

Heniford en 1998, permite el tratamiento definitivo mediante una técnica mínimamente invasiva, con sus ventajas intrínsecas⁷⁻⁹, por lo que, desde nuestro punto de vista y a la luz del caso presentado, debería considerarse en la actualidad como el tratamiento de elección.

BIBLIOGRAFÍA

- Gustafsson L, Falk A, Lukes PJ, Gamklou R. Diagnosis and treatment of superior mesenteric artery syndrome. *Br J Surg*. 1984;71:499-501.
- Jo JB, Song KY, Park CH. Laparoscopic duodenojejunostomy for superior mesenteric artery syndrome: Report of a case. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2008;18:213-5.
- Fernández MT, López MJ, Bardasco ML, Álvarez P, Rivero MT, García G. Síndrome de Wilkie: a propósito de un caso. *Nutr Hosp*. 2011;26:646-9.
- Agrawal GA, Johnson PT, Fishman EK. Multidetector row CT of superior mesenteric artery syndrome. *J Clin Gastroenterol*. 2007;41:62-5.
- Makam R, Chamany T, Potluri VK, Varadaraju PJ, Murthy R. Laparoscopic management of superior mesenteric artery syndrome: A case report and review of literature. *J Minim Access Surg*. 2008;4:80-2.
- Pourhassan S, Grottemeyer D, Fürst G, Rudolph J, Sandmann W. Infrarenal transposition of the superior mesenteric artery: A new approach in the surgical therapy for Wilkie syndrome. *J Vasc Surg*. 2008;47:201-4.
- Sánchez Abuín J, Fernández Fernández JC, Rodríguez Sáenz de Buruaga V, Egaña Barrenechea JM. Tratamiento de la compresión vascular del duodeno mediante reimplante de la arteria mesentérica superior. *Cir Esp*. 2010;87:124-5.
- Gersin KS, Heniford BT. Laparoscopic duodenojejunostomy for treatment of superior mesenteric artery syndrome. *JLS*. 1998;2:281-4.
- Richardson WS, Surowiec WJ. Laparoscopic repair of superior mesenteric artery syndrome. *Am J Surg*. 2001;181:377-8.

Eider Etxebarria Beitia*, Ismael Díez del Val,
Carlos Loureiro González, Carmen González Serrano
y José Esteban Bilbao Axpe

Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Heineck_5@hotmail.com
eider.etxebarriabeitia@osakidetza.net (E. Etxebarria Beitia).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.06.020>

Ictericia obstructiva por adenocarcinoma mucinoso de apéndice en paciente con malrotación intestinal



Obstructive jaundice caused by a mucinous adenocarcinoma of the appendix in a patient with intestinal malrotation

El mucocoele apendicular es una enfermedad poco frecuente, cuya incidencia varía entre 0,2 y 0,4% de todas las apendicectomías¹⁻⁴. Generalmente es asintomática, y su hallazgo es incidental; cuando presenta síntomas los más frecuentes son dolor abdominal o masa palpable en FID.

Presentamos el caso de un paciente masculino, de 62 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial e hiperuricemia, que refiere cuadro clínico de 4 meses de evolución, caracterizado por llenura posprandial y epigastralgia, asociándose a pérdida de peso y tinte icterico en piel y mucosas una semana antes de su ingreso en el Servicio de Digestivo.

En la analítica cabe destacar bilirrubinemia de 6,6 mg/dl, a expensas de la bilirrubina directa (5,03 mg/dl) y resto de los parámetros (incluyendo CA 19-9 y CEA) dentro de rango de normalidad. En TAC toraco-abdomino-pélvica se evidencia lesión a nivel de segunda porción duodenal, de 4,9 × 4,1 cm compatible con proceso neoplásico, que produce dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática con moderada distensión gástrica, sin evidencia de metástasis hepáticas ni pulmonares.

En la endoscopia digestiva alta se observa lesión estenótica de aspecto maligno a nivel de segunda porción duodenal, sugestivo de origen extrínseco. Las biopsias no evidencian datos de malignidad.

El paciente es trasladado a nuestro servicio de Cirugía General para intervención quirúrgica programada, en la cual se observa tumoración retroperitoneal que infiltra duodeno y cabeza pancreática, originada a nivel del apéndice, situado en posición anómala debido a malrotación intestinal, generando retracción del ciego. Se toma muestra para biopsia intraoperatoria, reportando adenocarcinoma mucinoso, y se decide realizar duodenopancreatectomía total y hemicolectomía derecha (fig. 1).

El resultado anatomopatológico definitivo evidenció un adenocarcinoma de tipo coloide originado en apéndice ileocecal, asentado sobre un adenoma papilar, que infiltraba colon, pared duodenal, colédoco distal y cabeza de páncreas.

En el postoperatorio presentó absceso intraabdominal que se resolvió mediante punción percutánea y antibioticoterapia.

