estancia en planta persiste ascenso de los reactantes de fase aguda y fiebre, presentando episodio de hemoptisis con hipotensión arterial, taquicardia, sudoración, palidez, y desaturación marcada. Llama la atención tumefacción a tensión y dolorosa a nivel cervical izquierdo con signos flogóticos de infección, acompañado de ptosis izquierda con miosis ipsilateral. Se realiza TC cuello/tórax urgente donde se objetiva absceso prevertebral y parafaríngeo izquierdo con extensión hasta mediastino superior, con compresión del espacio nasofaríngeo y pseudoaneurisma de la arteria vertebral izquierda (Figura 1). Se realiza en primera instancia embolización del pseudoaneurisma (Figura 2).

Posteriormente se lleva al paciente a quirófano, con reapertura del abordaje cervical previo derecho, ampliado de forma bilateral, y drenaje quirúrgico urgente del absceso prevertebral y hematoma abscesificado, junto con retirada de material de osteosíntesis cervical. A la instilación de azul de metileno por SNG se evidencia perforación esofágica posterior, a nivel cervical de 2 cm. Se procede a vehiculizar la perforación mediante tubo de Kehr fijándose con puntos sueltos a la pared esofágica. Se realiza lavado y colocación de dos drenajes periesofágicos tipo redón (figura 3 y 4).

El paciente evoluciona favorablemente, siendo retirados los fármacos vasoactivos y extubado en la primera semana. Los parámetros analíticos mejoran progresivamente, con disminución de las colecciones en los TAC de control y del débito de los drenajes hasta su retirada. Una vez verificada la ausencia de fuga, el paciente reintroduce ingesta oral sin complicaciones y es dado de alta a los 30 días.

DISCUSIÓN

Durante la artrodesis cervical anterior para el tratamiento de mielopatías, radiculopatías cervicales o lesiones espinales cervicales se puede producir la lesión del esófago. Esta complicación es muy poco frecuente (0,02 -1,5%) pero con una mortalidad que puede alcanzar hasta el 20% (4). Habitualmente se diagnostica intraoperatoriamente o durante el postoperatorio inmediato. Sin embargo, de forma excepcional, puede evidenciarse meses tras la intervención (5). Acosta-Mérida y cols. describieron un caso de perforación esofágica en nuestro país, un año tras haber sido sometida a la artrodesis (6). Las causas descritas de las perforaciones tardías son extrusión del implante, compresión del material protésico sobre el esófago o fricción crónica del implante sobre la pared posterior del esófago durante la deglución, condicionando una necrosis por presión (7).

Aunque los síntomas pueden ser variados (tos, picos de fiebre aislados, enfisema subcutáneo), la disfagia ocurre en más de la mitad de los casos de PE tardía. La extensión con absceso cervical, progresión a mediastinitis o sepsis aumenta el riesgo de mortalidad (8). Debe tenerse un alto nivel de sospecha ante un cuadro atípico en paciente con este antecedente quirúrgico. El tratamiento básico de la PE tardía es el drenaje del absceso, la retirada del material protésico y la reparación de la perforación (9, 10, 11). El tratamiento debe instaurarse de forma precoz para evitar la progresión a complicaciones fatales, como puede ser la mediastinitis (12). Se han descrito casos de cierre espontáneo de la perforación con tratamiento conservador (antibiótoterapia) en perforaciones menores de 1 cm. Sin embargo, la cirugía es el tratamiento de elección en perforaciones de mayor tamaño o cuando hay signos de infección local (13, 14). El retardo terapéutico sigue siendo el principal factor predictivo de supervivencia.

CONCLUSIÓN

La perforación esofágica tardía tras artrodesis cervical anterior es una complicación rara. Sin embargo, debe tenerse un alto nivel de sospecha ante un cuadro atípico en paciente con este antecedente quirúrgico. El tratamiento debe realizarse de forma precoz para evitar la progresión a sepsis y mediastinitis.

MANEJO QUIRÚRGICO URGENTE DE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A LINFOMA B DE YEYUNO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ariadna M^a Déniz Ramírez, Gabriel García-Plaza, Ainhoa Cordero Rojas, Jorge Loro Pérez, Juan Ramón Hernández Hernández

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria

Aproximadamente el 40% de los casos de Linfoma No Hodgkin, lo constituye el linfoma B difuso, de células grandes. Es uno de los linfomas más frecuentes y agresivos, siendo de comportamiento agresivo y crecimiento rápido. Se caracteriza por la reproducción monoclonal de linfocitos de estirpe B. Afecta principalmente a regiones ganglionares cervicales y abdominales.

Presentamos el caso de un paciente varón de 74 años ingresado en medicina interna por cuadro de vómitos postprandiales, estreñimiento y pérdida de >10 kg en dos meses. TAC abdomino-pélvico a su ingreso que informa de masa voluminosa yeyunal que condiciona dilatación retrógrada duodenal y gástrica, con infiltración a nivel de colon transverso. Biopsias de colon transverso realizadas previamente mediante endoscopia digestiva baja, compatibles con linfoma B de alto grado. Valorado por cirugía general y digestiva y desestimado tratamiento quirúrgico, dado estirpe tumoral, recomendamos inicio de tratamiento quimioterápico de forma precoz. Durante su ingreso y en tratamiento corticoideo previo a inicio de quimioterapia, realiza cuadro brusco de hematemesis franca, con inestabilidad hemodinámica y Hb de 6.6 gr/dL y Hematocrito de 20.4%. Realizado TAC abdomino-pélvico urgente trifásico, no se objetivan colecciones hemáticas ni extravasación de contraste. Se decide activación de protocolo de transfusión masiva e intervención quirúrgica de forma emergente. En quirófano se objetiva Tumorcación de más de 15 cm, que afecta a la raíz del mesenterio con atrapamiento del yeyuno proximal (aprox. 60 cm) y colon transverso. Antro gástrico libre. Hígado cirrótico. Escasa cantidad de ascitis. Tras maniobra de Cattell para exponer todo en marco duodenal existiendo obstrucción a partir del ángulo duodeno-yeyunal. Se realiza endoscopia digestiva alta intraoperatoria comprobando estómago con coágulos y llegando hasta el primer asa yeyunal con sangrado al roce y probable origen de la hemorragia digestiva. Se realiza resección de 60cm de yeyuno a partir de ángulo duodeno-yeyunal con anastomosis duodeno-yeyunal, resección de colon transverso con anastomosis colo-cólica. Ambas latero-laterales y anisoperistálticas. Se deja masa tumoral a nivel del mesenterio. Cirugía recist 2.

Postoperatorio lento y con ingreso prolongado, cursando con íleo adinámico y proceso infeccioso secundario a colección intraabdominal. Anatomía patológica de la pieza quirúrgica: Linfoma B de alto grado, observando infiltración transmural de yeyuno y colon, con signos de ulceración extensa. Inicia tratamiento con rituximab y ciclo de tratamiento CHOP (ciclofosfamida, hidroxidaunorrubicina, vincristina y prednisona), con buena respuesta. TAC abdomino-pélvico de control con disminución de masa tumoral a nivel mesentérico parcialmente necrosada.

Aproximadamente en el 20-35% de los casos, la presentación de este tipo de linfomas es exclusivamente extra-ganglionar, siendo más frecuente en estómago y región ileocecal. Su tratamiento comprende desde quimioterapia, anticuerpo monoclonal, radioterapia y trasplante de médula ósea. El tratamiento quirúrgico, sólo se reserva para casos muy excepcionales, como el caso de nuestra paciente.

MANEJO DE ABDOMEN ABIERTO CON CIERRE FASCIAL DINÁMICO, MEDIADO POR MALLA EN PACIENTE CON OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO). REPORTE DE UN CASO

Ariadna M^a Déniz Ramírez, Laura González Sánchez, Eudaldo López-Tomassetti Fernández, Juan Ramón Hernández Hernández

Hospital Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria

Presentamos el caso de una paciente mujer de 15 años, derivada a hospital, tras reiteradas consultas por dolor abdominal, en centro de atención primaria. Refiere dolor abdominal en fosa iliaca derecha de 72 horas de evolución, asociado a vómitos y diarreas. Inestabilidad hemodinámica con necesidad de drogas vasoactivas. Exploración física, con abdomen distendido, timpanizado con signos de irritación peritoneal. Análítica sanguínea con aumento de parámetros infecciosos. Se realiza TAC toraco-abdomino-pélvico, que describe hallazgos compatibles con apendicitis aguda complicada con perforación. A nivel del tórax, distress respiratorio agudo. Se realiza Intervención quirúrgica urgente, realizándose laparotomía. Intraoperatoriamente se visualiza, una peritonitis purulenta en los cuatro cuadrantes y Dilatación generalizada de asas de delgado en relación a ileo adinámico. Apendicitis aguda con perforación en tercio medio apendicular. Durante a su intubación, neumotórax izquierdo secundario a barotrauma, que precisó colocación de tubo de drenaje pleural. Se decide mantener abdomen abierto y se reintervención a las 24 horas. Se revisa cavidad abdominal, con retirada de compresas donde se objetiva fascia con buen aspecto y liquido libre sin signos de peritonitis. Sin contaminación intraabdominal, pero debido a la alta presión e imposibilidad de cierre fascial, se procede a colocación de dispositivo de terapia de presión negativa (TPN). Paciente sin mejoría mediante medidas terapéuticas convencionales, con fracaso multiorgánico, necesidad de noradrenalina a dosis elevadas e hipoxemia severa, se decide traslado a Unidad de medicina intensiva donde inician terapia ECMO durante 8 días. Tras últimos días de finalización de tratamiento con ECMO, comienza el descenso progresivo de la presión intraabdominal (PIA) en torno a 12 mm de Hg. Defecto de pared abdominal, de 7 centímetros al inicio del procedimiento. Sin compromiso respiratorio restrictivo, se procede a los 10 días de la primera intervención, a la terapia combinada mediante colocación de malla de prolipropileno, poro ancho y onlay fijada mediante sutura continua de monofilamento 2/0 a hoja aponeurótica con TPN, para VAWCM.

En función de la (PIA) y respuesta ventilatoria, se realizaba la aproximación fascial progresiva. Una de las complicaciones entre cada recambio, fue el sangrado de la pared dado necesidad de dosis altas de tratamiento anticoagulante para la terapia ECM. Tras 18 días de tratamiento y ante posibilidad de cierre de pared definitivo, se retira malla previa y se procede a la colocación de una nueva premuscular, de mismas características y fijada mediante misma técnica, tras cierre de línea media mediante técnica small bites, con una proporción 4:1. Dehiscencia parcial de herida quirúrgica en plano cutáneo, se pauta terapia de presión negativa a 80mm Hg con cierre definitivo.

Tras nuestra experiencia con este caso, podemos concluir que la TPN en abdomen abierto junto con malla de tracción facial, en pacientes con terapia ECMO en situación de shock séptico, puede ser alternativa efectiva, segura y adecuada para cierre definitivo de pared abdominal.

COMPLICACIÓN ANÓMALA EN CIRUGÍA DE LA OBESIDAD.

Ángel Camarasa Pérez, Ricardo Hernández Alonso, Cristina Vila Zárate, Irene Vilela, Jennifer García Niebla, Antonio Pérez Álvarez.

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN: La hernia interna es una complicación potencialmente grave de la cirugía de la obesidad. Es la complicación tardía más frecuente en este tipo de pacientes, apareciendo en hasta en el 6% del total y a los 2 años de media desde la cirugía, sin embargo también pueden aparecer en el postoperatorio reciente. El cirujano debe tener alta sospecha ante clínica de dolor abdominal, ya sea agudo e intenso o intermitente y tipo cólico, por lo que es conveniente la revisión mediante TC y un bajo umbral para realizar una cirugía de revisión.

Presentamos un caso de una paciente con una hernia interna secundaria a una fístula enteroentérica entre el pie de asa poco habitual.

EXPOSICIÓN DEL CASO: Mujer de 54 años, testigo de Jehová, intervenida de by-pass gastroyeyunal (2014) y de una plastia abdominal (2017). Acude a urgencias por dolor abdominal de 3 horas de evolución de inicio brusco localizado en epigastrio asociado a vómitos. A la exploración destaca defensa abdominal generalizada, y leucocitosis con neutrofilia en el análisis sanguíneo. Se realiza TAC con hallazgos compatibles con hernia interna de intestino delgado con signos de isquemia intestinal. En la intervención quirúrgica urgente se evidencia un trayecto fistuloso entre el asa común, inmediatamente distal a la anastomosis, y los últimos centímetros distales del asa biliar. Se conformaba un ojal de 3 centímetros de diámetro por el que se herniaron 3,5 metros de asas común con signos de isquemia.

Durante la intervención la paciente se mantuvo hemodinámicamente inestable con necesidad de aminas, por lo que se realizó una cirugía de control de daños. A las 48 horas la paciente presentaba una hemoglobina de 6,5 mg/dL y estabilidad hemodinámica, por lo que se realiza el second-look. Se constata buena perfusión del resto de intestino con verde de indocianina y se realiza anastomosis mecánica laterolateral isoperistáltica entre los cabos abandonados el asa común, sumando 165 cm en total de intestino distales al pie de asa. Al tercer día postoperatorio precisa de una nueva intervención quirúrgica por evisceración contenida, la cual se resuelve con cierre de fascia abdominal mediante puntos en X de monofilamento no reabsorbible.

El postoperatorio evolucionó lento pero favorable, con respiración espontánea al tercer día de la última cirugía, antibioterapia según cultivos de líquido peritoneal que se retiran a las dos semanas y tolerancia a la dieta oral. Es dada de alta a domicilio tras 21 días de estancia hospitalaria con hemoglobina de 9 mg/dL.

DISCUSIÓN: Según lo descrito en la literatura, las hernias internas en estos pacientes son, en su gran mayoría, consecuencia de los defectos quirúrgicos en el mesenterio: mesocolon, hernia de Petersen, etc. Sin embargo, es menos habitual una hernia interna secundaria a un trayecto fistuloso a nivel del pie de asa. En este caso podemos encontrar la posible causa en el punto de sujeción de la anastomosis o bien en el propio traumatismo de la cirugía. Otro de los datos destacables es la limitación terapéutica que supuso la negación de la paciente al soporte hematológico.

ABDOMEN AGUDO EN POLITRAUMATISMO Y BYPASS POR OBESIDAD

Ángel Camarasa Pérez, Rajesh Gianchandani Moorjani, Rafael Orti Rodríguez, Carmen Díaz López, Vanessa Concepción, Juan Manuel Sánchez González.

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN

La obesidad se asocia a un menor riesgo de lesiones viscerales cuándo se trata de pacientes politraumatizados. Sin embargo, los pacientes con obesidad presentan una presentación clínica de su estado general así como de posibles lesiones intraabdominales que difiere respecto al resto de pacientes, destacando la taquicardia como principal parámetro que debe alarmar al cirujano. Presentamos un caso de politraumatismo con lesión ileal en una paciente intervenida de by-pass gastroyeyunal por obesidad.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 54 años intervenida de by-pass gastroyeyunal en 2016 por obesidad que es trasladada en SVA por colisión frontal en vehículo, en el asiento trasero y portadora del cinturón. A la exploración destaca TA 103/67 mmHg y dolor abdominal con marca del cinturón en hipogastrio y defensa generalizada. Análisis sanguíneo dentro de la normalidad y se amplía estudio con TC que informa de datos compatibles con perforación de víscera hueca. Con estos hallazgos se decide cirugía urgente que se accede por laparoscopia evidenciando peritonitis con contenido alimenticio y biliar, por lo que se convierte a laparotomía media. Tras lavado de toda la cavidad se identifica un punto de perforación en asa común de íleon de 2 cm a 120 cm de válvula ileocecal que se sutura.

Durante el postoperatorio la paciente presenta colecciones intraabdominales que son drenadas mediante catéter percutáneo hasta su resolución y descenso de reactantes de fase aguda. Finalmente se va de alta al decimoséptimo día de la cirugía.

CONCLUSIONES

En pacientes intervenida de cirugía bariátrica, que se presentan con traumatismo abdominal cerrado hay que tener en conocer la técnica que tiene realizada, ya que determinará la lesión que tenga y su posible reparación.

Además debido a la forma de manifestación clínica, en la que muchas veces no destaca la exploración abdominal, hay que tener algo grado de sospecha y en caso de duda proceder con una laparoscopia exploradora de forma precoz.

SÍNDROME DE HUESO HAMBRIENTO EN CIRUGÍA DE TIROIDES Y OBESIDAD.

Ángel Camarasa Pérez, María de Armas Conde, Jorge Abellán, Rubén García, Eugenia Caballero, Julio César Jordán Balanzá.

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN

La hipocalcemia es la complicación más frecuente tras la tiroidectomía total con una incidencia del 27,4% en hipocalcemia transitoria y del 12,1% en permanente. La etiología es múltiple: traumatismo intraoperatorio, extirpación o desvascularización de las glándulas paratiroides, y puede conducir a un estado de tetania grave. Este proceso se agrava cuando el paciente presenta un estado de malabsorción intestinal que dificulta la vía oral para su tratamiento. Presentamos un caso de una paciente intervenida de bypass gastroyeyunal por obesidad con hipocalcemia grave tras tiroidectomía total.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 53 años con antecedentes de BPGY por obesidad mórbida hace 7 años que se interviene de tiroidectomía total por enfermedad de Graves Basedow con oftalmopatía que no responde a otras terapias.

Durante la cirugía, se identificaron las glándulas paratiroides superiores e inferiores. Se preservan las 4 glándulas y se confirma su vascularización mediante fluorescencia verde de indocianina con una puntuación de imagen de 2 en cada glándula. También se identificaron nervios laríngeos recurrentes bilaterales, con neuromonitorización intraoperatoria con buenos resultados.

Postoperatorio sin complicaciones y fue dada de alta el primer día postoperatorio con tratamiento ambulatorio: carbonato de calcio 500 mg, dosis de 4g/día, calcitriol y levotiroxina 100 mcg.

Tres días después de la cirugía, comenzó con parestesias, calambres musculares y contracción tetánica de las extremidades. Hipocalcemia de 5,8 mg/dl y niveles normales de fósforo y magnesio. Se inició tratamiento con altas dosis de gluconato cálcico intravenoso 60ml/día (235 mg/h de calcio total) durante una semana. Eventualmente, necesitó una dosis extra (20 ml en 20 minutos de calcio) por persistencia de sintomatología tetánica en extremidades. Además, el nivel sérico de hormona paratiroidea fue de 1,3 pc/mL (15-125 pc/mL).

Tras semanas con calcio en niveles alrededor de 6,5 mg/dl y la paciente asintomática, se consigue normalizar la calcemia a la semana de iniciar tratamiento con análogos de la hormona paratiroidea (Teriparatide). Su nivel de calcio sérico aumentó a 8 mg/d y la normocalcemia persistió después de la retirada gradual del suplemento de calcio intravenoso.

Finalmente fue dada de alta al mes y medio de la cirugía sin síntomas, PTH normal y tratamiento ambulatorio: teriparatida, carbonato cálcico, calcitriol y levotiroxina.

