

completamente normal, con discreto engrosamiento de la fascia del músculo psoas bilateral. Se realizó una apendicectomía convencional y se planteó el diagnóstico de una posible miositis. Se inició tratamiento antibiótico intravenoso con imipenem y amikacina. Pese al tratamiento, la paciente se deterioró rápidamente presentando un cuadro de disfunción multiorgánica y shock séptico. En una nueva TC se evidenciaron múltiples abscesos en ambos músculos psoasilíacos, glúteos y musculatura vertebral posterior. Dada la extensión de los abscesos y su multilocularidad, se desestimó el drenaje percutáneo. Ante la situación de la paciente y el diagnóstico incierto, se indicó drenaje quirúrgico de las lesiones a través de abordaje abdominal. La nueva intervención confirmó los abscesos del psoas bilaterales sin patología abdominal que los justificase. El agente etiológico de los abscesos fue un *Estafilococo aureus* sensible a metilicina. La paciente ingresó en la Unidad de Medicina Intensiva añadiéndose vancomicina al tratamiento. Después de 45 días de ingreso, la paciente es dada de alta por mejoría clínica con resolución radiológica completa. En controles posteriores de Consultas Externas, la paciente se encuentra asintomática con resolución total del cuadro.

Discusión: El diagnóstico de la psoítis aguda supone un reto para el clínico por la inespecificidad de su sintomatología y su presentación anodina e insidiosa. Por lo tanto, y aunque su incidencia sea muy baja, se ha de tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con sintomatología inespecífica que oriente hacia un proceso infeccioso intraabdominal. La TC es la técnica de elección tanto para el diagnóstico como para el drenaje percutáneo del absceso, presentando buenos resultados, aunque en ocasiones se requiera la cirugía, como es nuestro caso.

P-415. PILEFLEBITIS POSTAPENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. López González, D. Martínez Cecilia, G. Krasniqi, M. García Ávila, C. Nieto Moral, M.N. Chinae Correa y S. Abad de Castro

Complejo Hospitalario, Toledo.

Objetivos: La pileflebitis es una complicación poco frecuente de la apendicitis aguda, que se describe principalmente en niños. Se define como una trombosis séptica de la vena porta y sus ramas como consecuencia de una infección no controlada en su área de drenaje.

Material y métodos: Se trata de una mujer de 42 años, de nacionalidad extranjera sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal en FID y fiebre. Es diagnosticada de apendicitis aguda y tras instaurar tratamiento antibiótico (con ertapenem) se realiza apendicectomía laparoscópica objetivándose apendicitis gangrenosa. La cirugía y el postoperatorio transcurren sin incidencias. La paciente acude el mismo día del alta al hospital por fiebre, siendo dada de alta tras ser valorada en el servicio de cirugía de urgencias. Acude de nuevo a los 8 días tras la cirugía con febrícula y dolor abdominal. En el TAC se objetiva trombosis portal y de la vena mesentérica superior sin colecciones residuales.

Resultados: La paciente ingresa en el hospital y se inicia tratamiento con antibioterapia y heparina de bajo peso molecular, con buena evolución por lo que es dada de alta, con cita en consultas para seguimiento y control con TAC.

Conclusiones: No existe evidencia de que el abordaje laparoscópico de la apendicitis aumente la incidencia de pileflebitis. El diagnóstico de sospecha precoz de estos casos y la rápida instauración de antibioterapia y anticoagulación es, dada la elevada mortalidad de estos pacientes sin tratamiento, de vital importancia para la supervivencia del paciente.

P-416. HIDATIDOSIS ESPLÉNICA: 5 CASOS DE ESTA RARA LOCALIZACIÓN

M. Prieto Calvo, T. Marquina, P. Mifsut, T. Moreno, A. Lamiquiz, J.M. García, P. Sendino, J. Ortiz de Urbina, I. Álvarez, J. Díaz Aguirregoitia y A. Colina

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Introducción: La hidatidosis se trata de una zoonosis causada por la larva del *Echinococcus* (*E. granulosus* o multilocularis). Su afección esplénica es una rara entidad, 0,5-6 % de las afecciones abdominales, siendo la tercera localización en frecuencia tras la hepática y pulmonar. Suele tratarse de un hallazgo casual siendo por ello de gran tamaño a su diagnóstico.

Material y métodos: Serie de casos clínicos retrospectiva de hidatidosis esplénica acontecidos en el hospital de Cruces (Vizcaya) de enero de 1985 a octubre de 2009. Los objetivos de nuestro estudio son conocer la casuística de dicha patología en nuestro centro, sus características demográficas así como su manejo diagnóstico-terapéutico.

