

Loinaz Seguro C, et al. Malrotación intestinal en adulto y apendicitis aguda. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007; 99:559-60.

9. Welte FJ, Grosso M. Left-sided appendicitis in a patient with congenital gastrointestinal malrotation: a case report. *J Med Case Reports.* 2007;1:92.

Antonio Jesús González Sánchez, Alberto Titos García*, Abelardo Martínez Ferriz, José Manuel Aranda Narváez y Julio Santoyo Santoyo

Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albertotitosg@hotmail.com (A. Titos García).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2010.12.019](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.12.019)

Aplicación de la microcirugía transanal endoscópica (TEM) para la extracción de un fecaloma impactado[☆]

Application of transanal endoscopic microsurgery (TEM) to remove an impacted faecaloma

Presentamos una aplicación poco habitual de la microcirugía endoscópica transanal (TEM): la extracción de un fecaloma calcificado impactado en unión recto-sigma imposible de extraer mediante las técnicas convencionales. Se trata de un varón de 78 años pluripatológico donde destaca enfermedad de Chagas con megacolon secundario. Presenta cuadros oclusivos parciales que motivan la realización de TAC de abdomen objetivando un fecaloma calcificado en la unión recto-sigma (fig. 1). Se le practica fibrocolonoscopia (FCS) donde se aprecia un fecaloma calcificado con morfología de cantos rodados. Se intenta en 3 ocasiones extracción mediante endoscopia y extracción manual que no es posible. Ante la imposibilidad de extracción conservadora antes de recurrir a la cirugía abdominal, se decide utilizar el aparataje propio de la TEM que permite su extracción (fig. 2).

La TEM se utiliza para el tratamiento local de tumoraciones rectales^{1,2}. Sus aplicaciones se pueden ampliar a otros campos para resolver problemas que antes requerían medidas más agresivas.

La presencia de cuerpos rectales es una entidad relativamente rara. La mayoría de ellos han sido introducidos a través del ano, la segunda causa más frecuente es la ingesta y por último la migración desde órganos vecinos³.

El manejo de los pacientes que presentan cuerpos extraños rectales es complejo⁴. Estos pacientes suelen esconder información y dan explicaciones inverosímiles.

Debido a la gran variabilidad de los cuerpos que se pueden encontrar en el recto no hay descrita una técnica diagnóstico-terapéutica que tenga grandes ventajas respecto a las demás.

[☆] El caso ha estado presentado en formato póster en el congreso catalán de cirugía el año 2007.

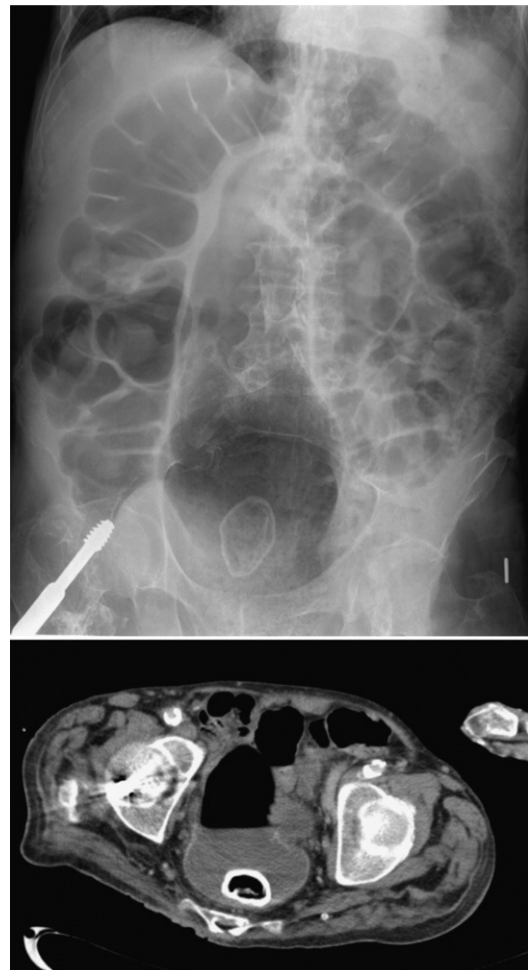


Fig. 1 – Radiología simple e imagen del TAC.