DISCUSIÓN

La hipocalcemia es la complicación más frecuente en la cirugía tiroidea y es importante identificar a los pacientes con factores de riesgo perioperatorios asociados a hipocalcemia postoperatoria. El bypass gastroyeyunal condiciona un estado de malabsorción crónico. En este caso la paciente mantenía la calcemia dentro de la normalidad previamente a la cirugía a expensas de la PTH y la resorción ósea. En el hipoparatiroidismo postquirúrgico disminuyen los niveles de la hormona y el hueso responde con una hipercaptación de calcio ante la ausencia del estímulo PTH, o lo que es lo mismo, un síndrome de hueso hambriento.

Esto junto con la falta de respuesta a la terapia de calcio oral condiciona un descenso rápido de la calcemia que se resuelve con la restauración de la hormona paratiroidea.

ConSCC | 23



SESIÓN DE
COMUNICACIONES LIBRES

JUEVES 19:00



CARCINOMA DE PARATIROIDES ¿QUÉ HACEMOS?

Dra. Florencia Faccini Cabrera, Dra. Beatriz Díaz Pérez; Dra. Laura Fernández Hernández; Dra. Olivia González de Vera; Dra. Alba García Carceller; Dra. Nieves Doria Lorenzo Rocha. Sección de Cirugía Endocrina del Servicio de Cirugía General y del Apto Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

OBJETIVOS:

El cáncer de paratiroides (CP) es una patología endocrina con una baja incidencia y en su patogenia se encuentra la mutación del gen HRPT2. Son factores que afectan a la supervivencia: el sexo masculino, la edad, el tamaño tumoral, la invasión ganglionar y la resección tumoral en bloque. Generalmente se diagnostica tras una intervención quirúrgica por Hiperparatiroidismo Primario (HPP) lo que implica una cirugía insuficiente. Nos planteamos con este trabajo conocer aquellos aspectos clínicos que nos hagan sospechar un CP y el algoritmo diagnóstico-terapéutico óptimo para estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de un varón de 50 años de edad que acude al servicio de urgencias tras detectarse, en analítica rutinaria, hipercalcemia de 14.4 mg/dL.

En la historia dirigida, el paciente refiere hormigueos en las manos y gonalgia bilateral de carácter mecánico. Además refiere aumento del perímetro del cuello en las últimas semanas.

En la exploración, destaca cuello con aumento de tamaño en el lado derecho sin signos inflamatorios.

En la analítica de sangre se detecta, calcio corregido proteínas 14,32 mg/dL; PTH-I: 1312.9 pg/mL.

Con la sospecha de HPP se solicita una ecografía de cuello que informan de nódulo sólido-quístico posterolateral de 49 x 35 x 27 mm, de probable origen paratiroideo. No se observan adenopatías.

TAC de cuello: Masa sólido-quística localizada posterior al lóbulo tiroideo derecho, al cual desplaza, con diámetros de 41 x 32 x 47 mm. La masa también desplaza la tráquea de la izquierda y contacta íntimamente con el esófago. No se demuestran adenomegalias. Sospecha de masa de origen paratiroideo (adenoma vs carcinoma). Se descarta enfermedad a distancia. En consenso con el Servicio de Endocrinología se decidió no realizar PAAF por el riesgo de diseminación.

RESULTADOS:

Se trata de un paciente con diagnóstico de HPP y sospecha clínica de CP por los siguientes aspectos:

- Ser varón.
- Elevadas cifras de calcemia.
- Niveles de PTH 10 veces por encima de límites de normalidad.
- Tamaño de la masa.
- Necrosis central de la masa.
- Sospecha de invasión por contigüidad.

Con la sospecha de CP se decide cirugía y se practica extirpación en bloque de masa paratiroidea y hemitiroidectomía total derecha. La pieza incluye musculatura pretiroidea y grasa mediastínica. Tras la misma, los niveles de PTH disminuyeron hasta la normalización precisando de aporte oral de calcio en las semanas siguientes a la cirugía. El estudio anatomopatológico de la pieza demostró la presencia de un CP.

CONCLUSIONES:

1. El CP es una enfermedad infrecuente donde el mejor tratamiento es la sospecha clínica.
2. El papel de la PAAF en el diagnóstico es discutido.
3. Previo a la cirugía hay que conseguir la normalización de los niveles de calcio.
4. La resección en bloque debe incluir el lóbulo tiroideo ipsilateral, el tejido alveolar paratraqueal, el timo, parte de la musculatura del cuello y, en algunas ocasiones, el nervio recurrente. No hay consenso sobre el vaciamiento central rutinario.
5. Las cifras de PTH son utilizadas en el seguimiento de la enfermedad.



UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE TROMBOSIS DE LA VENA MESENTÉRICA SUPERIOR

Raquel Bañolas Suárez, Pau Plá Sánchez, Francisco José Cruz Benavides, Natalia Afonso Luis, Carlos Fernández Quesada, Joaquín Marchena Gómez
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de G.C.

Presentamos el caso de una mujer de 61 años que debuta con un cuadro de dolor abdominal tras comer pescado hace 14 días. El TC de abdomen reveló una espina de pescado que penetraba en la vena mesentérica superior y causaba trombosis. Presentaba permeabilidad de las ramas distales y trombosis de su tronco principal con recanalización en la confluencia esplénica. Se realizó una laparotomía media y se extrajo la espina de pescado. No se observaron otras lesiones intraabdominales. Se inició la anticoagulación en el postoperatorio inmediato y la paciente fue dada de alta al cuarto día postoperatorio.



COMPLICACIÓN TARDÍA DE PARALISIS DIAFRAGMÁTICA UNILATERAL IDIOPÁTICA: HERNIA DIAFRAGMÁTICA DERECHA GIGANTE

Chirivella Fernández, A, Salado de la Torre, J; Morales Díaz, S, Casanova Ramos, R, González García, S, Rodríguez Castellano, MaD, Marrero Marrero, P, Delgado Plasencia, L. Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

OBJETIVOS: Las hernias diafragmáticas son un defecto del diafragma que permite la migración de contenido intestinal hacia el tórax. Pueden ser congénitas o secundarias a traumatismo penetrante o cerrado. El 80% suceden en el lado izquierdo ya que en el lado derecho el hígado puede ofrecer protección al diafragma.

La clínica respiratoria restrictiva o gastrointestinal aguda requiere cirugía urgente para su reparación. En caso de estabilidad hemodinámica del paciente es preferible la optimización y retraso de la intervención hasta 7-10 días sin empeorar el pronóstico. Respecto a la vía de abordaje, la abdominal es la más recomendable en la fase aguda y la torácica en la crónica. Sin embargo, la probabilidad de necesitar un doble abordaje es alta.

En cuanto a su contenido, lo más frecuente es encontrar solo el saco herniario. Con el incremento de presión intraabdominal mediante factores precipitantes como traumatismos, obesidad, embarazo o estreñimiento pueden contener omento, colon transverso, intestino delgado, estómago e hígado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un caso sintomático de hernia diafragmática gigante asociada a neumonía contralateral y atelectasia pulmonar ipsilateral. Se realizó una revisión sistemática en PubMed con las palabras: "Right diaphragmatic hernia" AND "trauma" AND "atelectasis".

CASO CLÍNICO: Varón de 49 años ingresado en UVI por insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía nosocomial izquierda con importante tiraje abdominal. Antecedentes de neumotórax izquierdo por arma blanca hace 30 años y parálisis diafragmática derecha hace 2 años.

TC objetiva hernia diafragmática derecha con defecto anterior de 3,4cm y herniación hacia hemitórax ipsilateral de lóbulo hepático derecho, vesícula biliar, colon ascendente, ciego, íleon y grasa mesentérica que colapsan la totalidad del pulmón derecho. Compresión extrínseca de hilio pulmonar ipsilateral con colapso de bronquio principal, y desplazamiento contralateral del tráquea y mediastino.

Se decide optimización respiratoria e intervención quirúrgica en 48 horas. Se realiza laparotomía media y subcostal derecha objetivando hernia de 14x12cm en región anterolateral del diafragma derecho con colon ascendente y transverso, epiplón, LHD y segmento V con vesícula biliar. Se realizó toracotomía en 7o espacio intercostal derecho y apertura de lateral de diafragma por dificultad de reducción de hernia. Se colocó una malla de Gore Dualmesh de 15x20 anclada al borde del orificio herniario en musculatura diafragmática.

Durante el postoperatorio el paciente realizó un TEP de arteria pulmonar izquierda, tratado con trombectomía mecánica y filtro de vena cava inferior, y shock mixto; cardiogénico con disfunción sistólica de ventrículo derecho y vasopléjico secundario a síndrome isquemia-reperusión. El paciente fue dado de alta a las 11 semanas de la intervención.

CONCLUSIÓN: La hernia diafragmática es infrecuente. Debemos sospecharla en pacientes con antecedentes de traumatismo torácico y disnea como única sintomatología. La latencia entre el traumatismo y el diagnóstico oscila entre 20 días y 28 años. La rotura diafragmática derecha traumática es la hernia que más retraso diagnóstico conlleva. En cuanto a las congénitas, el 75 % de las hernias de Bochdalek son diagnosticadas en neonatos y su incidencia en adultos es del 0.17%. La de Morgagni tiene una prevalencia del 2-4% y predomina en la edad adulta.

NECROSIS GÁSTRICA TRAS ADMINISTRACIÓN DE ETOXIESCLEROL PARA TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Rahy-Martín AC, Hormiga I, Rosas-Bermúdez C, Pelloni M, Yepes-Cano AF, Marchena-Gómez J.

Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVOS

El tratamiento endoscópico es clave en casos de hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal. Entre la variedad de agentes que pueden utilizarse, se encuentra el etoxiesclerol, usado como agente hemostático debido a su efecto esclerosante. Se presenta un caso de necrosis gástrica tras su aplicación con el fin de presentar esta complicación y su evolución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe el caso clínico de un paciente de 63 años con antecedentes de consumo de heroína, hábito enólico, que acude urgencias por hematemesis acompañado de anemia con un nivel de 14 g/dl de Hb a 6.9 g/dl. Es valorado por el Servicio de Digestivo que realiza una gastroscopia urgente en la que se observa en incisura una úlcera con fondo de fibrina con vaso visible y coágulo adherido, friable al roce, tratándose con doble terapia con inyección de adrenalina y argón. Al día siguiente, se repite nueva gastroscopia por hipotensión refractaria y deposiciones melénicas abundantes con anemia con un nivel de hasta 4.1 g/dl, observándose la misma úlcera que se trata nuevamente con adrenalina y etoxiesclerol. El paciente requiere la transfusión de 6 concentrados de hematíes, sin necesidad de catecolaminas. Tras cuatro días de ausencia de nuevo sangrado el paciente presenta elevación de reactantes de fase aguda con un valor de PCR de 288 mg/L y 23000 leucocitos/mm³ y en la gastroscopia de control, se hallan signos de isquemia gástrica en curvatura menor por lo que se solicita TC urgente observándose marcada hipocaptación con extensa neumatosis parietal tanto del fundus como el cuerpo gástrico, afectando a la curvatura menor y al sector más distal de la curvatura mayor. Con el diagnóstico de isquemia parietal gástrica se decide intervención quirúrgica urgente, en la cual se observa necrosis en cara anterior y posterior del cuerpo gástrico con afectación fúndica, y una perforación en curvatura menor gástrica en la región necrosada. Se lleva a cabo una gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux tras la que el paciente presenta una evolución favorable.

RESULTADOS

Este agente de forma infrecuente, por administración accidental directa en el vaso y, asociado a una situación de bajo gasto condicionada por la hemorragia, puede causar necrosis gástrica tras su administración. A pesar de no existir mucha literatura al respecto, hay descritos algunos casos descritos, por lo que la utilización de este esclerosante ha ido disminuyendo, a pesar de tener un efecto erradicador de la hemorragia muy potente. Hay que tener esta complicación muy en cuenta a la hora de tomar la decisión de su administración.

CONCLUSIONES

El uso del etoxiesclerol ha sido muy discutido, teniendo en cuenta esta posible complicación grave y las consecuencias que pudiera ocasionar, además de la existencia de una amplia variedad de alternativas. Es importante detectar de forma precoz los signos y síntomas de esta potencial complicación para su tratamiento adecuado.

UNA METÁSTASIS SINGULAR: AFECTACIÓN ESPLÉNICA TARDÍA POR ADENOCARCINOMA APENDICULAR

*Anabel Álvarez García, Manuel Artiles Armas, Cristina Roque Castellano, María Del Mar Callejón Cara, Yurena Sosa Quesada, Eva María Nogués Ramia
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín*

OBJETIVO: Se presenta el caso de una metástasis esplénica aislada de adenocarcinoma mucinoso de origen colorrectal tras diez años del tratamiento radical de la neoplasia primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 47 años, con antecedentes de fibrilación auricular paroxística, no anticoagulada e intervención en nuestro centro hace diez años por adenocarcinoma mucosecretor apendicular mediante hemicolectomía derecha y peritonectomía parietal derecha. Recibió quimioterapia adyuvante en su país de origen y mantuvo el seguimiento oncológico hasta que se trasladó nuevamente a España.

En febrero de 2022 acude a nuestro Hospital para estudio por síndrome constitucional de nueve meses de evolución, con pérdida ponderal involuntaria de 4-5 kilogramos, hiporexia y astenia. Además, sudoración nocturna y prurito localizado en hipocondrio izquierdo, donde se palpa una masa de crecimiento progresivo en los últimos meses. Niega sintomatología gastrointestinal.

RESULTADOS: En las pruebas, destacaba un antígeno carcinoembrionario (CEA) de 534,82 ng/mL. La ecografía revelaba una gran masa de 19,5 x 10,6 x 14,46 cm, que parecía depender del bazo, o del peritoneo infiltrando el bazo, realizándose trucut con histología compatible con adenocarcinoma mucosecretor. El TC de extensión confirmó la presencia de la lesión descrita previamente, con sospecha de carcinomatosis peritoneal vs. metástasis esplénica, sin afectación a otros niveles. El resto de estudios (serología y exploraciones endoscópicas), resultaron normales.

Completada la valoración, se programa la intervención, que se lleva a cabo en marzo de 2022, objetivándose durante la misma la esplenomegalia tumoral (20-30 cm), así como múltiples implantes mucosos en peritoneo subdiafragmático y parietocólico izquierdo sin afectación a otros niveles. Se realiza una cirugía citorrreductora (esplenectomía, omentectomía, exéresis de ligamento redondo, colecistectomía, peritonectomía subdiafragmática y de parietocólico izquierdo y salpingooforectomía bilateral) e HIPEC (con Mitomicina C 30 mg/m², 43oC, 60 min).

En el postoperatorio inmediato, se evidencia una pequeña cámara de neumotórax izquierdo y posterior derrame pulmonar ipsilateral, manejados de forma conservadora con buena evolución. A los 14 días de la cirugía, presenta pico febril con empeoramiento de reactantes de fase aguda, obteniéndose una serología positiva para primoinfección por SARS-CoV-2 y un TC de abdomen urgente que revelaba una colección de 7,5 x 2,6 x 4,5 cm en hipocondrio izquierdo, que es tratada con antibioterapia intravenosa y drenaje percutáneo. Finalmente, la paciente es dada de alta a domicilio el 25o día postoperatorio.

Con los resultados de anatomía patológica (metástasis esplénica de adenocarcinoma mucinoso con perfil inmunohistoquímico compatible con origen colorrectal/apendicular), el caso es comentado en Comité de Tumores, decidiéndose seguimiento: tras un año de la intervención, la paciente continúa sin signos de recidiva tumoral.

CONCLUSIONES: Las metástasis esplénicas del adenocarcinoma mucinoso colorrectal constituyen una entidad infrecuente y pueden acontecer transcurrida una década del procedimiento radical. La cirugía citorrreductora con HIPEC es una técnica efectiva para su tratamiento, especialmente en casos con sospecha de afectación peritoneal.

ISQUEMIA GÁSTRICA COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE UN ÍLEO-BILIAR: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Anabel Álvarez García, David Ortiz López, Laura Jiménez Díaz, Francisco José Cruz Benavides, Clara Del Pilar Rosas Bermúdez, Aída Rahy Martín
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

OBJETIVO: La dilatación masiva gástrica puede ocasionar una isquemia del estómago debido a una insuficiencia venosa que aparece como consecuencia de un aumento de la presión intraluminal. Existen múltiples etiologías, desde el vólvulo gástrico hasta los trastornos alimentarios. La oclusión intestinal por íleo biliar es una causa extremadamente infrecuente de isquemia gástrica. Se presenta un caso de isquemia gástrica secundaria a distensión masiva del estómago en contexto de íleo-biliar.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 81 años, con antecedentes de hipertensión arterial y portadora de marcapasos bicameral por bloqueo trifascicular de primer grado, acude a Servicio de Urgencias Hospitalarias por dolor abdominal y vómitos biliosos de 24 horas de evolución, sin cambios en el hábito deposicional, productos patológicos en heces u otra sintomatología. Durante la exploración física, se encuentra estable hemodinámicamente, con un abdomen distendido y doloroso a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Análíticamente, destaca una leucocitosis de 22.440/ul con desviación izquierda. El escáner abdominal revela una fístula colecistoduodenal y una obstrucción intestinal alta secundaria a íleo biliar, con cálculo impactado a nivel de yeyuno proximal, presentando secundariamente una gran dilatación retrógrada hasta esófago distal, sin identificarse signos de sufrimiento ni de isquemia transmural a nivel del tracto digestivo (Imagen 1), (Imagen 2).

RESULTADOS: Considerando los hallazgos, se decide intervención quirúrgica urgente, previa colocación de sonda nasogástrica y restitución del medio interno.

A nivel intraoperatorio, se evidencia una oclusión intestinal alta, a 40 cm del ángulo de Treitz, ocasionada por un cálculo biliar impactado en yeyuno, condicionando proximalmente una gran distensión de yeyuno y duodeno, que presentan un aspecto congestivo. La cámara gástrica se encuentra muy distendida y, como hallazgo casual, se objetiva una necrosis transmural desde la unión gastroesofágica hasta el antro gástrico, respetando de forma parcheada la curvatura menor (Imagen 3).

Intraoperatoriamente, la paciente presenta un deterioro hemodinámico significativo, por lo que se lleva a cabo una cirugía de "control de daños", realizándose gastrectomía total, enterotomía, extracción de cálculo y enterorrafia yeyunal, difiriendo la reconstrucción del tránsito digestivo. Como consecuencia del shock distributivo con fracaso multiorgánico y la refractariedad al tratamiento, la paciente fallece a las 48 horas de la intervención.

CONCLUSIONES: A pesar de que el íleo biliar es una de las formas más infrecuentes de obstrucción intestinal, constituye la causa más común de oclusión mecánica del intestino delgado sin estrangulación, representando entre el 1% y el 4% de los casos (25% en ancianos).