Resultados: 5 pacientes fueron diagnosticados y tratados como hidatidosis esplénica en nuestro centro. La edad media fue de 49,6 años (31-79). El 60 % fueron hombres. En todos los casos salvo en uno, que se presentó como abdomen agudo y shock anafiláctico, se trató de un hallazgo casual. En uno de ellos su presentación fue una recidiva de quiste hidatídico hepático ya tratado. La serología fue positiva en un solo caso. La T.C. fue la prueba de elección en el 80 % de nuestra serie. En dos casos se dio una presentación sincrónica, hepática y mesentérica. La técnica de elección para tratamiento de la afección esplénica fue la esplenectomía con campos protectores de suero hipertónico en todos los casos. El 60 % presentó morbilidad. No se evidenció mortalidad perioperatoria. En un solo caso se apreció recidiva de la enfermedad, tras 7 años.

Conclusiones: Algunos autores preconizan el tratamiento quirúrgico conservador de la hidatidosis esplénica, sin embargo, la esplenectomía es en sujetos adultos la técnica de elección dada la adecuada tasas de curación y escasa mortalidad.

MISCELÁNEA

COMUNICACIONES ORALES

O-162. ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD GASTROINTESTINAL ASOCIADAS A LA ANOREXIA DEL ANCIANO

E. Mans Muntwyler, M. Serra Prat, E. Aguirre Recio, E. Palomera Fanegas y P. Clave Civit

Consorci Sanitari del Maresme.

Introducción: La anorexia del anciano es una frecuente causa de malnutrición preoperatoria que puede afectar al 15 % de ancianos de la población general y hasta el 65 % de los ingresados. El apetito está regulado por mecanismos neurohormonales –centrales y periféricos– y por factores relacionados con la motilidad gastrointestinal poco conocidos.

Objetivos: Evaluar las alteraciones postprandiales de la motilidad gástrica, vesicular e intestinal asociadas a la anorexia que presentan los ancianos.

Material y métodos: Hemos estudiado 3 grupos de individuos: a) ancianos > 70 años frágiles (grupo AF, N = 11, edad media $85 \pm 4,5$, cumplen criterios de fragilidad de Fried 2001); b) ancianos no frágiles (grupo ANF, N = 17, edad media $80 \pm 8,5$); y c) un grupo control de individuos jóvenes y sanos (grupo JS, N = 8, edad media 35 ± 10). Tras ayuno de 10 horas, a cada individuo se le ha administrado una comida líquida (200 ml, 400 kcal, que aportan 20,2 g de proteínas, 15,6 g de lípidos y 43,4 g de carbohidratos). Hemos evaluado la sensación de hambre mediante EVA, el vaciamiento vesicular mediante determinación de los cambios de volumen vesicular por ecografías seriadas (un individuo se considera contractor cuando presenta un vaciamiento vesicular > 50%), el vaciamiento gástrico mediante la prueba de absorción de paracetamol, y el tiempo de tránsito intestinal mediante la determinación de hidrógeno espirado por breath test. Todas las determinaciones se han realizado en los siguientes tiempos respecto a la comida de prueba: basal y a los 15, 30, 45, 60, 90, 120 y 240 minutos después de la ingesta.

Resultados: Los AF mostraron un apetito muy inferior a los ANF y a los JS, presentando una media en los valores de la EVA, en ayunas, de 1,8 vs 4,5 vs 6,6, respectivamente, con una $p = 0,008$. Los AF tienen valores de apetito significativamente inferiores a los ANF y a los JS durante todo el estudio (EVA máx - EVA mín: 1,0 vs 3,3 vs 5,0 respectivamente). Los ANF presentaron un enlentecimiento significativo ($p < 0,05$) en el vaciamiento gástrico respecto a los JS en los tiempos: T60, T120 y T240. En cambio, los AF presentaron un vaciamiento acelerado respecto a los JS, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en los tiempos T30, T120 y T240. No se observaron diferencias significativas en las curvas de vaciamiento vesicular entre los tres grupos de estudio (ni en el análisis global ni al estratificar entre contractores y no contractores). Tampoco se observaron diferencias significativas entre los tres grupos de estudio en el tránsito intestinal.

