

traumatismo, se debe a hemorragia, mientras que en fases más tardías es secundaria a infección⁵. El tratamiento del traumatismo hepático, en general, y particularmente de las complicaciones hemorrágicas ha variado con el tiempo.

A principios de los años ochenta aparecen las primeras publicaciones de Karp et al, donde se hace referencia al tratamiento conservador del traumatismo hepático. Desde ese momento y hasta la actualidad, han ido apareciendo múltiples publicaciones referidas al manejo no quirúrgico inicial del traumatismo hepático, incluso en los casos más graves, como en la serie de Ciraulo et al⁹, siendo útil también como tratamiento de las complicaciones (infección y pseudoaneurisma).

En nuestro caso, ambas lesiones presentaron sangrado hepático secundario a pseudoaneurisma, con inestabilidad hemodinámica, que se solucionó con la embolización selectiva de la arteria hepática implicada. Aunque no haya series amplias con un gran número de casos que se refieran a esta complicación, todos los autores coinciden en que la técnica es segura y en la mayoría de los casos definitiva⁷⁻¹⁰.

Por tanto, creemos que la embolización selectiva de la arteria hepática constituye una alternativa diagnóstica y terapéutica eficaz en el tratamiento de la hemorragia tardía en el traumatismo hepático grave.

P. Ricart*, J. Gener*, J. Muchart,
J. Perendreu** y A. Tomasa*****

Servicios de *Medicina Intensiva y **Radiología.
***Jefe de Servicio de Medicina Intensiva.

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Bibliografía

1. Carrillo EH, Platz A, Miller FB, Richardson JD, Polk Jr HC. Non-operative management of blunt hepatic trauma. *Br J Surg* 1998; 85: 461-468.
2. Shanmuganathan K, Mirvis SE. CT Scan evaluation of blunt hepatic trauma. *Radiol Clin North Am* 1998; 36: 399-411.
3. Moore EE, Shackford SR, Pachler HL, McAninch JW, Brouner BD, Champion HR et al. Organ injury scaling: spleen, liver and kidney. *J Trauma* 1998; 29: 1664-1666.
4. Moore EE, Cogbill TH, Jurkovich GJ, Shackford SR, Malangoni MA, Champion HR. Organ injury scaling: spleen and liver (1994 revision). *J Trauma* 1995; 38: 323-324.
5. Owing JT, Lenge SJ. Combined hepatic abscess and arterial pseudoaneurysms from blunt trauma: a case report and management strategy. *J Trauma* 1995; 38: 634-638.
6. Croce MA, Fabian TC, Menke PG, Waddle-Smith L, Minard G, Kudsk KA et al. Nonoperative management of blunt hepatic trauma is the treatment of choice for hemodynamically stable patients. Results of a prospective trial. *Ann Surg* 1995; 221: 744-755.
7. Patcher HL, Knudson MM, Esrig B, Ross S, Hoyt D, Cogbill T et al. Status of nonoperative management of blunt hepatic injuries in 1995: a multicentre experience with 404 patients. *J Trauma* 1996; 40: 31-38.
8. Croce MA, Fabian TC, Spiers JP, Knudsk KA. Traumatic hepatic artery pseudoaneurysm with hemobilia. *Am J Surg* 1994; 168: 235-238.
9. Ciraulo DL, Luk S, Palter M, Cowell V, Welch J, Cortes V et al. Selective hepatic arterial embolization of grade IV and V blunt hepatic injuries: an extension of resuscitation in the nonoperative management of traumatic hepatic injuries. *J Trauma* 1998; 45: 353-359.
10. Denton JR, Moore EE, Coldwell DM. Multimodality treatment for grade V hepatic injuries: perihaptic packing, arterial embolization, and venous stenting. *J Trauma* 1997; 42: 964-968.

Mucosectomía rectal como tratamiento del síndrome de McKittrick y Wheelock

Sr. Director:

Los adenomas vellosos colorrectales pueden secretar un material mucinoso muy rico en electrolitos. Los grandes adenomas pueden producir una pérdida copiosa de líquidos y electrolitos que puede provocar un cuadro infrecuente caracterizado por la presencia de deshidratación junto a hiponatremia e hipopotasemia conocido como síndrome de McKittrick y Wheelock¹.

Debido a que un 20% de estas lesiones adenomatosas pueden malignizarse y a la necesidad de corregir el cuadro metabólico se debe practicar la exéresis de estos adenomas, habiéndose descrito diferentes procedimientos quirúrgicos. Para los localizados en el recto, la mucosectomía rectal puede ser una excelente técnica exéretica especialmente en los adenomas vellosos de gran tamaño².