Aunque la extracción del cálculo permite solventar la obstrucción intestinal, el carácter intermitente e inespecífico de los síntomas, a menudo retrasa el diagnóstico, de forma que, el aumento de la presión intraluminal puede ocasionar isquemia de algún segmento del tracto digestivo. Esto sumado a la frecuente coexistencia de otras comorbilidades en los pacientes, hace que se trate de una entidad con tasas de morbilidad y mortalidad no desdeñables. El diagnóstico precoz es vital para evitar consecuencias fatales. El tratamiento inicial es la descompresión gástrica mediante sonda nasogástrica, seguido de cirugía. En estado avanzado la mortalidad puede ser del 80%.



PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA UNILATERAL TRAS APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

Claudia Hernández Oramas, Lázaro Fernández López, María Desirée Rodríguez Castellano, Sara González García, Patricia Marrero Marrero, Luciano Jonathan Delgado Plasencia
Hospital Universitario de Canarias, Tenerife

INTRODUCCIÓN

La parálisis diafragmática es una complicación sumamente infrecuente en la cirugía laparoscópica abdominal. No obstante, es una patología de gran relevancia clínica que debe tenerse en cuenta ante disnea post-quirúrgica sin diagnóstico etiológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un caso de parálisis diafragmática unilateral diagnosticada en radiografía de tórax tras disnea post-quirúrgica en paciente intervenida de apendicectomía laparoscópica. Se realizó búsqueda de PubMed sin encontrar casos cuya causa haya sido por realización de apendicectomía sino por otras técnicas quirúrgicas.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 59 años intervenida de apendicectomía laparoscópica sin incidencias. En el post-operatorio la paciente acude a su médico de cabecera por iniciar cuadro de disnea con intolerancia al decúbito supino, que se acompaña de despertares nocturnos y sueño no reparador. A la exploración cardiopulmonar presentaba hipofonesis en campos medio e inferior, así como disminución de la saturación de oxígeno en decubito siendo diagnosticada de cuadro catarral, pautándose tratamiento con aerosoles y antibioterapia. Ante la no mejoría del cuadro se deriva a la paciente a urgencias donde se realiza radiografía de tórax en la que se evidencia elevación diafragmática derecha no existente en el estudio pre-operatorio. La paciente es derivada al servicio de Neumología que solicita las siguientes pruebas complementarias: espirometría, gasometría y TACAR, en las que no se manifestaron hallazgos patológicos que justifiquen el origen de la parálisis diafragmática (anomalías estructurales, procesos neoformativos, etc.), por lo que se estableció una relación causa-efecto entre el diagnóstico de parálisis diafragmática con la cirugía laparoscópica reciente.

CONCLUSIÓN

A pesar de que la apendicectomía laparoscópica es una técnica quirúrgica rutinaria, no se encuentra exenta de complicaciones. La parálisis diafragmática es una complicación que no se había recogido previamente en la literatura como una de ellas, sin embargo, sí que se encontraba descrita como causa de la misma otras intervenciones quirúrgicas como la cirugía cardiotorácica u otras cirugías abdominales (colecistectomía laparoscópica). Por ello, es sumamente importante, tenerla presente ante la aparición de disnea en pacientes con cirugías laparoscópicas abdominales recientes.

ILEOCOLITIS FULMINANTE POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS EN UNA PACIENTE TRASPLANTADA CARDIACA

María Isabel Hormiga Rodríguez, David Ortiz Lopez, Miguel Fernández De Sanmamed Girón, Mario Galván Ruiz, Clara Rosas Bermúdez, Aída C. Rahy Martín, Raquel Bañolas Suárez, Joaquín Marchena Gómez.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

OBJETIVOS: Las infecciones son una de las complicaciones más frecuentes durante el seguimiento del trasplante de órgano sólido, las causadas por parásitos representan una muestra muy pequeña. Strongyloides Stercolaris es un nemátodo endémico de zonas tropicales y subtropicales que posee un ciclo de vida complejo, pudiendo permanecer en un único huésped durante años gracias a la autoinfección. La afectación más frecuente es la abdominal y, en pacientes inmunodeprimidos, suele presentar una clínica más florida. En estos pacientes puede producirse un efecto de diseminación a nivel pulmonar, denominado hiperinfección que puede cursar en forma de distress respiratorio, con una mortalidad de hasta el 50%.

Se describe un caso de ileocolitis por Strongyloides Stercolaris en una paciente trasplantada cardíaca.

MATERIALES Y MÉTODOS: Exponemos detalladamente el caso clínico, describiendo el proceso evolutivo.

RESULTADOS: Paciente de 44 años con antecedentes de trasplante cardíaco en 2022 por miocardiopatía restrictiva familiar. Como parte del seguimiento habitual se realiza biopsia endomiocárdica objetivándose rechazo a nivel cardíaco iniciándose tratamiento habitual con bolos de corticoides a altas dosis. Posteriormente la paciente comienza con cuadro de dolor abdominal en fosa iliaca derecha. Se solicitó una ecografía visualizando signos de colitis en colon derecho. Se pautó tratamiento antibiótico durante una semana, pero ante ausencia de mejoría y aparición de fiebre y vómitos, se realizó un TAC de abdomen que reveló una pancolitis inespecífica. Se decidió ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso y antivírico ante sospecha de colitis por citomegalovirus. Durante el ingreso, la paciente presentó una evolución desfavorable desarrollando un cuadro oclusivo por la ileocolitis, deterioro respiratorio y hemodinámico, por lo que se decidió realizar una intervención quirúrgica urgente. Intraoperatoriamente se objetivó una ileocolitis de íleon distal y colon derecho. No se objetivó isquemia transmural, si un engrosamiento muy importante en los últimos 50cm de íleon y el ciego, con heces muy duras en su interior imposibles de movilizar. Ante estos hallazgos se llevó a cabo una resección ileocecal con ileostomía y fistulabmucosa.

Tras la cirugía ingresa en la unidad de cuidados intensivos. A las 24 horas de la cirugía, una vez extubada, presenta un distress respiratorio importante con mala respuesta al tratamiento. En el estudio anatomopatológico de la resección ileocecal se visualizaron granulomas similares a los de la enfermedad inflamatoria intestinal e imágenes sugestivas de parásitos (imagen 1,2 y 3). Ante el empeoramiento respiratorio de la paciente y los hallazgos en la anatomía patológica se realizó un lavado broncoalveolar, confirmándose el diagnóstico de ileocolitis secundaria a Strongyloides Stercolaris con diseminación pulmonar. Se inició tratamiento antiparasitario con Ivermectina, con una evolución favorable.

CONCLUSIONES: El despistaje de Strongyloides Stercolaris durante el estudio pretrasplante de órgano sólido es controvertido en áreas no endémicas, con este caso queremos resaltar la importancia de su identificación para evitar una enfermedad potencialmente mortal.

La indicación quirúrgica viene marcada por una mala respuesta al tratamiento o bien por peritonismo o inestabilidad hemodinámica. En este caso el hecho de intervenir a la paciente y realizar la resección intestinal fue lo que permitió llegar al diagnóstico y tratar la infección sistémica posteriormente.

APENDICITIS AGUDA VS ENDOMETRIOSIS APENDICULAR EN MUJER CON DOLOR AGUDO DE LOCALIZACIÓN EN FOSA ILIACA DERECHA. REPORTE DE UN CASO

Ariadna M^a Déniz Ramírez, Laura González Sánchez, Eudaldo López-Tomassetti Fernández, Juan Ramón Hernández Hernández

Hospital Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria

La endometriosis que afecta al apéndice se objetiva en aproximadamente el 3% de todas las endometriosis intestinales y en menos del 1% de las endometriosis pélvicas. Se manifiesta de forma asintomática de forma general. Cuando se presenta de forma sintomática, suele ser de forma crónica y recurrente, siendo la endometriosis apendicular difícil de diferenciar de una apendicitis aguda.

Presentamos el caso de una mujer de 20 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a consultas externas de cirugía, por cuadro de dolor abdominal de tres semanas de evolución localizado en fosa iliaca derecha. Refiere que el dolor había disminuido en la última semana y que confirma como primera vez que le sucede. A la exploración física, presenta abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación y sin signos de irritación peritoneal generalizada. Se realiza una analítica sanguínea con leve leucocitosis, procalcitonina en rango normal y PCR 1.32. Dado persistencia del dolor, se realiza una Tomografía axial computerizada abdomino-pélvica, que es informada como hallazgos sugestivos de plastrón apendicular. Se decide ingreso hospitalario con tratamiento antibiótico, siendo de alta a los 5 días. Se solicita de una endoscopia digestiva baja, a los 2 meses de su alta hospitalaria y que En fondo cecal se visualiza orificio apendicular de aspecto eritematoso y con salida de escaso material purulento sin otras lesiones asociadas. Finalmente y de forma programada se interviene a los 5 meses objetivándose intraoperatoriamente un apéndice aumentado de tamaño, retrocecal aunque sin signos inflamatorios. Se realiza una apendicectomía laparoscópica.

Resultado de la anatomía patológica, pieza de apendicectomía con hallazgos histológicos compatibles con endometriosis. La paciente finalmente es derivada a consultas externas de ginecología, donde tras revisión, recibe tratamiento hormonal actualmente, consiguiendo buen control de los síntomas.

La endometriosis apendicular es una entidad muy poco frecuente, que en caso de presentación, suele ser de forma crónicamente recurrente. En nuestro caso, la presentación fue de forma aguda y con dolor mantenido en el tiempo. La anatomía patológica de la pieza, permite el diagnóstico diferencial definitivo entre apendicitis aguda y endometriosis apendicular

HERNIA INTERNA RETROURETERAL TRAS CISTECTOMÍA RADICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Salado de la Torre. J, Ramírez. E, Chirivella. A, Delgado. L, González. S, Rodríguez. M.D Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

INTRODUCCIÓN: Las hernias internas representan una afección potencialmente mortal y una emergencia quirúrgica, provoca una obstrucción intestinal aguda con una rápida evolución hacia la estrangulación e isquemia. Estas suponen hasta el 5,8% de las obstrucciones de intestino delgado, con una elevada tasa de mortalidad que puede superar el 50%. Su etiología puede ser congénita o adquirida, causadas por inflamación, traumatismos o cirugías previas.

Las hernias internas en la cavidad pélvica son raras, una hernia interna causada por el uréter es un hecho extremadamente raro: solo se han reportado 5 casos en el mundo.

Estos cinco casos coinciden con procedimientos quirúrgicos previos de derivación urinaria, dos de ellos cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker, y los tres restantes reimplantación ureteral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un nuevo caso de obstrucción intestinal secundaria a una hernia interna retroureteral tras cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker. Realizamos una revisión sistemática en la base de datos PubMed con las palabras: " Internal hernia, intestinal obstruction and ileal conduit".

CASO CLÍNICO: Varón de 82 años, antecedentes quirúrgicos de interés: Adenocarcinoma acinar prostático pT2B intervenido en Mayo de 2019 y adenocarcinoma de colon sigmoide pT3N0M0 intervenido en Diciembre de 2019. En seguimiento por su patología prostática se diagnostica de carcinoma urotelial vesical invasivo y se decide intervención quirúrgica programada realizándose cistectomía radical abierta con derivación urinaria tipo Bricker.

Durante el procedimiento quirúrgico, perforación yatrogénica de cara anterior de recto de 7cm de longitud, realizándose intervención de Hartmann. Postoperatorio tórpido con náuseas y vómitos que requirió colocación de SNG. En el 6o día postoperatorio, ante la ausencia de mejoría y empeoramiento analítico con aumento de RFA (16900 leucocitos/mm³, PCR 144mg/dl), SNG (1500cc en 8 horas) y colostomía no funcionante, se realiza radiografía de abdomen objetivándose: dilatación de asas intestinales en patrón de pilas de monedas, motivo por el cual se realiza TC de abdomen donde se objetiva dilatación de asas de intestino compatible con íleo paralítico, tratándose de forma conservadora, colostomía funcionante al 9o día postoperatorio.

Al 10o día postoperatorio comienza con abundante drenado de líquido peritoneal a través de la herida quirúrgica y ante sospecha de evisceración se decide intervención quirúrgica urgente.

Se revisaron las imágenes de TC previas, objetivándose cambio de calibre en intestino delgado localizado en pelvis que podría ser compatible con hernia interna retroureteral.

Intraoperatoriamente se objetivó herniación de asas de delgado hacia la pelvis a través de un orificio conformado por el uréter izquierdo, el conducto ileal y el retroperitoneo, no se objetivó compromiso vascular intestinal. Se redujo contenido herniado y se fijó uréter izquierdo al retroperitoneo.

CONCLUSIÓN: La obstrucción de intestino delgado debido a una hernia interna causada por una derivación urinaria es una ocurrencia extremadamente rara pero que hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las complicaciones postquirúrgicas.

HERNIA INTERNA SECUNDARIA A DEFECTO EN PARAMETRIO QUE CONDICIONA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA

Ricardo Hernández Alonso, Alejandro Hueso Mor, Jorge Abellán Fernández, Rajesh Gianchandani Moojarni, Vanessa Concepción Martín, Julio César Jordán Balanzá
Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria

INTRODUCCIÓN

El ligamento ancho del útero está formado por ambas capas peritoneales que cubren la superficial de mismo. Puede producirse un defecto en ambas capas peritoneales cuya etiología suele ser: anomalía congénita, trauma en el parto, aperturas quirúrgicas del ligamento en intervenciones quirúrgicas previas o la enfermedad inflamatoria pélvica.

Las hernia y obstrucción del contenido intestinal a través de defectos del parametrio son extremadamente infrecuentes. Presentamos el caso de una mujer que presenta hernia interna secundaria a defecto en parametrio.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente mujer de 68 años, con antecedente de HTA y dislipemia, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal asociado a vómitos de 72 horas de evolución. No fiebre en domicilio. A la exploración presenta abdomen distendido, doloroso de manera difusa sin defensa ni peritonismo. SNG con débito intestinal 400cc. TC de abdomen: Dilatación difusa de la práctica totalidad de las asas intestino delgado objetivando cambio de calibre a nivel del margen derecho de la pelvis con colapso del íleon terminal, en relación con cuadro obstructivo mecánico. Con estos hallazgos se decide llevar a quirófano de manera urgente evidenciando dilatación de asas de delgado con cambio de calibre a nivel de pelvis secundario a hernia interna conformada por asas de delgado y orificio herniario en parametrio derecho (entre trompa uterina derecha y pared lateral derecha de la pelvis). Líquido libre seroso en moderada cantidad. Se realiza sección del anillo a nivel de orificio herniario en parametrio derecho, liberación del asa de delgado que se encuentra indemne, se confirma preservación de la misma con verde de indiocianina. Cierre del orificio herniario.

La paciente presenta buena evolución postoperatoria durante el ingreso sin incidencias y es dada de alta al 4º día postoperatorio.

DISCUSIÓN

La hernia a través de un defecto en el parametrio es extremadamente infrecuente, representando menos del 7% del total de hernias internas, siendo el íleon la estructura implicada en la herniación en la mayoría de las ocasiones. Del total de casos reportados en la literatura, más del 80% de los casos de hernia interna por defecto en el parametrio ocurrieron en pacientes múltiples o con intervenciones previas.

El diagnóstico de la hernia interna causada por un defecto en el parametrio suele ser complejo, debido a que las pacientes que lo sufren no suelen presentar una clínica típica y llamativa, sino que debutan con un dolor abdominal inespecífico que puede hacer pasar desapercibido el diagnóstico. Para ayudarnos en el diagnóstico podemos utilizar el TAC o la ecografía.

CONCLUSIÓN

En conclusión, es fundamental ante la sospecha de hernia interna realizar un diagnóstico precoz para realizar un tratamiento quirúrgico temprano y reducir de esta forma la morbimortalidad de estas pacientes.

ACTINOMICOSIS ABDOMINOPÉLVICA SECUNDARIA A DIU, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ricardo Hernández-Alonso, Irene Ferrer Vilela, Alejandro Hueso Mor, Mónica Fernández del Castillo Ascanio, Antonio Pérez Álvarez, Julio César Jordán Balanzá
Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria

INTRODUCCIÓN: La actinomicosis es una infección bacteriana crónica e infrecuente, que produce lesiones granulomatosas por infección del *Actinomyces Israelii*, cuya clínica incluye: supuración, abscesos y fistulización. El proceso infeccioso puede localizarse a nivel cervicofacial (56%), abdominal (22%) o torácico (15%), aunque existen localizaciones menos frecuentes como la cerebral, pélvica o ginecológica. Dada su variable forma de presentación y clínica, puede simular un proceso tumoral y por ello acarrear graves consecuencias para el paciente.

OBJETIVO: Presentar el caso de una mujer de 49 años con actinomicosis abdominopélvica con extensión a miembro inferior izquierdo, portadora de un dispositivo intrauterino (DIU).

EXPOSICIÓN DEL CASO: Mujer de 49 años, portadora de DIU desde 2016 e intervenida por absceso glúteo izquierdo en diciembre 2022 y posterior drenaje de absceso inguinal en enero 2023, por extensión de la infección glútea y con dificultad para la cicatrización pese a curas diarias; por lo que se inicia estudio por sospecha inicial de enfermedad inflamatoria intestinal que se descarta con colonoscopia. Posteriormente se completa estudio con TAC y RM con imágenes compatibles con proceso inflamatorio abscesificado vs síndrome fibroblástico mixoinflamatorio en zona pélvica y extensión hacia miembro inferior izquierdo, sin poder descartar patología tumoral, por lo que se biopsia con resultado anatomopatológico: tejido fibroadiposo con infiltrado inflamatorio. Durante el transcurso del estudio la paciente reaccude al Servicio de Urgencias por cuadro de 4 días de fiebre, dolor e impotencia funcional del miembro inferior izquierdo, destacando aumento de volumen de partes blandas, signos de flogosis, edema y región abscesificada con fluctuación central en raíz de muslo. Se realiza TAC urgente que describe aumento de partes blandas presacro con afectación anexial izquierda, muscular retroperitoneal, glútea, y de musculatura adductora e isquio-tibial izquierda con marcado aumento de volumen del muslo proximal y extensión cutánea, a valorar proceso inflamatorio-infeccioso sin poder descartar proceso neofornativo. Se realiza drenaje en quirófano con toma de biopsias que concluye la presencia de tejido granulación con colonias bacterianas de *Actinomyces Israelii*. Retirado DIU con cultivo positivo para *Actinomyces Israelii*. Actualmente en tratamiento con penicilina G sódica 20 MU/día con buena respuesta, siendo dada de alta tras completar ciclo de tratamiento antibiótico intravenoso.