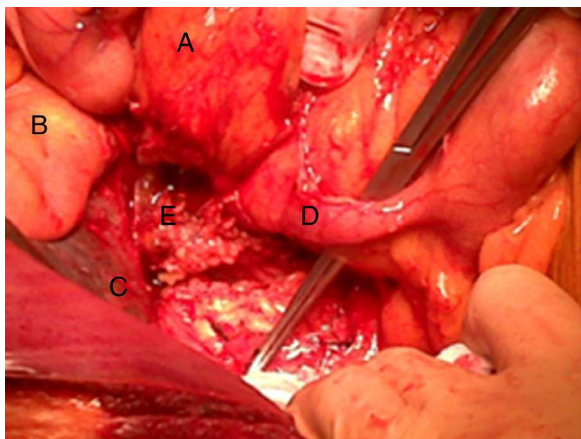


Figura 1 – Tumoración apendicular. La pinza señala el apéndice ileocecal. A) Duodeno. B) Vesícula biliar. C) Cara inferior hepática. D) Apéndice cecal. E) Tumoración originada en la punta del apéndice.

Posteriormente recibió tratamiento quimioterápico a cargo del Servicio de Oncología. Actualmente el paciente se encuentra sin evidencia de recidiva de enfermedad después de 20 meses de seguimiento.

La enfermedad tumoral del apéndice tiene baja incidencia. Uno de ellos es el mucocoele apendicular, en el cual se produce dilatación de la luz apendicular, por material mucinoso en su interior. Incluye varias entidades, unas benignas y, en otros casos, procesos malignos como es el cistoadenocarcinoma mucinoso.

La epidemiología es variable según la serie que se consulte, aunque la mayoría no encuentra diferencia entre ambos sexos. En lo que coinciden todas las series consultadas es en la edad de presentación, siendo más frecuente entre la quinta y sexta décadas de la vida¹⁻⁸.

La forma clínica de presentación más frecuente es un cuadro de dolor/molestias en fosa ilíaca derecha². También se han descrito síntomas y signos como pérdida de peso, dolor cólico intermitente, síntomas urinarios por compresión extrínseca ureteral, cambios en hábito intestinal, hemorragia digestiva baja e incluso metrorragia^{5,6}. Existen formas inusuales de presentación, pero no hemos encontrado ningún caso, en el que el motivo de ingreso fuese ictericia obstructiva y dolor epigástrico, ya que en nuestro paciente se asociaba a malrotación intestinal. Esta es una anomalía congénita de la rotación y fijación intestinal, que comprende una serie de anomalías posicionales del intestino, que ocurren entre la 5.^a y la 11.^a semanas gestacionales, resultando en una rotación intestinal inadecuada, incompleta o ausente. Su incidencia no ha logrado establecerse ya que algunas se diagnostican en la edad adulta de forma casual⁹. La mayoría, sin embargo, entre el 64 y el 80% de los casos, se diagnostica en el primer mes de vida, por vólvulos o bandas de Ladd.

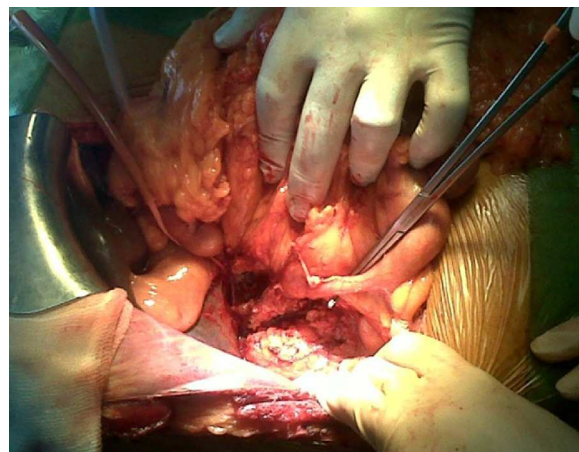


Figura 2 – Se muestra el apéndice en hipocondrio derecho.

La ausencia de la última fase en la rotación intestinal de nuestro paciente situó el apéndice a nivel de hipocondrio derecho, retroperitoneal, con un ciego y colon ascendente que ocupaban la región teórica del colon trasverso (fig. 2)¹⁰.