Se trataba de una mujer de 82 años de edad, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 1, que ingresó en nuestro servicio por deshidratación cutaneomucosa intensa. En la exploración se apreció tumoración rectal sésil de unos 15 cm de diámetro máximo, que secretaba abundante material de aspecto mucinoso y permitía el prolapso del resto de segmento rectal (fig. 1). Se practicó rectoscopia donde se observó que la lesión ocupaba circunferencialmente el 50% de la totalidad de la pared intestinal. En los análisis practicados se observó leucocitosis (29.300) con neutrofilia (91,2%). En el estudio bioquímico existía una elevación de la urea (155 mg/dl) y la creatinina (2,4 mg/dl), junto a hiponatremia (121 mmol/l) e hipopotasemia (2,79 mmol/l).

La enferma fue intervenida quirúrgicamente una vez que se corrigieron los desarreglos electrolíticos. En posición de litotomía, se infiltró la submucosa rectal con una solución de adrenalina. La mucosa rectal fue aislada de la capa muscular desde la línea dentada hasta unos 2 cm por encima de los márgenes de la tumoración. Se realizó exéresis de la mucosa rectal diseccionada. Los límites macroscópicos de la lesión fueron delimitados mediante una incisión en la cara anterior de la mucosa rectal. La mucosa rectal proximal fue suturada a la línea dentada con material absorbible. No se emplearon drenajes quirúrgicos. El curso postoperatorio fue satisfactorio presentando solamente una leve incontinencia fecal inmediata. Actualmente, a los 6 meses del alta hospitalaria, la paciente presenta un buen tono esfinteriano, así como un estudio bioquímico dentro de la normalidad. El diagnóstico anatomopatológico de la lesión informó de neoformación polipoidea de superficie vellosa y base de implantación sésil compatible con adenoma vellosos sin focos de malignidad.

La forma clínica habitual de presentación de un adenoma vellosos rectal es la rectorragia^{1,3}, aunque también puede causar alteración del tránsito intestinal o molestias abdominales inespecíficas. En ocasiones puede producir prolapso rectal e infrecuentemente, como en nuestro caso, el enfermo puede presentar un cuadro clínico de deshidratación, hipopotasemia e hiponatremia.

(*Cir Esp* 2001; 69: 190-191)

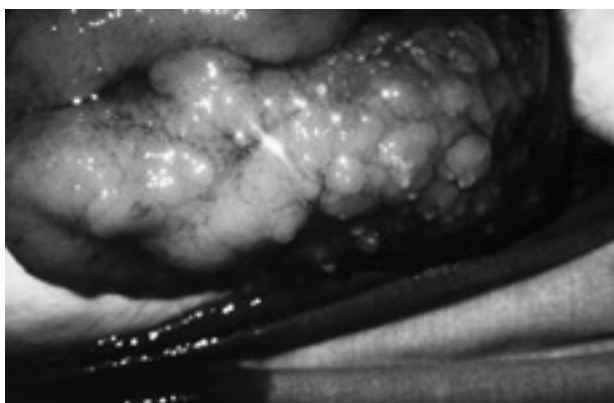


Fig 1. Prolapso rectal masivo por lesión vellosa hipersecretante.

mia debido a la excesiva producción de moco por el adenoma. Este último cuadro fue descrito por primera vez por McKittrick y Wheelock en 1954¹.

El diagnóstico de presunción de adenoma vellosa puede ser realizado mediante un tacto rectal. El estudio radiológico colónico mediante contraste también puede ser de utilidad. No obstante, el estudio endoscópico con biopsia es el método diagnóstico de elección. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histológico de la lesión que nos permitirá descartar la presencia de malignidad.

Se ha postulado la utilización de indometacina (inhibidor de la síntesis de prostaglandinas) como tratamiento médico previo a la cirugía en el síndrome de McKittrick y Wheelock para inhibir o disminuir la producción de moco, para evitar parcialmente la pérdida de electrolitos y corregir las alteraciones hidroelectrolíticas preoperatoriamente. También puede utilizarse como tratamiento definitivo en aquellos enfermos en los que se rechaza el tratamiento quirúrgico^{3,4}.