DISCUSIÓN: La actinomicosis pélvica es una infección muy infrecuente derivada de la extensión local de un proceso infeccioso intraabdominal, como es el caso de mujeres portadoras de DIU durante más de 4 años. El *Actinomyces* forma parte de la flora vaginal habitual, y su presencia en ausencia de clínica no obliga a su erradicación ni la retirada del dispositivo. La clínica suele ser insidiosa e inespecífica, conllevando en muchas ocasiones un retraso diagnóstico y desarrollo de masas que simulan tumores de partes blandas como el sarcoma, por lo que la mayoría de los casos se diagnóstica tras la cirugía con los hallazgos patológicos. El tratamiento de este tipo de infecciones es combinado: quirúrgico, para drenar abscesos y tomar biopsias, y médico con Penicilina G sódica a dosis altas durante 2-6 semanas vía intravenosa, seguida de tratamiento con Penicilina o Amoxicilina oral durante 6 meses



CASO ATÍPICO DE SANGRADO GASTROINTESTINAL: GIST YEYUNAL

Jorge Abellán Fernández, Luis Eduardo Pérez Sánchez, María De Armas Conde, Marta Rojas Estévez, Carmen Alicia Goya Pacheco, Julio Cesar Jordán Balanza.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife.

INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más comunes del tracto gastrointestinal. La localización más frecuente es el estómago, seguido del intestino delgado y sólo el 10% se encuentran en el yeyuno. Comúnmente se manifiestan como una masa asintomática (20%) que se diagnostica de manera incidental durante una endoscopia o cirugía. Sin embargo, algunos GIST se asocian con dolor abdominal, hemorragia gastrointestinal, perforación u obstrucción intestinal. Casi el 25% de las presentaciones de GIST yeyunales son a través del sangrado gastrointestinal, que es la complicación más peligrosa. La tomografía computarizada (TC) es la imagen diagnóstica de primera línea, que se confirma con evaluación patológica e inmunohistoquímica (C-KIT y CD117). La resección quirúrgica es el tratamiento definitivo, sobre todo si hay una hemorragia gastrointestinal masiva potencialmente mortal.

OBJETIVO: Exponer el caso de una paciente con sangrado gastrointestinal debido a un GIST yeyunal, y su manejo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS / PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO: Se trata de una mujer de 70 años con antecedentes personales de sangrado digestivo de origen incierto hace dos años. Acude a urgencias con melenas de 24 horas de evolución, un regular estado general aunque hemodinámicamente estable, palidez mucocutánea y dolor abdominal. En la analítica destacaba una hemoglobina (Hb) de 8'7 g/dL. Se le realizó una gastroscopia y colonoscopia urgentes sin identificar el origen del sangrado. Se hizo entonces una angioTC, que reveló un sangrado activo intraluminal a nivel de yeyuno. Con estos hallazgos se realizó una arteriografía, que objetivó una vascularización anómala a dicho nivel, y se embolizó. Con todo, a pesar de la transfusión de hemoderivados, la anemización progresó hasta una Hb de 5'8 g/dL, por lo que se decidió intervención quirúrgica urgente, estando la paciente estable en todo momento.

RESULTADOS: Se realizó una laparotomía media, observándose un tumor extraluminal de 6 cm de diámetro, situado a 10 cm del ángulo de Treitz. Se resecó el asa yeyunal que incluía la lesión, seguida de una anastomosis laterolateral mecánica isoperistáltica. Durante el postoperatorio tuvo un Trombo-Embolismo Pulmonar (TEP) y Trombosis Venosa Profunda (TVP) del miembro inferior izquierdo asintomática, que se manejó con anticoagulación a dosis terapéuticas tras valoración por los servicios de Neumología y Hematología. Fue dada de alta al noveno día postoperatorio sin otras complicaciones. El estudio histopatológico describió la lesión como un tumor GIST de células fusiformes de bajo grado (G1) con intensa expresión de C-KIT (CD117) y DOG1. La lesión se clasificó como pT3pN0. Con estos hallazgos la paciente fue evaluada por Oncología e inició tratamiento con Imatinib.

CONCLUSIONES:

- El sangrado gastrointestinal masivo es una presentación poco común del GIST yeyunal, pero debemos sospechar esta entidad en estas situaciones. Debido a los síntomas inespecíficos y las limitaciones diagnósticas, confirmar un diagnóstico preoperatorio es un desafío.
- Se debe realizar una angioTC en aquellos pacientes con hemorragia gastrointestinal aguda cuando el origen del sangrado no es visible en la endoscopia.
- La resección quirúrgica es el tratamiento definitivo de estas lesiones, especialmente si hay una hemorragia gastrointestinal masiva potencialmente mortal.

CIRUGÍA CITORREDUCTORA + HIPEC EN PACIENTE CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL 2º A NEOPLASIA GÁSTRICA CON INFILTRACIÓN PANCREÁTICA. REPORTE DE UN CASO

Ariadna Mª Déniz Ramírez, Eudaldo López-Tomassetti Fernández, Gabriel García-Plaza, Juan Ramón Hernández Hernández

Hospital Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria

El adenocarcinoma gástrico es un proceso neoproliferativo maligna tipo epitelial con origen en las glándulas de la mucosa gástrica. Diagnosticado frecuentemente en varones (proporción 2:1) y en edad media de 68 años. El cáncer gástrico es el quinto cáncer más frecuente en el mundo. El subtipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma.

Presentamos el caso de un paciente varón de 44 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos previos. Fumador desde hace 20 años de forma importante. Ingres a cargo de Oncología para estudios de extensión, por síndrome constitucional, con pérdida de 20kg de peso y dolor abdominal. Sd constitucional con pérdida de 20kg de peso. Endoscopia digestiva alta con sospecha de neoplasia gástrica. TAC abdomino-pélvico de extensión compatible con proceso neoproliferativo gástrico (T4a, N2, M0). Engrosamiento mural del infundíbulo vesicular y conducto cístico sospechoso de malignidad. Se realiza PET donde se objetiva discreto aumento de captación en engrosamiento gástrico y adenopatías periesofágicas y en ligamento gastroesofágico conocidas. Sin evidencia de tejido tumoral viable con afinidad por la 18F-FDG en otras localizaciones. Anatomía patológica compatible con adenocarcinoma gástrico. Tras presentación de caso en comité multidisciplinar de tumores esófago-gástrico, se decide intervención quirúrgica. Intraoperatoriamente se visualiza tumoración gástrica que ocupa fundus cuerpo y antro. Infiltración de cabeza, cuerpo y cola de páncreas, vesícula biliar, duodeno y colon transverso. No afectación de arteria hepática ni mesentérica. Implantes subdiafragmáticos derechos, izquierdos. Implantes milimétricos en meso de yeyuno e ileon. Implantes en omento mayor. ICP calculado 13-15 puntos. Se realiza cirugía citorreductora (gastrectomía total, pancreatometomía total con esplenectomía, colecistectomía y resección segmentaria del colon) y HIPEC durante 75 minutos con Mitomicina C.

Postoperatorio tórpido con fístula biliar que requirió reintervención y donde se objetivaron hallazgos compatibles con dehiscencia parcial de anastomosis hepatoyeunostomía en cara anterior. Se retira tutor de vía biliar previa. Colocación de drenaje kehr tutorizando vía biliar y yeyunal. Puntos sueltos de PDS 4.0 fijando kehr y cierre de anastomosis. Anatomía Patológica definitiva compatible con Adenocarcinoma pobremente cohesivo gástrico (pT4b, pN2, pM1), márgenes afectos. PDL 1 > 10. Her 2 negativo. MSS. NTRK (Inmunohistoquímica): negativo. Tratamiento adyuvante mediante FOLFOX (12 ciclos). PET/TC Julio 2023: Sin evidencia de tejido tumoral viable con afinidad por la 18F-FDG a nivel intraabdominal ni a distancia.

Aproximadamente el 10-50% de los pacientes con de cáncer gástrico, presentan carcinoma peritoneal a su diagnóstico inicial. La combinación de cirugía citorreductora + HIPEC es la única estrategia terapéutica que ha mostrado supervivencia a 5 años en pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen gástrico.

PRIMER USO EN CANARIAS DE FASCIOTENS®, DISPOSITIVO DE TRACCIÓN FASCIAL, PARA REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN GIGANTE

María Isabel Hormiga Rodríguez, Raúl Medina Velázquez, Isabel Sánchez Guedes, María José Luque García, María del Mar Sánchez-Lauro Martínez, Joaquín Marchena Gómez
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

OBJETIVOS

Nuestro objetivo es presentar la primera experiencia en Canarias del uso de Fasciotens, dispositivo de tracción fascial, en paciente con eventración gigante con pérdida del derecho a domicilio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe caso clínico de una paciente de 53 años con antecedentes de HTA, asma bronquial, hipotiroidismo, obesidad grado IV con Bypass gástrico y colecistectomía en 2002, dermoliplectomía en dos ocasiones (2005 y 2007), con posterior reganancia de peso a mayor que el peso que presentaba antes del bypass (peso 188 kg, talla 1.72 m, IMC 63 kg/m²). Presenta eventración gigante con pérdida de derecho a domicilio, con importantes trastornos tróficos de la piel asociando tres úlceras profundas adyacentes a venas varicosas con sangrado profuso y anemización recurrente. El defecto tiene un diámetro máximo de 21 cms y un índice de Tanaka aproximado del 55%, clasificándose como una eventración M1-3W3. Se decide programar intervención quirúrgica para tratamiento de la eventración y revisión de cirugía bariátrica en un mismo tiempo. Se lleva a cabo prehabilitación preoperatoria, ingresando la paciente un mes antes de la cirugía para inyección de toxina botulínica en musculatura lateral e insuflación de neumoperitoneo progresivo. Se interviene realizándose distalización del Bypass gástrico dejando asa común de 120 cms y reconstrucción de pared abdominal con separación anterior y posterior de componentes bilateral (SAC + TAR) con uso de dispositivo de tracción fascial Fasciotens.

RESULTADOS

La paciente requiere ingreso prolongado en Unidad de Reanimación por insuficiencia respiratoria y renal secundaria a síndrome compartimental abdominal, con PIAs en torno a 20-25 mmHg por lo que tras un periodo de tiempo alternando gafas nasales y Bipap, precisa reintubación y por último traqueostomía. Como complicación adicional, desarrolla necrosis de colgajos dermograsos requiriendo repetidas necrosectomías y desbridamientos además de colocación de terapia VAC. Posteriormente, evoluciona de manera favorable, con mejoría desde el punto de vista respiratorio y renal.

Actualmente, prosigue su recuperación en planta hospitalaria convencional, donde permanece ingresada para las sucesivas curas y para recuperación funcional, al haber desarrollado polineuropatía del paciente crítico, sin que haya presentado complicaciones quirúrgicas a nivel intestinal.

CONCLUSIONES

La reparación de eventraciones gigantes con pérdida de derecho a domicilio es un reto que requiere estrategias quirúrgicas complejas como la que se expone, además de un manejo perioperatorio multidisciplinar, en el que se combine la aplicación de medidas de prehabilitación preoperatoria, con el fin de facilitar el cierre fascial primario prevenir el desarrollo de complicaciones posoperatorias derivadas del síndrome compartimental. El dispositivo de tracción fascial (Fasciotens®) constituye una herramienta útil para dicho fin, si bien se trata de cirugías que no están exentas de complicaciones, especialmente en casos tan complejos como el expuesto. Estamos convencidos de que su uso en pacientes seleccionados ayudará a mejorar los resultados de este tipo de intervenciones.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SECUENCIAL: ENFOQUE PERSONALIZADO EN PACIENTE CON SÍNDROME DE LOEYS DIETZ Y OBESIDAD

Marta Rojas Estévez, Rajesh Gianchandani Moorjani, María de Armas Conde, Ricardo Hernández Alonso, Guillermo Saiz Lozano, Julio César Jordán Balaza.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El bypass gastroyeyunal en Y de Roux es uno de los tratamientos quirúrgicos más efectivos para bajar de peso en la obesidad; pero en un determinado grupo de pacientes (que presentan comorbilidades o superobesidad entre otros) la morbimortalidad puede verse aumentada con esta técnica. Por ello, puede estar indicada la cirugía bariátrica en dos tiempos, en primer lugar una gastrectomía vertical y, posteriormente, un bypass gástrico en Y de Roux.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 26 años con IMC de 59,73, que presenta como antecedentes de interés SAHS grave y síndrome de Loeys Dietz. El síndrome de Loeys Dietz es un trastorno genético que afecta al tejido conectivo, especialmente de los sistemas cardiovascular, cutáneo, musculoesquelético y gastrointestinal. Este síndrome presenta entre sus características dilatación y tortuosidad vascular, alteraciones esqueléticas, dificultad en la cicatrización, malformaciones faciales,... Ante la complejidad de la patología asociada (riesgo de dehiscencia de sutura, posibilidad de alteración vascular,...) y el IMC que presentaba, se lleva el caso al Comité multidisciplinar de obesidad y se decide realizar cirugía bariátrica en dos tiempos, iniciando con una gastrectomía vertical y, según los resultados y la evolución, un bypass gastroyeyunal después.

RESULTADOS

A los 9 meses de la gastrectomía, la paciente había perdido casi 55 kg de peso, presentando un IMC de 40, con buena tolerancia oral y correcta cicatrización. Por ello, se decidió continuar con la conversión a bypass gastroyeyunal laparoscópico. A los 4 meses de la segunda cirugía, la paciente presentaba un IMC de 31,8, con correcta tolerancia y sin complicaciones.

CONCLUSIONES

La gastrectomía vertical como intervención inicial, previo al bypass gástrico, en pacientes complejos de alto riesgo puede permitir una disminución de las complicaciones y, por consiguiente, una mejoría de los resultados posteriores.

ConSCC | 23



IV

SESIÓN DE
COMUNICACIONES LIBRES

VIERNES 09:00

CÁNCER DE RECTO INESTABLE. EL CAMINO INTERDISCIPLINAR HACIA LA ÓRGANO-PRESERVACIÓN

María Álvaro Roures, Antonio Navarro-Sánchez, Iván Soto-Darias, Esteban Pérez Alonso, Juan Ramón Hernández Hernández,

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Gran Canaria.

OBJETIVOS

El tratamiento estándar del cáncer recto medio-bajo localmente avanzado ha sido la neoadyuvancia con quimioterapia y radioterapia en diferentes esquemas seguido de la escisión mesorrectal total. Los cánceres de recto con inestabilidad de microsatélites han sido clásicamente los menos respondedores a este tipo de terapias. Presentamos el caso de una paciente con adenocarcinoma de recto medio estenosante con inestabilidad de microsatélites que precisó colostomía de descarga y con respuesta patológica completa tras tratamiento con inmunoterapia y cirugía transanal mínimamente invasiva órgano preservadora.

MATERIAL Y MÉTODO

Mujer de 50 años con diagnóstico de neoplasia de recto a 8cm del margen anal estenosante T3N0M0 profundo y anatomía patológica de adenocarcinoma bien diferenciado MSI-H que precisó colostomía de descarga. Tras discusión multidisciplinar se decide iniciar inmunoterapia con dostarlimab, durante 6 meses y valorar según respuesta clínica, radiológica, endoscópica y patológica, un tratamiento posterior con quimioterapia y radioterapia concomitante seguido de escisión mesorrectal total en ausencia de respuesta o respuesta parcial o realizar seguimiento con respuesta completa.

RESULTADOS

Durante el seguimiento no se demostró diseminación a distancia, evidenciándose reducción progresiva de la lesión tanto radiológica como clínicamente. Tras culminar la inmunoterapia se realizó una endoscopia baja donde se objetivó la lesión polipoidea a 8cm del margen anal de gran tamaño, siendo las múltiples biopsias tomadas compatibles con tejido de granulación. El reestadiaje con resonancia y exploración rectal eran compatibles con respuesta al tratamiento, persistiendo el componente polipoideo. Tras discusión en comité colorrectal y dado que la respuesta de la porción adenomatosa no responde a la inmunoterapia se completó el tratamiento con TAMIS. Intraoperatoriamente se objetivó una amplia lesión polipoidea ocupando 3/4 partes e la circunferencia incluyendo pequeñas lesiones satélites en probable relación a respuesta no concéntrica al tratamiento, motivando esto la escisión amplia y en bloque de toda lesión sospechosa. La anatomía patológica definitiva fue pT0. Actualmente la paciente se encuentra pendiente de reconstrucción del tránsito intestinal.

CONCLUSIONES

El reciente trabajo publicado sobre el tratamiento con el inhibidor de PD-1, dostarlimab, para el cáncer de recto localmente avanzado inestable ha cambiado radicalmente el paradigma de este tipo de tumores que escasamente respondían a tratamientos neoadyuvantes clásicos, concluyendo en un 100% de respuestas patológicas completas. El conocimiento molecular previo a cualquier tipo de tratamiento es primordial, tomando el comité multidisciplinar como eje para establecer no sólo los esquemas de tratamiento, sino las pautas de seguimiento e interpretación del reestadiaje. Del mismo modo, de cuándo parar o modificar el tratamiento en el transcurso del mismo. El presente caso muestra el tratamiento con inmunoterapia del cáncer de recto localmente avanzado estenosante con inestabilidad de microsatélites y seguimiento interdisciplinar, evitando la escisión mesorrectal total tras demostrar respuesta patológica completa tras TAMIS.

ANÁLISIS DE LA APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y SU MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA

Rahy-Martín AC, Mejías-Arencibia A, Gonzalo A, Rosas-Bermúdez C, Pelloni M, Marchena-Gómez J.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

La apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda es la intervención quirúrgica urgente más frecuentemente realizada en nuestro medio.

OBJETIVOS

Analizar los principales factores de riesgo relacionados con el desarrollo de complicaciones y la estancia postoperatorias en pacientes intervenidos de apendicectomía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal en el que se analizaron 571 pacientes intervenidos con el diagnóstico de apendicitis aguda con carácter urgente en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Dr. Negrín entre el 1 de marzo de 2019 y el 5 de julio de 2022. Se recogieron como variables predictoras la edad, género, antecedentes personales, comorbilidad (Índice de Charlson), la escala de Alvarado, y el grado de severidad de la apendicitis. Como variables resultado la morbilidad y la estancia postoperatorias. Se efectuó un análisis univariante para las complicaciones y otro para la estancia. Por último, se construyeron dos modelos de regresión múltiple para ambas variables resultado.

RESULTADOS

De los 571 pacientes, 333 (58,3%) eran hombres y 238 (41,7%) mujeres ($p < 0,001$). En 34 (6%) pacientes se presentaron complicaciones mayores y la mortalidad fue del 0,5% (3 pacientes). La estancia media postoperatoria fue 3,5 días (DE $\pm 3,7$). Se identificaron como factores pronósticos independientes de la aparición de complicaciones postoperatorias graves el Índice de Charlson ($p < 0,001$; OR: 1,58 - CI95%: 1,22-2,05), la PCR ($p = 0,023$; OR: 1,58 - CI95%: 1,07-2,34) y la perforación apendicular ($p = 0,049$; OR: 2,72 - CI95%: 1,00-7,37). Se identificaron como factores pronósticos independientes de estancia postoperatoria prolongada el Índice de Charlson ($p < 0,001$; IC95%: 0,23-0,74), la PCR ($P < 0,001$; IC95%: 0,006-0,013), la perforación ($p < 0,001$; IC95%: 0,75-2,25), la peritonitis ($p = 0,008$; IC95%: 0,21-1,39) y las complicaciones postoperatorias ($p < 0,001$; IC95%: 4,19-6,47).