Esta ubicación anómala del apéndice, y su tumoración, es la que produce compresión/infiltración del colédoco, originando ictericia obstructiva e infiltración duodenal, produciendo estenosis a este nivel.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Utrillas AC, Muniesa JA, Val Gil JM, Cruces A, López P, González M, et al. Mucocoele apendicular. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008;100:739-40.
2. García A, Vázquez A, Castro C, Richart J, Gómez S, Martínez M. Mucocoele apendicular: presentación de 31 casos. *Cir Esp.* 2010;87:108-12.
3. Rodríguez A, Suárez G, Bonelli C, González A, Lorenzo J, Cuerpo M, et al. Masa quística retroperitoneal gigante: mucocoele apendicular. *Actas Urol Esp.* 2004;28:327-31.
4. Premoli G, Pierini L, Ramos R, Minatti W, Capellino L. El mucocoele apendicular. *Rev HPC.* 2003;6.
5. Avila P, Jensen C, Azolas R, Gallegos I, Mira M, Zamorano C, et al. Mucocoele apendicular: reporte de un caso clínico. *Cuad Cir (Valdivia).* 2004;18:43-7.
6. Hernández E, Reguero J, Aguilar J, Fragela A. Mucocoele del apéndice: formas de presentación. *AMC.* 2004;8. 1025-0255.
7. Soueï-Mhiri M. Mucocoele of the appendix: Retrospective study of 10 cases. *J Radiol.* 2001;82:463-8.
8. Stocchi L, Bruce G, Dirk R, Jeff R. Surgical treatment of appendiceal mucocoele. *Arch Surg.* 2003;138:585-90.

9. Pickhardt P, Bhalla S. Intestinal malrotation in adolescents and adults: Spectrum of clinical and imaging features. *AJR*. 2002;179:1429-35.
10. Martin V, Shaw-Smith C. Review of genetic factors in intestinal malrotation. *Pediatric Surgery Int*. 2010;26:769-81.

Rosa Álvarez Seoane^a, Alejandra García Novoa^{a,*}
y Manuel Gómez Gutiérrez^{a,b}

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, La Coruña, España

^bSección Hepatobiliopancreática, Servicio de Trasplante Hepático, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mag_1406@hotmail.com (A. García Novoa).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.07.013>

Terapia con presión negativa para el tratamiento de fístula linfática inguinal

Negative pressure therapy for the treatment of inguinal lymphatic fistula

Las complicaciones linfáticas tras la cirugía de la región inguinal se atribuyen a la lesión inadvertida de pequeños vasos linfáticos y, a pesar de los esfuerzos para prevenirlas, la incidencia de linforrea descrita en la actualidad tras estos procedimientos se encuentra en torno al 2%¹. Se han descrito varias opciones terapéuticas con grados variables de éxito, siendo escasa la experiencia de la terapia aspirativa en este campo.

Se presenta el caso de un varón de 75 años, diabético tipo II, dislipidémico y con hipertrofia benigna de próstata, que consultó por aumento del perímetro abdominal y síndrome poliadenopático. Se procedió a la exéresis bajo anestesia local de una adenopatía inguinal derecha de 4 cm de diámetro. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de linfoma B de célula grande difuso, rico en células T y se inició el tratamiento quimioterápico.

A los 7 días de la intervención, se objetivó en la herida quirúrgica una tumoración elástica, no pulsátil y sin signos inflamatorios, que ocasionaba dolor y discreto exudado seroso. Se drenó y se colocó una gasa en la herida que se insinuaba en un bolsa colectora adhesiva. A los 10 días se detectó un débito continuo de unos 300 ml diarios de líquido claro que nos hizo sospechar la presencia de una fístula linfática. Inicialmente se instauró un tratamiento conservador con vendaje compresivo y reposo pero, ante la persistencia del alto débito, transcurridos 40 días de la intervención quirúrgica, se decidió reintervenir al paciente. Durante esta operación no se evidenciaron fugas ni el supuesto conducto linfático lesionado y se procedió a cerrar con puntos transfixiantes totales la herida. A las 48 h de la reintervención, la herida volvió a aparecer tensa y con exudado claro, por lo que se decidió volver a abrirla e instaurar un sistema aspirativo con presión negativa, confeccionado con gasas, sonda de aspiración de 16 French y apósito adhesivo estéril como muestra la [figura 1](#). Se aplicó

una aspiración continua a -10 mmHg. Tras 6 días de tratamiento con una disminución paulatina del débito hasta el cese del mismo, se retiró el sistema de aspiración, estando la herida casi totalmente cerrada, con un buen tejido de granulación y sin exudar ([fig. 2](#)). En el seguimiento posterior al mes, la herida estaba totalmente cerrada y no presentaba complicaciones ([fig. 3](#)).

Varias opciones terapéuticas se han descrito para el tratamiento de la fístula linfática y el linfocele tras una cirugía a nivel inguinal, desde curas simples con cambios de apósito², elevación de miembros³, vendajes compresivos, drenaje, irradiación local³, ligadura quirúrgica del conducto linfático origen de la fuga⁴ hasta, en el caso de injertos infectados, retirada del mismo y cobertura con colgajos musculares⁵. Por lo general, las técnicas conservadoras son ineficaces para fugas de alto débito, ya que alargan la estancia hospitalaria, aumentan el riesgo de infección y tienen más



Figura 1 – Sistema de aspiración aplicado en la herida inguinal.