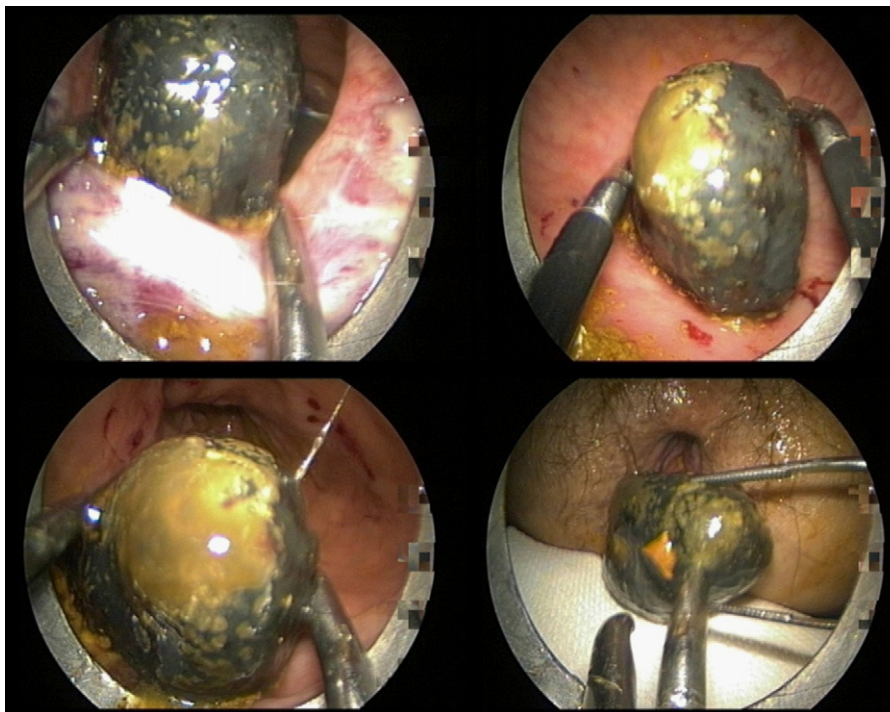


Fig. 2 – Secuencia de la extracción mediante TEM.

Dentro de las opciones terapéuticas existen maniobras conservadoras: extracción manual a través del ano o el uso de endoscopia. Las opciones más agresivas son recurriendo a técnicas quirúrgicas: extracción a través del ano con dilatación bajo anestesia general de forma digital o instrumentalizada, laparotomía y colotomías, colostomías ante perforaciones rectales intraperitoneales y revisiones perianales por posibles desgarros tras extracción manual.

La TEM ha permitido, en el caso que presentamos, evitar la cirugía abdominal compleja con posible práctica de una ostomía temporal o definitiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serra X, Bombardó J, Mora L, Alcántara M, Ayguavives I, Navarro S. Microcirugía endoscópica transanal (TEM). Situación actual y expectativas de futuro. *Cir Esp.* 2006;80:123-32.
2. Buess G, Hutterer F, Theiss J, Bobel M, Isselhard W, Pichlmaier H. A system for a transanal endoscopic rectum operation. *Chirurg.* 1984;55:677-80.

3. Lake J, Essani R, Petrone P, Kaiser A, Asensio J, Beart R. Management of foreign bodies in the rectum. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:1694-8.
4. Rodríguez-Hermosa JI, Codina A, Alayrach J. Foreign bodies in the rectum and sigmoid colon. *Cir Esp.* 2001;69:404-9.

Judit Hermoso Bosch*, Xavier Serra Aracil, Laura Mora López y Constanza Corredera Cantarín

Servicio de Cirugía, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jhermoso@tauli.cat

(J. Hermoso Bosch).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2011.01.020](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.01.020)

Ceguera transitoria postrasplante hepático

Transient blindness after liver transplant

La neurotoxicidad inducida por ciclosporina A (CsA) es una entidad bien conocida. Puede acontecer tanto en relación con la terapia inmunosupresora postrasplante (hepático, de médula

ósea, de páncreas-riñón, pulmonar o cardíaco), como en el tratamiento de enfermedades autoinmunes tales como el lupus eritematoso sistémico¹. Las manifestaciones clínicas asociadas