CONCLUSIONES

Los factores que se asocian con complicaciones postoperatorias graves y estancias prolongadas tras la apendicectomía laparoscópica son la comorbilidad (Índice de Charlson), niveles elevados de PCR, el tipo de apendicitis aguda, su perforación y la existencia de peritonitis.

ANÁLISIS DEL CUADRO CLÍNICO DE DOLOR ABDOMINAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Rahy-Martín AC, De la Cruz Hanna E, Gonzalo A, Cacho Vergara CA, Rosas-Bermúdez C, Marchena-Gómez J.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es uno de los principales motivos de consulta en los servicios de urgencias. Llegar a establecer un diagnóstico específico puede llegar a constituir un desafío clínico. Especial atención requieren los pacientes que precisan acudir nuevamente al hospital, a veces por problemas graves.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue analizar la evolución del proceso asistencial del dolor abdominal en un servicio de urgencias y especialmente las características de los pacientes que precisaron acudir nuevamente a urgencias tras su alta.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo en el que se analizaron todos los pacientes que de forma consecutiva fueron atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín con el diagnóstico de dolor abdominal durante el periodo comprendido entre el 1 de abril de 2021 y el 31 de marzo de 2022 y que revisitaron nuevamente el hospital en un plazo de 10 días. Se compararon con un grupo control obtenido aleatoriamente a partir de los pacientes que no habían revisitado el servicio. Se recogieron como variables la edad, antecedentes personales, comorbilidad medida por el Índice de Charlson, tipo de dolor, diagnóstico al alta del servicio, ingresos, reingresos, pruebas complementarias solicitadas, tiempo de estancia en el servicio de urgencias, tiempo transcurrido hasta el tratamiento y diagnóstico definitivo. Se realizó un estudio comparativo entre ambos grupos con vistas a detectar las diferencias entre los mismos.

RESULTADOS

De un total de 3941 pacientes con dolor abdominal, 60 constituyeron el grupo de estudio (revisitas) y 120 el grupo control (no revisitas). La prevalencia de revisitas al hospital tras el alta fue el 1,52%. La no especificación en el historial del carácter del dolor ($p < 0,001$), distribución ($p = 0,007$), localización ($p = 0,013$) y el peritonismo (0,026), se asociaron de forma significativa con las revisitas. El resto de las variables estudiadas no se relacionaron con las revisitas.

CONCLUSIONES

La prevalencia de las revisitas tras el alta al servicio de urgencias por dolor abdominal es baja y se asocia fundamentalmente con la realización de una inadecuada anamnesis y exploración física durante la primera visita.

COMPLICACIONES TRAS CIRUGÍA PANCREÁTICA. PAPEL PREDICTOR DEL RATIO NEUTRÓFILO-LINFOCITO

*Ayoze Gonzalo Hernández, Pau Plá Sanchez, Francisco Jose Cruz Benavides, Natalia Afonso Luis, Joaquín Marchena Gómez.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín*

INTRODUCCIÓN

Los marcadores infamatorios sistémicos postoperatorios, como la proteína C reactiva, se relacionan con las complicaciones quirúrgicas en cirugía abdominal. El ratio Neutrófilo-Linfocito (NLR por sus siglas en inglés) es un parámetro analítico que también representa el estado inflamatorio del organismo. Su utilidad en el pronóstico de la patología oncológica pancreática está en evaluación.

OBJETIVO

Evaluar la asociación del NLR con las complicaciones postoperatorias en cirugía oncológica pancreática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo incluyendo los pacientes intervenidos en nuestro centro con el diagnóstico de neoplasia pancreática entre Enero de 2020 y Enero de 2022. Se tomaron variables sociodemográficas, NLR el primer día postquirúrgico, las complicaciones postoperatorias (incluyendo la fístula pancreática) y la estancia hospitalaria.

RESULTADOS

Se intervinieron 49 pacientes con diagnóstico de neoplasia pancreática, de los cuales 17 (34%) presentaron complicaciones mayores según la escala de Clavien-Dindo. El valor medio del NLR fue de 13,42 el primer día postoperatorio, asociándose de manera estadísticamente significativa con la aparición de complicaciones grado III y IV ($p=0,003$).

CONCLUSIONES

El NLR tomado el primer día postoperatorio puede ser un parámetro que predice las complicaciones mayores en cirugía pancreática oncológica.



IMPLANTACIÓN DE CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL LAPAROSCÓPICA MÍNIMAMENTE INVASIVA A TRAVÉS DE UN SÓLO TRÓCAR DE 5 MM

Jorge Abellán Fernández, M^a Amparo Pellicer Barreda, Carmen Díaz López, Rajesh Haresh Gianchandani Moorjani, Juan Manuel Sánchez González, Julio César Jordán Balanza. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, SC/ Tenerife.

INTRODUCCIÓN: La diálisis peritoneal (DP) es una opción terapéutica con grandes resultados dentro de la terapia renal sustitutiva, cuyo éxito depende, entre otros factores, de una correcta colocación del catéter. Hasta ahora la bibliografía no ha revelado datos de superioridad entre una inserción quirúrgica o percutánea.

La inserción quirúrgica del catéter de diálisis peritoneal (CDP) ha evolucionado con el tiempo, desde una técnica abierta más invasiva, con más complicaciones y peor resultado estético, hasta una inserción laparoscópica mínimamente invasiva.

Normalmente se prefiere un abordaje laparoscópico mínimamente invasivo, individualizado según las características del paciente. Algunas ventajas que permite son la omentopexia para prevenir la disfunción del catéter por interposición del epiplon, la fijación del catéter a la pared abdominal para prevenir su migración, o realizar adhesiolisis si hay adherencias por cirugías previas. Además, está demostrado que la reducción del número de trócares y su calibre disminuye el riesgo de eventración.

Hasta ahora la mayoría de estudios publicados evalúan complicaciones únicamente a corto plazo o utilizan 2 o más trócares de entrada en la cavidad abdominal.

Recientemente, un estudio en una cohorte de 16 pacientes ha descrito una técnica a través de un trócar de 10 mm.

OBJETIVO: Exponer una técnica de inserción de CDP mínimamente invasiva que, bajo nuestra experiencia, ha demostrado excelentes resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro centro lleva más de 15 años realizando una técnica de inserción de CDP a través de un único trócar de 5 mm, realizada en más de 50 pacientes, con un seguimiento a largo plazo. En los últimos meses hemos pasado a efectuar dicha intervención en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria en aquellos pacientes candidatos, acortando la estancia hospitalaria y la lista de espera quirúrgica.

RESULTADOS: La técnica se realiza bajo anestesia general con el paciente en decúbito supino y anti-Trendelenburg. La torre de laparoscopia se sitúa a los pies del paciente con parámetros habituales. Los cirujanos se sitúan a ambos lados del paciente. Se insufla el neumoperitoneo mediante técnica cerrada con aguja Veress en punto de Palmer. Se infiltran las heridas con levobupivacaína. Se accede a la cavidad abdominal a través de una incisión pararectal izquierda con un único trócar de 5 mm y una óptica de 5 mm y 30º. Se introduce el CDP a través de una micro-incisión infraumbilical en línea media según técnica de Seldinger y, con ayuda de una guía, se aloja en la pelvis menor. Se fija el Cuff a la fascia de la línea media infraumbilical. Se retira el neumoperitoneo y se tuneliza el catéter hasta la incisión del trócar. Se ensamblan las conexiones del catéter, se comprueba su normofuncionamiento y se sutura la incisión umbilical. El paciente será dado de alta en las primeras 24 horas previo control por la Unidad de Diálisis Peritoneal.

CONCLUSIONES: Exponemos esta técnica fácilmente reproducible que facilita el manejo ambulatorio de los pacientes y aporta un mejor resultado estético y una menor incidencia de eventración postoperatoria.

FASCITIS NECROTIZANTE COMO CONSECUENCIA A SINUS PÉLVICO CRÓNICO

Alejandro Hueso Mor, Ricardo Hernández Alonso, Jorge Abellán Fernández, Ana Soto Sánchez, José Gregorio Díaz Mejías, Julio César Jordán Balanzá

Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria

INTRODUCCIÓN

La fascitis necrotizante (FN) es una enfermedad rara. La incidencia es de 0,3 casos por cada 100,000 habitantes. A pesar del aumento en la conciencia y los avances en el tratamiento, la mortalidad sigue siendo alta (25%-35%) (1)(2). La rápida progresión de esta enfermedad y la sutileza de los signos y síntomas tempranos pueden retrasar el diagnóstico y la cirugía. Factores de riesgo como la diabetes, la obesidad o la malignidad aumentan la morbilidad y mortalidad (3).

OBJETIVO

Presentamos el caso de una mujer de 58 años con FN en las extremidades inferiores secundaria a un seno pélvico crónico.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Nuestra paciente fue diagnosticada con carcinoma cervical en 2018 y recibió tratamiento con quimioterapia, radioterapia y braquiterapia. Como complicaciones, presentó enteritis y cistitis por radiación con una fístula colo-vesical que requirió una ileostomía derivativa. En 2015, se le realizó una exenteración pélvica posterior con anastomosis colo-anal, reconstrucción vaginal y cierre de la ileostomía.

En 2020, notó la presencia de pus en su vagina. Una tomografía computarizada mostró una fuga en la anastomosis, una fístula recto-vaginal y un seno posterior. Ahora, fue admitida en la sala de emergencias después de 3 semanas de malestar, edema en la pierna derecha y limitación funcional. El examen físico mostró compromiso hemodinámico y eritema en la pierna derecha. Los análisis de sangre mostraron leucocitosis (16,000), PCR de 39 mg/dl y procalcitonina de 22 mg/dl. La tomografía computarizada reveló una fístula recto-vaginal con una colección de 8,2x4 cm; fascitis de los músculos obturador, ilíaco y del muslo, y osteomielitis de la articulación coxofemoral. Se realizó una intervención urgente que confirmó los hallazgos de la tomografía.

Realizamos un desbridamiento quirúrgico del tejido blando necrótico, resección de la articulación coxofemoral derecha y colocación de drenajes. La paciente fue ingresada en cuidados intensivos debido a una sepsis grave. Posteriormente, se realizaron varias cirugías sin mejoría clínica. Debido a esta situación crítica, sin una solución médica o quirúrgica, un comité multidisciplinario decidió aplicar la limitación de esfuerzo terapéutico y, posteriormente, la paciente falleció.

CONCLUSIONES

- La FN requiere un tratamiento temprano y agresivo. El retraso en la cirugía aumenta la morbilidad y la mortalidad.
- El cáncer, la vasculopatía, la inmunosupresión y la obesidad son factores de riesgo.
- Se ha descrito el tratamiento hiperbárico para la FN. Teóricamente, la superoxigenación forma una barrera contra las infecciones anaeróbicas. Actualmente, no hay evidencia sólida que respalde esta recomendación.

PERFORACIÓN GÁSTRICA COMO MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA

Alejandro Hueso Mor, Ricardo Hernández Alonso, María De Armas Conde, Irene Ferrer Vilela, Antonio Pérez Álvarez, Julio César Jordán Balanzá
Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria

INTRODUCCIÓN

La perforación gástrica neoplásica es rara y representa solo el 0,27% de todas las perforaciones. Sin embargo, es una complicación significativa asociada con una alta morbilidad y mortalidad. La perforación conduce a un estadio más avanzado de la enfermedad, un aumento en la clasificación TNM y una diseminación abdominal, ya que el cáncer gástrico tiene la tasa de metástasis peritoneal más alta entre los cánceres digestivos. La presencia de células cancerosas gástricas libres en el peritoneo reduce significativamente la supervivencia después del tratamiento.

Ubicaciones de la perforación: tercio distal (45%), tercio medio (42,9%) y tercio superior (12,1%).

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Una mujer de 65 años sin antecedentes médicos es referida debido a la sospecha de obstrucción intestinal. La paciente informa dolor abdominal de varios meses de duración que empeoró en la última semana, acompañado de cese en la emisión de gases y vómitos. Ha experimentado una pérdida de peso de 10 kg en un año, junto con astenia. No se presentaron otros síntomas.

Examen Físico: La paciente se encuentra en buen estado general y hemodinámicamente estable. Presenta distensión abdominal sensible a la palpación, con peritonismo difuso. No se encuentran masas ni organomegalia. El examen rectal es normal.

Análisis de Sangre: Normales

Tomografía Computarizada (TC): Se observa una interrupción en la curvatura menor del estómago, que mide aproximadamente 6,2 cm, con abundante líquido libre que contiene materia fecal y neumoperitoneo. Hay un engrosamiento asimétrico de la pared en la región antropilórica, lo que sugiere la posible presencia de un proceso neoplásico primario en ese nivel.

La paciente fue sometida a una cirugía de emergencia. Los hallazgos revelaron una neoplasia antro-pilórica que causó una dilatación gástrica masiva, con una perforación secundaria que medía de 6 a 7 cm en la curvatura menor. Los contenidos gástricos se derramaron en los cuatro cuadrantes, estimándose en al menos 2 litros. No se encontraron evidencias de implantes o carcinomatosis. Se tomó una muestra del líquido libre peritoneal para cultivo. Se realizó una reconstrucción de Billroth II, llevando un asa de intestino 70 cm distal al ligamento de Treitz. Se necesitaron aminos durante la cirugía debido a la inestabilidad.

Después de 13 días, la paciente fue dada de alta sin complicaciones. Se programó un seguimiento con Oncología. El análisis patológico reveló un adenocarcinoma gástrico (alto grado histológico) pT3N2 con infiltración linfocelular, y actualmente está recibiendo quimioterapia adyuvante.

CONCLUSIONES

La perforación gástrica neoplásica es rara, pero está asociada con una alta morbilidad y mortalidad. La presencia de células gástricas libres en el peritoneo reduce la supervivencia después del tratamiento. La cirugía de control de daños parece ser superior a la gastrectomía inmediata, mejorando la supervivencia a largo plazo, logrando la resección R0 y mejorando los resultados oncológicos. Permite la recuperación de la lesión aguda, el control séptico y brinda tiempo para una adecuada estadificación oncológica y planificación de la gastrectomía curativa.

ROTURA DIAFRAGMÁTICA TRAS SUFRIR UN ACCIDENTE DE ALTO IMPACTO, A PROPÓSITO DE UN CASO

*Dra Marañés Azulay, Dra de Armas, Dr Camarasa, Dra H Oaknin, Dra Vilela, Dr J Jordán.
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria*

Las lesiones diafragmáticas suelen ser consecuencia de un traumatismo cerrado o penetrante.

Implican el trauma simultáneo de dos cavidades, pudiendo asociar múltiples lesiones potencialmente mortales. La incidencia de rotura diafragmática traumática (TDR) es alrededor del 0'5% de todos los pacientes politraumatizados, siendo más frecuentes en traumatismos cerrados y en el lado izquierdo (80%), probablemente debido a la protección que proporciona el hígado en el lado derecho del diafragma.

La TDR representa un reto diagnóstico, pudiendo pasar desapercibida en función del tamaño y las posibles lesiones asociadas (traumatismo craneoencefálico, fractura de pelvis, etc), por lo que es importante mantener un alto índice de sospecha según el mecanismo lesional (por ejemplo, tras sufrir un alto impacto en el área toraco-abdominal).

Tras realizar una correcta anamnesis y exploración física, la radiografía de tórax proporciona el diagnóstico en el 25-70% de los casos, objetivando elevación del diafragma, desviación mediastínica y compresión pulmonar entre otros hallazgos. La sonda nasogástrica ayuda a revelar un defecto o hernia visceral. El TC con contraste es la segunda opción, con una especificidad del 100% en casos de TDR derecha.

El manejo inicial consiste en la resucitación del paciente politraumatizado (ABCDE), tras lo cual se valorará el manejo quirúrgico del TDR, considerando el abordaje torácico o abdominal. La laparotomía suele indicarse en el momento agudo del diagnóstico, mientras que puede valorarse la laparoscopia cuando el diagnóstico es diferido. En todos los casos, la conducta quirúrgica consiste en la reducción del contenido visceral y reparación del defecto diafragmático (con sutura continua no reabsorbible). Cuando la lesión diafragmática es mayor de 10 cm o cuando una sutura sin tensión no se considera factible, suele ser recomendable la colocación de una malla .

Presentamos el caso de un paciente politraumatizado por accidente de tráfico de alto impacto, precisando de intubación orotraqueal (IOT) por bajo nivel de conciencia. A la exploración física presentaba vía aérea permeable con IOT, hipofonesis en hemitórax izquierdo, inestabilidad hemodinámica, así como fractura de fémur izquierdo y traumatismo raquímedular a nivel de T5.

Tras lograr estabilidad hemodinámica, se realizó un TC objetivando elevación diafragmática izquierda y herniación multivisceral.

Ante dichos hallazgos, se decidió intervención quirúrgica urgente, realizando laparotomía exploradora. Se constataron como hallazgos un orificio diafragmático de 12cm, con inclusión del estómago, ángulo esplénico de colon y el bazo en el hemitórax izquierdo. Tras reducir la hernia, se realizó esplenectomía dado el sangrado esplénico e inestabilidad del paciente, con posterior sutura del diafragma y colocación de malla.

El paciente evolucionó de forma favorable desde el punto de vista torácico y abdominal, siendo posteriormente derivado a un centro especializado de lesiones medulares.



LESIÓN DUODENAL Y DE VENA CAVA INFERIOR SECUNDARIA A TRAUMATISMO PENETRANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Raquel Marañés Azulay, Jorge Abellán Fernández, Ana Soto, Rafael Orti Rodríguez, María De Armas Conde, Julio Jordán.

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN: La presencia de lesiones en el retroperitoneo generalmente empeora el pronóstico en la patología traumática, siendo la región anatómica con mayor tasa de mortalidad (20-66%). Uno de los órganos más afectados es el duodeno (3'7-5%), siendo la segunda porción duodenal la más afectada, y la lesión vascular más frecuentemente asociada por traumatismo penetrante es la vena cava inferior (VCI), que representa el 30-40% de todas las lesiones vasculares intraabdominales.

OBJETIVO: Presentar el caso de un paciente con intento autolítico, con lesión duodenal y de la VCI, así como su manejo quirúrgico.