Existen múltiples técnicas para la exéresis de grandes tumores rectales benignos. En todas ellas se pretende combinar una tasa baja de morbilidad y la preservación de esfínteres con una exéresis completa de la tumoración ya que puede presentar focos de malignidad. Parks y Stuart⁵ describen el abordaje transanal para conseguir una resección completa de lesiones vellosas de pequeñas dimensiones. Otros autores recomiendan el abordaje posterior transanal aunque esta técnica suele acompañarse de una tasa elevada de fístula fecaloidea posquirúrgica.

En las lesiones vellosas de gran tamaño se han utilizado técnicas abdominales como la resección anterior e incluso la amputación abdominoperineal. No obstante, existe gran controversia respecto a la utilización de estas intervenciones quirúrgicas en lesiones preoperatoriamente benignas^{5,6}.

Recientemente, se ha iniciado el tratamiento endoscópico de estos tumores, sobre todo para lesiones de tercio superior y medio de recto, constituyendo una alternativa real a la cirugía transabdominal y transanal. En las lesiones más distales existe mayor dificultad para la exéresis del tumor, debido al escape del CO₂ insuflado, lo que dificulta el campo operatorio por el colapso de la luz intestinal⁷.

En nuestra opinión, la mucosectomía rectal según la técnica descrita por Keck et al² es un método quirúrgico fiable y seguro para la exéresis de adenomas vellosos de gran tamaño, debido a que permite una extirpación completa de la lesión y disminuye de forma considerable la mortalidad posquirúrgica con

preservación del aparato esfinteriano. Su aplicación permite extirpar adenomas que presenten un crecimiento circunferencial extenso (superior al 50%) que no podrían ser resecados por las técnicas locales descritas.

D. Padilla, J.M. Ramia, T. Cubo, R. Pardo, G. Ortega, J. Martín, A. López, R. de La Plaza y J. Hernández Calvo

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Complejo Hospitalario de Ciudad Real.

Bibliografía

1. Goodman AA. Polypoid diseases. En: Corman ML, editor. Colon & rectal surgery (4.ª ed.). Filadelfia: Lippincott-Raven Publishers, 1998; 566-624.
2. Keck JO, Schoetz DJ Jr, Roberts PL, Murray JJ, Collier JA, Veidenheimer MC. Rectal mucosectomy in the treatment of giant rectal villous tumors. Dis Colon Rectum 1995; 38: 233-238.
3. Hernández Cortés J, Arias Díaz J, Cabello J, Hernández Gómez MJ, García Pérez JC, Balibrea JL. Síndrome de McKittrick y Wheelock. Cir Esp 1996; 60: 228-231.
4. Older J, Older P, Colker J, Brown R. Secretory villous adenomas that cause depletion Syndrome. Arch Intern Med 1999; 159: 879-880.
5. Parks AG, Stuart AE. The management of villous tumors of the large bowel. Br J Surg 1973; 60: 688-695.
6. Groff W, Rubin RJ, Salvati EP, Eisenstat TE. A method of management of a circumferential villous tumor of the rectum. Dis Colon Rectum 1981; 24: 151-154.
7. Saclarides TJ, Smith L, Ko S-T, Orkin B, Buess G. Transanal endoscopic microsurgery. Dis Colon Rectum 1992; 35: 1183-1191.

Divertículo gigante de colon: aspectos clínicos y terapéuticos

Sr. Director:

El divertículo gigante de colon (DGC) es una entidad rara que fue descrita por primera vez en 1946 por Bonvin y Bonte¹ en la bibliografía francesa.

Hasta el momento sólo han sido publicados 108 casos de DGC en 99 pacientes. Presentamos un nuevo caso de DGC y discutimos los distintos aspectos clínicos y terapéuticos.

Varón de 74 años que consultó por dolor intermitente en la fosa ilíaca izquierda, sin otros síntomas acompañantes. Entre sus antecedentes personales sólo destacaban cólicos nefríticos de repetición. La exploración física objetivó un efecto de masa algo dolorosa en la fosa ilíaca izquierda e hipogastrio. El hemograma, la bioquímica, la analítica urinaria y la radiografía simple de abdomen fueron normales.

En el enema opaco solicitado se apreció una imagen quística de aproximadamente 10 cm en el colon sigmoide (fig. 1). Se completó el estudio con una TC en la que se apreciaba dicha imagen quística adherida a la vejiga pero sin solución de continuidad con ésta, todo ello compatible con divertículo de colon sigmoide. Con dicha sospecha diagnóstica el paciente fue intervenido. A través de una incisión paramediana infraumbilical iz-