EXPOSICIÓN DEL CASO: Varón de 58 años con antecedente personal de depresión trasladado en ambulancia medicalizada tras intento autolítico con arma blanca (cuchillo de 20 cm de largo y 5 cm de ancho). Se evaluó al paciente de acuerdo con el algoritmo Advanced Trauma Life Support (ATLS). La tensión arterial era inicialmente 90-60 mmHg, que remontó a 125-70 mmHg tras sueroterapia, con frecuencia cardiaca normal y saturación 100%. No presentó pérdida de conocimiento, Glasgow 15/15. Presentaba una lesión incisional epigástrica con molestia a la palpación, sin defensa ni peritonismo. Analíticamente tenía una hemoglobina de 10,4 g/dl, con coagulación normal, pH 7,25 y ácido láctico 3,1 mmol/L. Dada la estabilidad hemodinámica, se realizó una tomografía computarizada (TC) con contraste intravenoso, que reveló un trauma abdominal epigástrico penetrante de 4 cm de profundidad con un coágulo adherido con signos de perforación duodenal y hemoperitoneo. Se decidió intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía, observándose un gran hematoma retroperitoneal y perforación tanto en la cara anterior como posterior, tanto de la rodilla duodenal como de la VCI. Se realizó la maniobra de Cattell-Braasch y se abrió el hematoma retroperitoneal. La perforación duodenal se suturó con puntos sueltos, así como la VCI infrarrenal, previo control vascular proximal y distal mediante pinza de Satinsky, con un tiempo de cava colapsada de 8 minutos. El paciente presentó una buena evolución, siendo dado de alta al 6º día postoperatorio.

CONCLUSIONES: Las lesiones retroperitoneales traumáticas suelen ocurrir en el contexto de un paciente politraumatizado, siendo la VCI y el duodeno los órganos más afectados, con las mayores tasas de mortalidad.

Los síntomas más frecuentes son el dolor y la distensión abdominal, aunque hasta un 8% de los pacientes permanecen asintomáticos.

El objetivo del manejo quirúrgico se basa en 3 puntos: controlar la hemorragia, la contaminación gastrointestinal y revisar la cavidad abdominal con fines diagnósticos.

El abordaje de la región inframesocólica requiere la maniobra de Cattle-Braasch, que facilita la evaluación sobre la vena porta y la VCI, además de la visualización de las 4 porciones duodenales.

En lesiones duodenales grado II según la Asociación Americana para la Cirugía del Trauma (AAST), disrupción <50% de la circunferencia, está aceptada la sutura primaria con monofilamento.

En lesiones de la VCI infrarrenal en un paciente estable, se puede obtener control vascular proximal y distal y, si la laceración está claramente definida, realizar una venorrafia.

CAMBIO DE ESTRATEGIA TERAPÉUTICA INTRAOPERATORIA DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN PACIENTE ADULTA DIAGNOSTICADA DE HERNIA DE HIATO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Delgado De la Cruz, Alejandra; Díaz López, Carmen; De Armas Conde, María; Gianchandaní Moorjani, Rajesh; Moneva Arce, Modesto Enrique; Jordán Balanza, Julio César
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

OBJETIVO

Exponer el caso clínico de una paciente con diagnóstico radiológico de hernia de hiato, que durante la cirugía programada de reparación, se objetiva era realmente una hernia diafragmática.

MATERIAL Y MÉTODO

La hernia de hiato se produce cuando la pared superior del estómago protruye hacia la cavidad torácica a través del hiato esofágico del diafragma.

Por su parte la hernia diafragmática es la protrusión de estructuras abdominales hacia la cavidad torácica a través de un defecto del diafragma, favorecido por el gradiente de presiones, se suelen detectar y corregir en la edad pediátrica/neonatal, siendo descubiertas en el adulto incidentalmente en pruebas de imagen solicitadas por otros motivos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 40 años con cuadro de 2 años de evolución de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), que progresa en los últimos 6 meses a dolor importante epigástrico irradiado a hombro izquierdo e intolerancia digestiva. Se realiza estudio con manometría esofágica, que revela hipotonía del esfínter esofágico inferior. También se realiza Tomografía Computarizada (TC) que evidencia hernia de hiato paraesofágica (tipo II) gigante, consistente en herniación de todo el fundus gástrico y parte del cuerpo a través del hiato esofágico, presentando extensión craneal retrocardiaca de hasta 65 mm e indemnidad de la unión esofagogástrica. Una vez establecido el diagnóstico, ingresa en el Servicio de Cirugía General y Digestiva para cirugía programada de corrección quirúrgica de hernia de hiato.

RESULTADO

La cirugía se realiza mediante abordaje laparoscópico, realizando sección del ligamento gastrohepático y liberación de pilar diafragmático derecho. A continuación, se reduce el contenido herniario, consistente en casi la totalidad del estómago, a excepción de antro-piloro, apreciando que el contenido se hernia a través de un defecto en el diafragma, a la izquierda del pilar diafragmático izquierdo. Sin objetivar hernia de hiato. Posteriormente se procede a cierre del defecto diafragmático y cierre calibrado de los pilares. Se realiza hernioplastia con hendidura para el esófago y funduplicatura de Toupet respetando los nervios vagos.

CONCLUSIONES

En conclusión, el presente caso clínico ilustra cómo a pesar de haber realizado un estudio preoperatorio completo y correcto, los errores de diagnóstico pueden ocurrir. Este caso también subraya la importancia de considerar diagnósticos diferenciales de presentación clínica atípica o inesperada, así como la adaptabilidad y la capacidad de reevaluar y ajustar el enfoque terapéutico en quirófano cuando sea necesario.



PANCREATOSCOPIA INTRAOPERATORIA: USOS EN EL SENO DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA BILIOPANCREÁTICA

Jorge Abellán Fernández, Alejandro Hueso Mor, Betsabé Reyes Correa, Pilar Elena González de Chaves Rodríguez, Javier Padilla Quintana, Julio César Jordán Balanza
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, SC/ Tenerife

INTRODUCCIÓN: La pancreatoscopia intraoperatoria (IOP) es un procedimiento prometedor como método diagnóstico y terapéutico en cirugía pancreática, ya que permite la evaluación directa de la mucosa pancreática y caracterizar lesiones intraductales de cara al manejo terapéutico. Actualmente se extiende su uso para guiar la resección quirúrgica en neoplasias mucinosas papilares intraductales (IPMN) que afecten al conducto principal (MD) y en el diagnóstico y tratamiento de la pancreatolitiasis en pancreatitis crónica.

Según estudios recientes, su sensibilidad y especificidad varía entre el 64-100% y 75% respectivamente. El beneficio de su uso radicaría principalmente en evitar resecciones excesivamente extensas e innecesarias en lesiones benignas o de bajo grado, así como resecciones incompletas de lesiones que podrían ser pasadas por alto y causar progresión de enfermedad. Por otro lado, en la cirugía de la pancreatitis crónica resulta mandatorio realizar una exploración y limpieza del MD antes de realizar cirugía derivativa.

OBJETIVO: Exponer nuestra experiencia con el uso de la IOP diagnóstico-terapéutica a propósito de una serie de casos en nuestra unidad de cirugía biliopancreática.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presentan 3 casos en los que se ha realizado IOP mediante colangioscopio flexible de 3 mm de un solo uso tipo Spy Glass®, entre 2021 y 2023, por la unidad de cirugía biliopancreática del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, en Tenerife. El primer paciente, diagnosticado de adenocarcinoma (ADC) de páncreas y MD-IPMN con criterios de resección, se sometió a una DuodenoPancreatectomía Cefálica (DPC) e IOP para guiar el nivel de sección pancreática. Los otros 2 pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica, el primero se sometió a derivación pancreática de Partington-Rochelle y se realizó una exploración del MD para descartar litiasis u otras lesiones; y en el segundo paciente se realizó una DPC con IOP para limpieza y extracción de pancreatolitiasis, previo a la anastomosis pancreatoyeyunal.

RESULTADOS: Algunas complicaciones post-pancreatoscopia descritas en la literatura son la pancreatitis, perforación ductal, sangrado o colangitis. Las complicaciones objetivadas en nuestra serie de casos han sido Clavien-Dindo 1,2 y 3a. 2 de los pacientes presentaron una fístula pancreática tipo B según la clasificación de International Study Group for Pancreatic Fistula (IS-GPF), que se manejaron con la colocación de un drenaje por el servicio de radiología intervencionista, con evolución favorable. Uno de ellos, además, presentó una colangitis ascendente que se resolvió con antibioterapia.

CONCLUSIÓN: Los datos sobre la IOP son escasos, pero estudios pequeños y revisiones recientes sugieren que su uso es seguro y factible. Podría permitir la detección de lesiones que involucren al MD durante la cirugía, incluyendo lesiones salteadas no visualizables mediante otros métodos diagnósticos, aportando información que puede cambiar la estrategia quirúrgica y contribuir así a una cirugía pancreática exitosa con conservación de parénquima. La IOP es una herramienta en auge, que puede evitar la sobreindicación quirúrgica en los IPMN-MD. En la cirugía derivativa y resectiva de la pancreatitis crónica resulta mandatorio su uso para explorar el MD. Es por ello que los cirujanos debemos estar familiarizados con su uso y debe formar parte de la cirugía pancreática.

MANEJO QUIRÚRGICO DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN PACIENTE CON TUMOR DE GIST

Marta Rojas Estévez, Carmen Díaz López, Jorge Abellán Fernández, Alejandro Hueso Mor, Vanesa Concepción Martín, Julio César Jordán Balaza.
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

El tumor de GIST es un tumor poco frecuente del tejido conectivo a nivel del estroma gastrointestinal. La carcinomatosis peritoneal en este tipo de tumores, se relaciona con un pronóstico desfavorable.

OBJETIVOS Y MÉTODOS

Mujer de 54, con antecedente de tumor de GIST de alto grado, que debutó en forma de perforación intestinal (pT4Nx). La paciente recibió tratamiento adyuvante con imatinib. Tras ILE de 26 meses, en PET-TC de control, se objetiva recidiva tumoral a nivel peritoneal. Se realiza laparoscopia exploradora con toma de biopsia que confirma el diagnóstico y advierte enfermedad resecable. Por ello, tras debatir el caso clínico en el comité multidisciplinar, se decidió realizar una citorreducción quirúrgica.

RESULTADOS

Se realiza laparotomía media y se objetiva carcinomatosis con PCI 22. Se realiza citorreducción completa (CC0), apendicectomía, anexeconomía izquierda y resección de 60 cm de íleon proximal.

La paciente presentó buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta al 7º día postoperatorio, sin complicaciones.

La anatomía patológica resultó positiva en todas las muestras enviadas salvo a nivel del apéndice cecal.

Al mes del alta hospitalaria, se inició tratamiento con sunitinib. En TC de control, no se objetivan signos de persistencia tumoral. La paciente, a los nueve meses de la cirugía, se encuentra con buen estado general y ECOG 0.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la carcinomatosis en el tumor de GIST debe tener un enfoque individualizado. La cirugía en estos casos conlleva un enfoque complejo y es fundamental una selección adecuada del paciente, una evaluación cuidadosa de la extensión tumoral y una buena planificación quirúrgica.

MIOFASCITIS POR S.PYOGENES Y SERRATIA MARCESCENS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Ma Amparo Pellicer Barreda, Dr. Alejandro Menéndez, Dra. Jennifer García Niebla, Dra. Raquel Marañés, Dr. Jorge Abellán, Dra. Marta Rojas.

Sección de Cirugía de Urgencias, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

INTRODUCCIÓN

Los aspectos clínicos de las infecciones de partes blandas difieren en función del plano anatómico afectado. Esta heterogeneidad de presentación obliga a un esfuerzo de sistematización basado en la capa principalmente afecta y en el tiempo de evolución de la clínica. Abarca desde la erisipela hasta formas necrosantes extensas que alcanzan fascias y músculos, de tratamiento médico-quirúrgico difícil y con compromiso del pronóstico vital y funcional.

CASO CLÍNICO

Varón de 51 años obeso, con antecedentes de pinchazo en dedo índice con la rama de un árbol 4 días antes, que acude a Urgencias por dolor, eritema y aumento de partes blandas. A su llegada, consciente y estable hemodinámicamente, con aumento de partes blandas a nivel toraco-abdominal de dos días de evolución asociado a fiebre. Analíticamente con datos de fallo renal e infección. Se realiza TC donde se objetiva una fascitis extensa torácica con miositis y mediastinitis. Dados los hallazgos, se ingresa en UMI con cobertura antibiótica de amplio espectro. A las 24 horas presenta empeoramiento clínico y radiológico de las lesiones descritas con progresión a raíz de miembro inferior derecho, con aumento de volumen, signos de flogosis, presencia de flictenas y hemorragias subcutáneas en pliegues. Bajo sospecha de fascitis necrotizante se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza toracotomía lateral derecha, evidenciando una miofascitis no necrotizante exudativa de oblicuo externo sin signos de necrosis efectuando lavado exhaustivo y dejando drenajes en planos musculares torácicos y dejando la herida abierta. A continuación se procede a desbridamiento de miembro superior derecho a nivel de hombro, brazo y túnel carpiano con posterior cierre. Los cultivos obtenidos dan positivo para S.Pyogenes (tejido intraoperatorio), Klebsiella Pneumoniae y Serratia Marcescens (líquido pleural), por lo que se ajusta antibioterapia dirigida. Durante el ingreso, el paciente precisa varias reintervenciones para apertura y limpieza de partes blandas, así como colocación de terapia VAC. Evolución posterior favorable con mejoría clínica y analítica y cierre de heridas quirúrgicas siendo dado de alta a los 33 días de ingreso.

CONCLUSIÓN

La gravedad de las infecciones de piel y partes blandas depende de múltiples factores de riesgo asociados tanto al paciente, al ambiente y a los agentes infecciosos involucrados. Los microorganismos responsables suelen ser principalmente cocos gram positivos como S.Aureus o S.Pyogenes y gram negativos como Enterobacter spp. o Pseudomonas spp. frente a otros menos frecuentes como Klebsiella o Serratia marcescens, siendo la presentación clínica más frecuente de ésta última la fascitis necrotizante. En pacientes con infecciones asociadas a signos de toxicidad sistémica o sospecha de fascitis necrotizante, el desbridamiento quirúrgico exhaustivo junto con la antibioterapia empírica de amplio espectro suponen los pilares básicos del tratamiento de esta patología.

QUISTE DE NUCK EN PACIENTE ADULTA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Delgado De la Cruz, Alejandra; Sánchez González, Juan Manuel; Orti Rodríguez, Rafael; Marañés Azulay, Raquel Rebeca; Moneva Arce, Modesto Enrique; Jordán Balaza, Julio César.

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

OBJETIVO: Exponer el caso clínico de una paciente adulta con diagnóstico radiológico de quiste de Nuck, que se extirpa por vía laparoscópica.

Material y Método: El quiste de Nuck, o hidrocele femenino, es un vestigio embrionario originado por una obliteración incompleta del proceso vaginalis dentro del canal inguinal de la mujer. Presenta una incidencia del 1% en la edad pediátrica, siendo más infrecuente en el adulto.

CASO CLÍNICO: Mujer de 44 años que refiere tumoración inguinal derecha dolorosa que apareció 6 meses tras parto gemelar por vía vaginal. Es valorada por ginecología, que realiza estudio ecográfico, apreciando una lesión quística multilocular sin vasos en su interior que ocupa el conducto inguinal derecho desde cavidad abdominal hasta la proximidad del monte de venus presentando un diámetro máximo de 10cm. Dados los hallazgos es remitida a Cirugía General y Digestiva. Se realiza Tomografía Computerizada (TC) en la que se confirma la lesión sugestiva de quiste del ligamento redondo, medial a los vasos iliofemorales. Se completa el estudio con Resonancia Magnética (RMN), objetivando lesión tubular multiseptada de 12cm de diámetro mayor, localizada en canal inguinal derecho que se comunica con un componente intra-pélvico de 8cm, sugerente de hidrocele del canal de Nuck, que asocia polo sólido hipointenso en T2, con restricción en difusión y realce tras contraste, que sugiere leiomioma, por lo que se recomienda su exéresis. Por lo que ingresa para intervención quirúrgica programada de extirpación de la lesión.

RESULTADO: La cirugía se realiza mediante abordaje laparoscópico, objetivando quiste peritoneal en región inguinal derecha, con apéndice cecal íntimamente adherido. Se realiza apertura de peritoneo, con creación de un bolsillo amplio, disección del espacio de Retzius y Bogros derecho y sección de ligamento redondo derecho. Se procede a la resección de quiste peritoneal que parece adentrarse en la ingle a través del orificio obturatriz. Se realiza apertura y aspirado del contenido del quiste y sección apendicular. Durante la cirugía se tomaron biopsias que se analizaron por parte del servicio de Anatomía patológica, obteniendo los siguientes resultados: Biopsia de quiste ovárico: Quiste simple paratubárico (de origen paramesonérfico o mülleriano). Biopsia cavidad quística: Quiste mesotelial con inflamación mixta de predominio crónico (linfoplasmocitario) asociada con exudado leucocitario en la luz con histiocitosis asociados.

CONCLUSIONES: En resumen, el diagnóstico de un quiste de Nuck en una mujer adulta presenta un desafío clínico debido a la rareza de esta condición en población adulta. Este caso clínico destaca la necesidad de una evaluación integral y un enfoque clínico multidisciplinario para abordar estas situaciones inusuales. Además, subraya la importancia de considerar esta entidad diagnóstica en pacientes femeninas. A medida que avanzamos en la comprensión de los quistes de Nuck en adultos, es crucial continuar recopilando datos y compartiendo experiencias clínicas para enriquecer nuestro conocimiento y mejorar la atención médica.

NEUMOPERITONEO TRAS PERFORACIÓN DE VÍSCERA SÓLIDA, ¿ES ACASO POSIBLE?

Marta Rojas Estévez, María Savoie Hontoria, María Amparo Pellicer Barreda, Raquel Rebeca Marañés Azulay, Rajesh Gianchandani Moorjani, Julio César Jordán Balaza.
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las técnicas percutáneas hepáticas son procedimientos cada vez más frecuentes, que no están exentos de complicaciones. Entre las más relevantes se encuentra la fuga biliar. El neumoperitoneo sin embargo, no es una complicación habitual y suele relacionarse con la perforación incidental de una víscera hueca. El objetivo de este caso es presentar una causa infrecuente de neumoperitoneo tras radiofrecuencia hepática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 49 años, con diagnóstico de tumor neuroendocrino de origen pancreático estadio IV con metástasis hepática única en S.VIII. Tras control de la enfermedad pancreática, se realiza ablación percutánea de la lesión hepática que transcurre sin incidencias. Al 5o día postoperatorio la paciente presenta dolor abdominal intenso y una exploración compatible con abdomen agudo. En el TC se objetiva neumoperitoneo moderado-severo en probable relación con perforación duodenal, así como importante aerobilia secundaria a CPRE previa, sin líquido libre.

RESULTADOS

Ante los hallazgos se realiza laparoscopia exploradora urgente que objetiva una fuga biliar de escasa cuantía en la zona de punción que burbujea. Se explora el resto de la cavidad sin objetivar perforación de víscera hueca. Se decide colocar un hemostático local (TachoSil) y un drenaje. La paciente es dada de alta a los 7 días, presentando drenaje con débitos escasos y procediendo a la retirada del mismo a las 2 semanas, tras control radiológico.

CONCLUSIONES

La aerobilia como causa de neumoperitoneo es una complicación rara tras técnicas ablativas hepáticas. El manejo debe incluir el drenaje de la fuga, asociando o no CPRE para aliviar la presión de la vía biliar. En caso de persistencia de la misma hay descritos tratamientos percutáneos con cianocrilato para el sellado del trayecto.

EVENTRACIÓN COMPLEJA (M1W2) CON RECIDIVA MÚLTIPLE TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL. REPORTE DE UN CASO

Ariadna Mª Déniz Ramírez, Laura González Sánchez, Ángel Turégano Fernández García, Eudaldo López-Tomassetti Fernández, Juan Ramón Hernández Hernández
Hospital Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria

Las eventraciones complejas en aquellos pacientes reintervenidos, con abdomen de características catastróficas, supone un desafío para el cirujano. No hay consenso actual a la hora de elegir el procedimiento quirúrgico a realizar. El uso de mallas de polipropileno, poro ancho y cierre de línea media mediante técnica small bites con sutura de monofilamento 2/0, puede ayudar a la disminución del índice de recidivas.

Presentamos el caso de un paciente varón de 50 años, con antecedentes de gastrectomía vertical laparoscópica en 2009 y hernia incisional M1W2 recidivada por sexta vez, siendo intervenido hasta en cinco ocasiones, mediante incisión de laparotomía media supra e infraumbilical. Pérdida de 80kg de pes, tras cirugía bariátrica. Cierre de línea media en últimas intervenciones mediante sutura monofilamento loop del 1/0. Ingresos reiterativos por cuadros suboclusivos 2º a dicha hernia incisional recidivada, resueltos mediante tratamiento conservador. Valorado por consultas externas, se realiza TAC abdomino-pélvico de control posterior a su alta, con hallazgos compatibles con solución de continuidad de la pared abdominal anterior, con un gap de 38 mm que condiciona la salida de un segmento de colon transverso de aproximadamente 48 milímetros sin signos de complicación en la actualidad. Exploración física, donde se objetivan múltiples cicatrices en abdomen de laparotomía media, hernia incisional subxifoidea de gran volumen. Ausencia de ombligo. Faldón abdominal de 10 cm. Tras valoración del caso y dado múltiples ingresos secundarios a dicha hernia, se decide intervención quirúrgica de forma programada. En quirófano, mediante apertura de plano cutáneo mediante, incisión transversa hipogastrica, y separación de plano subcutáneo, se objetiva malla supraaponeurótica con defecto fascial a nivel superior de la misma con anillo herniario de 4.5 cm y saco herniario con contenido de colon transverso íntimamente adherido. Se realiza sección de faldón abdominal con disección de tejido celular subcutáneo, intentando preservación de fascia de Scarpa, hasta sobrepasar el defecto fascial. Disección de espacio preperitoneal hasta cubrir un overlapping de mas de 5 cm en los bordes laterales y caudal. en el extremo craneal hasta tendón central del diafragma. En el borde caudal se abre plano peritoneal y se libera colon transverso que se encuentra adherido a pared anterior por punto de sutura. Se realiza cierre de vaina anterior de los rectos con sutura monofilamento 2/0 según técnica small bites. Colocación de malla de polipropileno, poro ancho 30x30cm. Se realizó sellado de espacio subcutáneo con adhesivo tisular (Tisseel©. fibrinógeno y trombina que, al mezclarse, imitan un coágulo fisiológico)

Primeros días postoperatorios con dolor leve, localizado a nivel subxifoideo. No se objetivaron seromas postquirúrgicos y TAC abdomino-pélvico de control sin hallazgos compatibles con recidiva en el momento actual.

En nuestra experiencia, la utilización de malla de polipropileno y cierre de línea media mediante técnica, "small bites" con sutura monofilamento 2/0, pueden suponer una mejora para evitar recidivas en aquellas eventraciones complejas.



ADENOCARCINOMA SOBRE QUISTE DE DUPLICACIÓN DUODENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Claudia Hernández Oramas, Samuel Morales Díaz, Jorge Brian Pérez Torres, Noelia de Armas Conde, Fuensanta Mon Martín, Liliana Pezzetta Hernández, Antonio Isaac Martín Malagón.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de duplicación del tracto gastrointestinal son una patología congénita muy infrecuente. Suelen localizarse en mayor frecuencia en el yeyuno y en menor medida en ileon y duodeno, suponiendo estos últimos aproximadamente un 7% del total, con una incidencia de 1/100.000 casos. Mayoritariamente, se diagnostican en la infancia, debutando con dolor abdominal, obstrucción intestinal o en algunos casos, como una masa palpable. Puede presentarse de forma asintomática en aproximadamente un 38% de los pacientes hasta la edad adulta, momento en el cual puede manifestarse de forma complicada como pancreatitis, hemorragia o isquemia del quiste. El diagnóstico suele ser incidental mediante ecografía, TAC o resonancia magnética, la cual es de especial utilidad en el diagnóstico diferencial con otras patologías que se presentan de forma similar, como el coledococelo. La escasa literatura publicada al respecto recomienda la resección quirúrgica frente al empleo de técnicas endoscópicas ante la posibilidad de complicación o malignización del mismo, ya que, a pesar, de ser una patología benigna, existen descritos en la literatura 3 casos de malignización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos caso de adenocarcinoma de tipo enteroide sobre quiste de duplicación paraduodenal. Se realizó búsqueda de PubMed, acerca de la incidencia, presentación clínica y diagnóstico de quistes de duplicación duodenal.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 48 años con antecedente de neoplasia testicular que presenta clínica recurrente de dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, por el cual acude en reiteradas ocasiones al servicio de urgencias. En uno de dichos cuadros de dolor abdominal se solicita TAC de abdomen en el que se objetiva lesión paracaval derecha sugestiva de quiste de duplicación duodenal vs recidiva de neoplasia testicular.

Posteriormente a dichos resultados, se solicitan las siguientes pruebas complementarias: resonancia magnética, TAC toraco-abdominal y eco-endoscopia con toma de citología, que muestran hallazgos que sugieren quiste de duplicación en tercera porción duodenal complicado. Se realiza intervención quirúrgica, en la cual se accede al retroperitoneo mediante la maniobra de Cattel-Braash. Posteriormente, se disecciona la lesión, que contacta y comprime la cava en su cara anterolateral, sin infiltrarla. Se realiza control distal de la vena y se procede a disecar el uréter derecho siguiendo un trayecto ascendente hasta la pelvis renal derecha. A continuación, se ligan las ramas venosas que sirven de drenaje a la tumoración y se realiza exéresis en bloque de la misma. Posteriormente, el estudio anatomo-patológico reveló adenocarcinoma de tipo enteroide sobre el quiste de duplicación duodenal.

CONCLUSIÓN

A pesar de que los quistes de duplicación duodenal son una patología muy infrecuente, deben de sospecharse en aquellos casos en los que se presente una masa en segunda o tercera porción duodenal sin filiar. Dado el potencial de malignización que existe, aunque la incidencia sea baja, la cirugía se presenta como el único tratamiento curativo.

ConSCC | 23



SESIÓN DE
COMUNICACIONES LIBRES

VIERNES 15:00

EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL CON LA TÉCNICA “TAR REVERSO” EN EVENTRACIONES LATERALES

M. Isabel Hormiga Rodríguez, Raúl Medina Velázquez, Isabel Sánchez Guedes, Aurora Suárez Cabrera, M. Mar Sánchez-Lauro Martínez, Joaquín Marchena Gómez.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

OBJETIVOS: Las eventraciones laterales son una entidad menos frecuente que aquellas de la línea media, sin embargo, representan un problema significativo para los pacientes. Su tratamiento supone un desafío debido a sus particularidades anatómicas, representadas fundamentalmente por el hecho de que en gran parte de los casos se trata de defectos incompletos y asocian denervación de la musculatura lateral. El enfoque del TAR reverso ha surgido como una novedosa alternativa en el campo de la cirugía abdominal reconstructiva. Nuestro objetivo es exponer nuestra experiencia con dicha técnica y los resultados obtenidos, así como analizar el grado de mejoría en la calidad de vida de los pacientes intervenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se lleva a cabo un estudio descriptivo retrospectivo recogiendo todos los pacientes intervenidos con la técnica del TAR reverso en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, desde el año 2020 hasta la actualidad. Se incluyen variables demográficas, características de la eventración, variables intraoperatorias y otras correspondientes a la evolución postoperatoria. Se realiza también una comparativa sobre la calidad de vida de estos pacientes antes y después de la intervención quirúrgica mediante encuesta telefónica con la escala EuraHS QoL.

RESULTADOS: Se han recogido un total 11 pacientes (7 hombres y 4 mujeres) con una media de edad que se encuentra en 63 años (rango entre 53 y 72). Prevalece la obesidad con un IMC medio de 31.7 kg/m² (rango entre 24.9 y 40). En cuanto a las comorbilidades asociadas, el 36% fueron fumadores, y patologías como EPOC, diabetes mellitus e inmunosupresión se presentaron en un 18% de los pacientes cada una de ellas. El 36% de la muestra tomaba algún tipo de medicación antiagregante y el 18% estaban anticoagulados. Seis de los once pacientes (54%) tenían como antecedentes quirúrgicos la nefrectomía, en su mayoría derecha. Tres de las eventraciones (27%) eran recidivadas tras un intento de reparación previa como mínimo.

Tras la cirugía dos de ellos (18%) han tenido como complicación el seroma, uno de ellos asociado a infección profunda de la herida quirúrgica. Ninguno de ellos ha presentado por el momento recidiva de la eventración. Previa a la intervención 5 pacientes (45%) mostraban denervación, desarrollando 3 de estos bulging (abombamiento) posterior como consecuencia.

En relación a la calidad de vida, tras un seguimiento medio de x meses (calcular), se observó a nivel global una mejoría estadísticamente significativa (p 0.018) siendo el dominio estético aquel en el que se produjo la mayor diferencia. Por otro lado, destaca que aquellos pacientes con denervación previa a la cirugía y que presentan bulging posterior, son los que han sufrido una menor mejoría en las puntuaciones del cuestionario.

CONCLUSIONES: El TAR reverso se presenta como una alternativa prometedora en el manejo de eventraciones laterales. En nuestra práctica, la técnica demostró ser segura y efectiva, con una baja tasa de complicaciones y ninguna recidiva. Además, la calidad de vida de los pacientes mejoró significativamente después de la cirugía, aunque el desarrollo de bulging posterior limita los resultados en estos términos.

PAPEL DEL RATIO NEUTRÓFILO-LINFOCITO COMO FACTOR PREDICTOR DE SUPERVIVENCIA DEL HEPATOCARCINOMA

Ayoze Gonzalo Hernández, Natalia Afonso Luis, Francisco Jose Cruz Benavides, Pau Plá Sanchez, Joaquín Marchena Gómez
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN

El ratio Neutrófilo-Linfocito (NLR por sus siglas en inglés) constituye un marcador de inflamación subclínica con valor pronóstico en enfermedades cardiovasculares, oncológicas e infecciosas. Su utilidad en la patología oncológica del hepatocarcinoma está en evaluación. El objetivo de este estudio es evaluar la asociación del NLR con la supervivencia de los pacientes con hepatocarcinoma.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de CHC en nuestro centro entre los años 2011 y 2020. Se recogieron las características epidemiológicas, clínicas y analíticas, las técnicas diagnósticas utilizadas, la estadificación en el momento del diagnóstico y el tratamiento recibido.

RESULTADOS

El total de la muestra fueron 250 pacientes: 78% fueron hombres y la edad media del diagnóstico fue de $68 \pm 10,4$ años. La curva de supervivencia a los 1, 3 y 5 años fue de 49,8%, 27,6% y 12,7% respectivamente, siendo la media estimada de supervivencia de 27,1 meses (EE: 2,6; IC95%: 22,0 – 32,2) y la mediana estimada de supervivencia de 11,9 meses (EE: 1,9; RIQ: 37,0 – 1,6; IC95%: 8,2 – 15,6). Se realizó un análisis univariante y multivariante, permaneciendo como factores pronósticos independientes de supervivencia en pacientes con hepatocarcinoma en nuestro medio la comorbilidad ($p < 0,001$; HR: 1.19 – IC95%: 1.11 – 1.27), el Ratio Neutrófilo-Linfocito ($p = 0,001$; HR: 1,08 – IC95%: 1,03 – 1,12), la clasificación BCLC ($p < 0,001$; HR: 1.59 – IC95%: 1.35 – 1,88) y los criterios de Milán ($p = 0,04$; HR: 0,69 – IC95%: 0,49 – 0,98).

CONCLUSIÓN

El NRL tomado al inicio del diagnóstico del hepatocarcinoma puede ser un buen factor predictor de supervivencia en estos pacientes.

REPORTE DE 2 CASOS DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL 2º A CARCINOMA SEROSO DE OVARIO. CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN Y HIPEC. SUPERVIVENCIA PROLONGADA (SUPERIOR A 5 AÑOS DESDE DIAGNÓSTICO)

Ariadna M^a Déniz Ramírez, Eudaldo López-Tomassetti Fernández, Laura González Sánchez, Juan Ramón Hernández Hernández

Hospital Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria

Los tumores de ovario son casi siempre adenocarcinomas serosos de alto grado, el subtipo histológico más común tanto esporádico como hereditario. Concretamente entre el 70-75% de los mismos presentan Carcinomatosis peritoneal al diagnóstico.

Presentamos el caso de dos pacientes, de 25 (paciente A) y 40 (paciente B) años con diagnosticadas en 2018 y 2014 respectivamente de carcinomatosis peritoneal secundaria a carcinoma seroso de ovario. Ambas pacientes, a su diagnóstico presentan dolor abdominal y lumbalgia de aproximadamente un mes de evolución, ecografía abdominal-transvaginal y tac abdomino pélvico compatibles con tumoración anexial bilateral sugestivas de malignidad y carcinomatosis peritoneal. Tras presentación de casos, se decide en comité multidisciplinar se decide cirugía de intervalo realizándose a la paciente A, histerectomía + anexectomía bilateral + omentectomía + esplenectomía + hemicolectomía derecha + resección anterior de recto + peritonectomía cúpula diafragmática derecha e izquierda y flanco izquierdo. Cirugía Recist 2. Anatomía patológica compatible con Carcinoma seroso bajo grado de ovario E1 V. Paciente B histerectomía + anexectomía bilateral + linfadenectomía pélvica y paraaórtica + peritonectomía pélvica completa + resección anterior de recto. Anatomía patológica compatible con Carcinoma seroso de ovario de alto grado. E IIIC. Tras discusión de casos en comité de tumores multidisciplinar y tratamiento quimioterápico adyuvante, se decide nueva intervención en ambos casos y tratamiento mediante HIPEC. Se realiza cirugía citorreductora en ambas. En paciente A se realiza resección de anastomosis ileo-cólica previa + exéresis de implantes sospechosos + HIPEC durante 60 minutos con Mitomicina C. En paciente B se realiza exéresis de implantes sospechosos + esplenectomía + colecistectomía + HIPEC durante 60 minutos con Placitaxel.

En cuanto al seguimiento posterior, paciente A, en 2023 con marcadores tumorales y TAC toraco-abdomino-pélvico compatible con respuesta completa. Respecto a la paciente B, fue sometida a 2º HIPEC en 2020 por seguimiento con recaída peritoneal. Se le realiza Resección segmentaria intestinal + Hemicolectomía izquierda en bloque con peritonectomía anterior izquierda + HIPEC durante 60 minutos. Último TAC abdomino-pélvico en octubre 2023 control, sin signos de recaída.

El criterio de elección para el procedimiento (citorreducción + HIPEC) en pacientes con cáncer de ovario debe ser la posibilidad de citorreducción (CC0, CC1). Actualmente, las guías recomiendan la no realización de la cirugía de citorreducción + HIPEC como tratamiento primario en pacientes con cáncer de ovario, excepto en el contexto de la realización de ensayos clínicos.



CIRUGÍA COMPARTIMENTAL EN EL SARCOMA RETROPERITONEAL. REPORTE DE DOS CASOS

Ariadna M^a Déniz Ramírez, Eudaldo López-Tomassetti Fernández, Laura González Sánchez, Juan Ramón Hernández Hernández

Hospital Universitario Insular Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

Los sarcomas de partes blandas (pélvicos y retroperitoneales) requieren un tratamiento quirúrgico inicial de carácter agresivo. El 15% de los mismos, asientan a nivel del retroperitoneo y constituyen la segunda localización más frecuente tras las extremidades. Conforman un grupo heterogéneo de neoplasia cuyo diagnóstico y tratamiento requieren equipos de carácter multidisciplinar. Los sarcomas presentan una incidencia de aproximadamente 3-4 casos por cada 100.000 habitantes al año.

Presentamos el caso de dos pacientes, mujer de 45 años (paciente A) y varón de 44 años (paciente B) con diagnóstico en 2016 y 2022 respectivamente, de sarcoma retroperitoneal. Ambos, con clínica inicial de dolor abdominal. Paciente A con TAC abdomino-pélvico al diagnóstico compatible con masa retroperitoneal de aproximadamente 10cm compatible con posible sarcoma. Anatomía patológica compatible con sarcoma pleomórfico indiferenciado. Paciente B con TAC abdomino-pélvico varias masas intra y retroperitoneales que ocupan gran parte de la cavidad intrabdominal con diámetro máximo de 16x18 cm. Anatomía patológica compatible con liposarcoma desdiferenciado. Tras discusión de caso de paciente A en comité de tumores, se decide cirugía compartimental de inicio. Intraoperatoriamente se objetiva Tumor retroperitoneal de aspecto lipomatoso con áreas más indiferenciadas que infiltran musculo cuadrado lumbar y psoas con necrosis central derecho. El tumor ocupa toda la cavidad derecha y se extiende hasta diafragma derecho aparentemente infiltrando en teoría la capsula renal. Se realiza resección en bloque incluyendo musculo psoas, cuadrado lumbar, riñon derecho, adrenal derecha, colon derecho y tumoración infiltrante. Anatomía patológica coincidente con resultados al diagnóstico. pT2b. Posteriormente recibe quimioterapia adyuvante y no radioterapia. Paciente B, se decide inicio de quimioterapia neoadyuvante. Tras finalización de la misma se realiza intervención quirúrgica, donde intropertoriamente se objetiva Tumoración gigante derecha que incluye tumor, riñón, suprarrenal, colon derecho y parte de transverso. Plano de clivaje con duodeno, plano de clivaje con psoas derecho. Tumoración íntimamente adherida a vena cava, la tumoración engloba vena renal y arteria renal derecha. Se realiza Resección en bloque de la masa, hemicolectomía derecha, nefrectomía derecha, suprarrenalectomía derecha+ pelviperitonectomía derecha. Anatomía patológica compatible con Liposarcoma desdiferenciado G3 42cm. Margenes constituidos por la pseudocápsula. pT4pN0.

En el caso de la paciente A, TAC abdomino-pélvico de control en 2022, se observa masa retroperitoneal en hemiabdomen izquierdo que infiltra colon (contralateral). Recibe nuevamente quimioterapia con respuesta parcial y se programa para cirugía de rescate. Se realiza cirugía compartimental, con resección segmentaria de colon izquierdo englobando masa tumoral con anastomosis colo-sigmoidea. TAC abdomino-pélvico de control en 2023, sin signos de recaída. En cuanto a paciente B, TAC abdomino-pélvico de control donde no se objetiva imagen que sugiera recidiva tumoral.

Actualmente el uso de la quimioterapia y radioterapia no se encuentra correctamente definido y se emplean en ensayos clínicos. La resección quirúrgica completa R0 (cirugía compartimental) es el único abordaje con potencial curativo. El resultado de la cirugía inicial, determina el pronóstico, aunque la recurrencia pese a R0, sigue siendo de más del 50%.

TÉCNICA DEL RAMPS POSTERIOR POR VÍA ROBÓTICA PARA EL TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA DE CUERPO PANCREÁTICO

Salado de la Torre. J, Martín Malagón. A.I, De Armas. N, Mon. F, Pérez. J.B, Pezzetta. L. Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

INTRODUCCIÓN

La Esplenopancreatectomía radical modular anterógrada (RAMPS) se introdujo en 2003 de manos de Strasberg et al. con el objetivo de mejorar la curabilidad en pacientes con cáncer de páncreas del lado izquierdo. A diferencia de la resección retrógrada convencional, la RAMPS se realiza de forma anterógrada de derecha a izquierda con sección temprana del parénquima en el cuello del páncreas, control de los vasos esplénicos, y linfadenectomía celíaca y de la AMS, así como visualización completa del plano retroperitoneal. Los objetivos principales de la RAMPS son aumentar la tasa de resección R0 y una linfadenectomía óptima en el cáncer de cuerpo o cola de páncreas.

En el reciente estudio de cohortes retrospectivo de Atsushi Takahashi et. Al se observa una diferencia significativa en la tasa de recurrencia local a los 3 años, siendo menor en el grupo RAMPS (10%) que en el grupo PDc (34%).

Presentamos un vídeo comunicativo en el que se describen los pasos técnicos del RAMPS posterior por abordaje robótico para el tratamiento de un Adenocarcinoma de cuerpo de páncreas.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 61 años intervenido en Junio de 2020 de Adenocarcinoma de recto (cT3N2M0) tras recibir radioquimioterapia neoadyuvante. En TC de control solicitado en Marzo de 2023 se observa lesión en cuerpo pancreático de 20x14 mm, tras confirmación citológica del diagnóstico se programa intervención quirúrgica en Agosto de 2023 y se realiza RAMPS por vía robótica (Da Vinci X10).

A diferencia de la resección retrógrada convencional, la RAMPS se realiza de forma anterógrada de derecha a izquierda con sección temprana del parénquima del cuello del páncreas, control de los vasos esplénicos, y linfadenectomía celíaca y de la AMS, así como visualización completa del plano retroperitoneal.

Al 4º día postoperatorio el paciente presenta aumento de PCR (268 mg/L), se solicita cultivo del drenaje (Pseudomona oleovorans) y TC de control donde se observa colección del lecho quirúrgico por tanto se inicia antibioterapia endovenosa con buena respuesta, el paciente fue dado de alta 19 días tras la intervención.

El resultado anatomopatológico fue Adenocarcinoma ducal NOS con márgenes y ganglios libres de tumor (G2-pT2N0).

CONCLUSIÓN

La Esplenopancreatectomía radical modular anterógrada (RAMPS) es un procedimiento que desde el punto de vista oncológico permite un mayor control local de la enfermedad en pacientes con cáncer de páncreas a nivel de cuerpo-cola con respecto a la pancreatoesplenectomía convencional, ya que puede aumentar las posibilidades de obtener una resección R0, sobre todo en los tumores próximos al borde más profundo de la glándula pancreática, y aumentar el número de ganglios extraídos.

EPSiT: ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO A CORTO PLAZO

Chirivella Fernández, Andrea; Morales Díaz, Samuel; Rivera Castellano, Javier; Salado de la Torre, Juan; Cárdenas Elías, Miguel Angel; Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

OBJETIVOS

El sinus pilonidal (SP) es una afección benigna que provoca infecciones y abscesos en los folículos pilosos. Su explicación fisiológica aún no está clara pero existen controversia sobre la técnica Gold Standard diversas técnicas quirúrgicas para tratarlo, entre las que se incluyen la exéresis con marsupialización, cierre primario y el tratamiento endoscópico del sinus pilonidal (EPSiT).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 46 pacientes intervenidos quirúrgicamente de SP entre 01/01/2020 y 31/12/2022. Se realizaron 3 técnicas: marsupialización, cierre primario y EPSiT por diferentes cirujanos del mismo complejo hospitalario, a elección del cirujano.

Se consideró significativo un $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se observan diferencias significativas con relación al sexo de los pacientes, predominantemente masculino, y en el número de intervenciones realizadas.

En cuanto a resultados postoperatorios, se encontraron diferencias significativas en sangrados y aparición de hematoma. Las complicaciones con sangrado fueron mayores en el grupo EPSiT, aunque el de hematoma fue significativamente menor en comparación con las otras técnicas. No se encontraron diferencias significativas en otras variables analizadas.

CONCLUSIÓN

La incidencia máxima de SP se estima durante la segunda década de vida, predominando en hombres. La recurrencia máxima ocurre en los primeros tres años posteriores a la intervención. Este estudio sugiere que el EPSiT no ofrece desventajas significativas a corto plazo en comparación con las técnicas clásicas utilizadas. Sin embargo, el estudio se basa en datos retrospectivos de una técnica nueva, con una curva de aprendizaje y un seguimiento limitado. Además, el tamaño de la muestra es pequeño. Se necesitan investigaciones adicionales con seguimiento a largo plazo.



OIB TRAS ESOFAGUECTOMÍA

Alejandro Hueso Mor, Ricardo Hernandez Alonso, Carmen Díaz López, Juan Manuel Sánchez, Vanesa Concepción Martín, Julio César Jordán Balanza
Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria

Las hernias hiatales sintomáticas tras esofaguectomía son poco comunes pero con alta morbimortalidad por el riesgo de afectación cardiopulmonar e incarceration intestinal en sus formas agudas aunque lo más frecuente es que aparezcan de forma tardía y sean asintomática (1)

Parece que esta complicación está infravalorada debido a la baja supervivencia del cáncer de esófago y por pasar desapercibida en estudios radiológicos variando su incidencia entre 0,6-26%. (2)

Los factores de riesgo de esta entidad son alto o bajo IMC, neoplasia esofágica localmente avanzada postneoadyuvancia, el abordaje transhiatal de la esofaguectomía y la cirugía mínimamente invasiva.(2)

En el momento actual no existe evidencia suficiente sobre cómo actuar ante el defecto del orificio hiatal. En caso de sospechar complicaciones debemos apoyarnos en la sospecha clínica y en pruebas de imagen para el diagnóstico precoz. (1)

En pacientes con hernia hiatal asintomática no queda claro si se debe hacer reparación quirúrgica o no. En la literatura pocos son los casos de reparación quirúrgica de defecto herniario por afectación severa incluso en centros de alto volumen. El uso de malla para cubrir el defecto herniario y permitir suturar sin tensión parece estar aceptado aunque el uso de mallas sintéticas pueden erosionar la zona y provocar migración de la misma.(3)

CASO CLÍNICO

Mujer de 53 años , exfumadora es diagnosticada de adenocarcinoma de la unión gastroesofágica moderadamente diferenciado T3N1M0. Recibió adyuvancia siendo posteriormente intervenida realizando esofaguectomía tipo Ivor-Lewis. A los cuatro días la paciente comienza con deterioro clínico, náuseas y cese tránsito gastrointestinal así como alteración reactivantes de fase aguda. Se realiza Tac abdominopélvico que objetiva una hernia hiatal con sospecha de deslizamiento de yeyuno proximal paralela a la plastia gástrica. Sin evidencia dehiscencia anastomótica.

La paciente es llevada a quirófano accediendo por laparoscopia donde se objetiva hernia hiatal de colon transverso sin datos de sufrimiento que se introduce anterior a la plastia gástrica. Se reduce el contenido herniario y se cierra el defecto anterior con dos puntos en X con filamento sintético. La paciente evoluciona sin más complicaciones siendo dada de alta con seguimiento en consultas externas.

CONCLUSIONES

- La hernia hiatal postesofaguectomía parece estar infradiagnosticada pudiendo ser sus repercusiones agudas muy graves (afectación cardiopulmonar, incarceration intestinal)
- Con el aumento de la supervivencia del cáncer de esófago es probable que esta entidad sea cada vez más frecuente
- La sospecha clínica y radiológica son las herramientas que tenemos para realizar un diagnóstico precoz.



FISURA ANAL Y SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE VIH

Alejandro Hueso Mor, Ricardo Hernández Alonso, Ana Soto Sánchez, Nélida Díaz Jimenez, Moisés Hernández Barroso, Julio César Jordán Balanzá
Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria

INTRODUCCIÓN

La patología proctológica es frecuente en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Los bajos niveles de linfocitos CD4 (<350), la falta de tratamiento antirretroviral y las múltiples parejas sexuales se asocian con mayor tasa de estas entidades. Sin embargo, en personas con una enfermedad estable y una carga viral negativa, la frecuencia de patología anorrectal es similar a la de la población general.

CASO CLÍNICO

Varón de 39 años sin antecedentes relevantes que a raíz de un cuadro de dolor y sangrado perianal que hace tres semanas fue valorado por su médico de atención primaria que ante sospecha de fisura anal inició tratamiento con metamizol y dexketoprofeno.

Acude a Urgencias una semana después ante aparición de una erupción cutánea pruriginosa en región cervical, tórax y cara con costras labiales asociada a la sintomatología proctológica. Pérdida de 10 kg de peso en un mes. Fiebre desde hace 48 horas.

Exploración física: Hemodinámicamente estable. Erupción en placas eritematosas con centro rojo oscuro, que tienden a coalescer en zona pectoral y dorsal alta. Pústulas milimétricas superpuestas a las placas en toda la parte alta del tronco, costras amarillentas cara.

En región perianal: fisura amplia con exposición esfinteriana a las 6 horas con salida de material purulento por fistula subfisuraria asociada.

En pruebas complementarias destaca leucopenia por linfopenia y trombopenia.

Ante sospecha de Síndrome de Steven-Johnson vs necrólisis epidérmica tóxica farmacológica se contactó con Medicina Interna iniciándose tratamiento corticoideo y biopsia cutánea que objetivó dermatitis linfocítica perivascular e intersticial superficial con lesión de interfase compatibles con toxicodermia con buena evolución y alta posterior.

Desde el punto de vista de la fisura se decidió exploración en quirófano donde se confirmó fistula subfisuraria sin colecciones ni supuración que fue puesta a plano. Se tomaron cultivos, citología y biopsias. Además se solicitó analítica sanguínea para despistaje de virus.

El resultado anatomopatológico fue negativo para malignidad siendo el Cultivo positivo para NEISSERIA GONORRHOEAE. Se inició antibioterapia dirigida. También se detectó una infección por VIH (124 Linfocitos CD4) iniciándose tratamiento con Biktarvy con tolerancia y aumento del recuento de CD4.

Actualmente el paciente sin dolor anal con resolución de la fisura anal.

CONCLUSIONES

- Ante lesiones proctológicas atípicas o con una evolución tórpida en paciente con factores de riesgo o alteraciones analíticas compatibles se debe hacer cribado de VIH
- El Síndrome Stevens-Johnson es una reacción adversa idiosincrásica rara y potencialmente grave donde ocurre una dermatolisis masiva con repercusión sistémica. El 80% de los casos son de causa medicamentosa.

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL SEGÚN LA TÉCNICA DE IMPLANTACIÓN UTILIZADA

Jorge Abellán Fernández, Ángel Camarasa Pérez, Rafael Orti Rodríguez, Samuel Abrante García, Micaela Gerard, Julio César Jordán Balanza.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, SC/ Tenerife

INTRODUCCIÓN: La diálisis peritoneal ofrece grandes resultados dentro del tratamiento sustitutivo renal debido a su coste-efectividad, autonomía y calidad de vida. Una adecuada colocación del catéter de diálisis peritoneal (CDP) minimiza el riesgo de complicaciones que pueden llevar a su fracaso. En nuestro centro se realizan 2 técnicas de implantación, un abordaje laparoscópico mínimamente invasivo a través de un único trocar bajo visualización directa; y la vía abierta, percutánea a ciegas. Hasta ahora la bibliografía no ha revelado datos de superioridad entre ambas.

OBJETIVO: Comparar las complicaciones existentes en los pacientes con CDP según la técnica de inserción empleada en el primer mes tras el implante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio analítico observacional de cohortes retrospectivo, entre los años 2017-2021, dividiendo las cohortes según la técnica de implantación del CDP mencionadas. La elección de la técnica en cada paciente se basó en criterios clínicos por parte del nefrólogo responsable, siendo la principal indicación laparoscópica las cirugías previas por la posibilidad de adherencias. Se registraron datos clínicos de los pacientes, así como las complicaciones producidas en relación al acceso peritoneal durante el primer mes tras el implante.

RESULTADOS: Se analizó una muestra de 112 pacientes, de los cuales 67 (60%) se sometieron a una implantación abierta a ciegas y 45 (40%) a una laparoscópica bajo visualización directa. La cohorte de implantación a ciegas constaba de un 80% de hombres con una edad media de 60 años, 46% diabéticos, 31% obesos y 38% con cirugías abdominales previas. La cohorte laparoscópica se componía de un 64% de hombres con una edad media de 57 años, 44% diabéticos, 26% obesos y 58% con cirugías previas. Se analizaron las complicaciones infecciosas (infección del orificio, tunelitis y peritonitis), mecánicas (fugas, hernias, hidrotórax e hidrocele) y disfunción del catéter con recolocación, detectados en el primer mes tras la implantación. La complicación más frecuente fue la infecciosa, siendo del 13'3% en el grupo laparoscópico versus 7'4% en el grupo a ciegas (p-valor 0'30; IC 95%). Se hallaron un 6'6% de complicaciones mecánicas en el grupo laparoscópico versus un 7'4% en el grupo a ciegas (p-valor 0'87; IC 95%), siendo la fuga la más frecuente. Hubo un 4% de disfunción del catéter y necesidad de recolocación en el grupo laparoscópico versus un 1'4% en el grupo a ciegas (p-valor 0'34; IC 95%). Ninguna de las complicaciones estudiadas mostró diferencias estadísticamente significativas. Se realizó, además, un subanálisis estudiando las complicaciones asociadas a la modalidad de la técnica usada, diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) versus diálisis peritoneal automatizada (DPA) en el que se observó un 18'5% de fugas asociadas a DPCA versus un 47% a DPA (p-valor 0'036; IC 95%).

CONCLUSIONES: Teniendo en cuenta las limitaciones de este tipo de estudio, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las complicaciones analizadas asociadas al método de implantación del CDP (técnica abierta a ciegas versus laparoscópica bajo visión directa). Por tanto, la decisión de usar una técnica u otra debe basarse en la valoración individualizada de cada paciente.

STEP UN APROACH PANCREATITIS

Guillermo Saiz Lozano, Alejandro Hueso Mor, Betsabe Reyes Correa, Alicia Goya Pacheco, Pilar Elena González de Chaves Rodríguez, Julio César Jordan Balanza
Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda (PA) es una afección inflamatoria de la glándula pancreática con o sin afectación de los tejidos peripancreáticos y los órganos distantes. Hasta un 10-20% de los pacientes desarrollan una forma grave con complicaciones por necrosis pancreática, que resultan potencialmente mortales.

El tratamiento tradicional de la pancreatitis necrotizante con infección secundaria del tejido es la necrosectomía abierta, eliminando el tejido necrótico infectado. El ensayo aleatorizado “PANTER” diseñado por el Dutch Pancreatitis Study Group, demostró los beneficios del tratamiento secuencial (“Step-up Approach”) en casos de necrosis infectada en comparación con la necrosectomía abierta. Con este enfoque, hasta un 35% de los pacientes pueden ser tratados con drenajes evitando la necrosectomía. Presentamos un caso clínico de un paciente con diagnóstico de pancreatitis grave necrotizante que se ha beneficiado de este enfoque aportando un acceso laparoscópico transgástrico en el tratamiento secuencial.

CASO CLÍNICO: Paciente varón de 47 años con antecedentes de pancreatitis grave necrotizante de origen biliar con ingreso prolongado en unidad de cuidados intensivos y en planta de cirugía, manejado mediante drenaje percutáneo y transgástrico. Reingresa por fiebre y se completa estudio con TC de control donde se objetiva persistencia de la colección necrótica encapsulada pancreática. Dado la imposibilidad de realizar acceso laparoscópico retroperitoneal y al fracaso del drenaje transgástrico se decide plantear quistogastrostomía laparoscópica y necrosectomía transgástrica. Se localiza el drenaje transgástrico mediante ecografía intraoperatoria, se realiza gastrostomía anterior, lavado y aspiración a través del diábolo de necrosis pancreática y posteriormente retirada. Para finalizar se confecciona quistogastrostomía mediante sutura mecánica para mantener la comunicación y ampliar el orificio del drenaje y se cierra gastrostomía anterior. Tras este episodio a los 2 meses se realiza colecistectomía laparoscópica programada sin incidencias.

DISCUSIÓN: En 40 al 70% de los pacientes con Necrosis pancreática se instala una infección bacteriana secundaria, con un marcado factor de riesgo de mortalidad. Gracias al Step-up Approach se ha cambiado el manejo de dicha complicación. El primer paso del “Step-up approach” consiste en el drenaje según la ubicación y proximidad o no a órganos adyacentes con una resolución del 35%.

Cuando este abordaje fracasa es necesario un desbridamiento mínimamente invasivo. Idealmente por acceso retroperitoneal, pero en nuestro caso no fue posible. Posteriormente el tratamiento quirúrgico consiste en derivaciones quistodigestivas, en las que se deriva el contenido del pseudoquiste a una víscera hueca vecina. En nuestro caso tras dos meses de evolución decidimos realizar una derivación del quiste hacia el estómago mediante una quistogastrostomía. En nuestro caso el acceso laparoscópico transgástrico sigue la filosofía del tratamiento secuencial. Tal es así, que la cirugía de la colecistectomía cursó sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda necrotizante deben ser tratados en centros con Unidades multidisciplinares formadas por especialistas en cirugía pancreática, médicos intensivistas, endoscopistas y radiólogos experimentados. A pesar de estas medidas, la morbi-mortalidad en estos pacientes sigue siendo alta, por lo que debemos intentar reducirla aplicando el “Step-up Approach”. En nuestro caso el abordaje transgástrico laparoscópico ha permitido continuar con la filosofía del enfoque secuencial.



**Declarado de Interés por la
Asociación Española de Cirujanos**



Secretaría Técnica:

Magna Congresos SL

congresoscc@magnacongresos.es

www.magnacongresos.com

922 65 62 62



Evento Libre de
Humo de Tabaco

PATROCINA



COLABORAN