Conclusiones: Los pacientes ancianos frágiles presentan menos apetito en ayunas y a lo largo de las 4 horas postingesta que los ancianos no frágiles y los jóvenes sanos. Los ancianos frágiles presentan un incremento significativo en el vaciamiento gástrico postprandial respecto a los otros dos grupos de pacientes (ANF, JS), y en cambio no presentan diferencias en el vaciamiento vesicular o en el tránsito intestinal. Las alteraciones en la motilidad gástrica podrían participar en los mecanismos de anorexia de estos pacientes.

O-163. TUMORES RETROPERITONEALES. ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

N. Estellés Vidagany, R. Martínez García, B. Patiño Bernal, N. Peris Tomás, G. Garrigós Ortega, R. Trullenque Juan, J. López Santacruz y M. Martínez Abad

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción y objetivos: Los tumores retroperitoneales son neoplasias poco frecuentes. Constituyen un grupo muy heterogéneo de tumores cuyo único dato en común es la localización. Son localmente agresivos siendo la recidiva locoregional el factor pronóstico más importante. Nos planteamos como objetivos conocer la incidencia de estos tumores en nuestra área de salud, conocer el tipo histológico más frecuente y cuál es nuestra tasa de recidiva local y supervivencia media.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de una serie de pacientes diagnosticados de tumor retroperitoneal desde enero 1999 hasta diciembre 2009. Se trata de un total de 21 pacientes, 14 mujeres y 7 hombres. La edad media al diagnóstico fue 55 años (19-83). La principal causa de consulta fue el dolor y la presencia de masa abdominal. La prueba más utilizada para llegar al diagnóstico fue el TC.

Resultados: En 19 casos se practicó cirugía consiguiendo la exéresis completa de la tumoración en 16 pacientes en 9 de los cuales se asoció resección de órganos adyacentes. En 3 pacientes el tumor se consideró irresecable. Dos pacientes no fueron candidatos a cirugía por exitus por causa asociada a la enfermedad tumoral. Los tipos histológicos se presentan en la tabla. El análisis de anatomía patológica mostró bordes quirúrgicos libres (R0) en 11 pacientes y afectados (R1) en 5. Todos los pacientes con resección R1 recidivaron. De los catalogados como R0 y con estirpe sarcomatosa 3 presentaron recidiva de la enfermedad y 2 actualmente están libres de enfermedad. En uno de los casos se ha producido pérdida de seguimiento. El resto de resecciones R0 corresponden a tumores de estirpe no sarcomatosa. El tiempo medio de aparición de la recidiva fue para los liposarcomas bien diferenciados 62 meses, para los moderadamente diferenciados de 18 meses y para los mal diferenciados de 29 meses. El caso del sarcoma se encuentra en tratamiento con quimioterapia. Por último en el caso del leiomiomasarcoma el tiempo fue de 6 meses. La supervivencia media fue de aproximadamente 50 meses.

Tipo histológico	N.º casos
Liposarcoma	12
Bien diferenciado	5
Moderadamente diferenciado	2
Indiferenciado	4
No específica	1
Sarcoma	2
Leiomiomasarcoma	2
Neurofibrosarcoma	1
Linfangioma	1
Schwannoma	1
Angiomioliopoma	1
Paraganglioma	1

Conclusiones: Nuestra serie es retrospectiva y presenta diferentes subtipos de tumores retroperitoneales lo que constituye un importante sesgo a la hora de evaluar los resultados. El tipo histológico más frecuente es el liposarcoma, siendo los de mejor pronóstico los bien diferenciados. Al analizar las variables más importantes de supervivencia estas son la afectación de bordes y la recidiva tumoral.

O-164. FACTORES PRONÓSTICOS DE LA APENDICITIS AGUDA SEGÚN LA VÍA QUIRÚRGICA DE ABORDAJE (LAPAROSCÓPICA O ABIERTA)

M. Vives Espelta, A. Cabrera Vilanova, F. Sabench Pereferer, M. Hernández González, S. Blanco Blasco, A. Sánchez Marín, J. Sánchez Pérez, J. Domènech, L. Piñana Campón, J. Jara Lluçà y D. del Castillo Déjardin

Hospital Universitari Sant Joan, Universitat Rovira i Virgili, Reus.

Objetivos: La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo en los países industrializados. La progresiva implementación de la laparoscopia en el ámbito quirúrgico ha cuestionado qué técnica se debe escoger ante esta patología, estando el debate todavía abierto. El propósito del nuestro estudio es analizar globalmente las dos vías de abordaje quirúrgico comparando los aspectos clínicos, analíticos y quirúrgicos, y determinar si existen beneficios o inconvenientes en función del tipo de intervención llevada a cabo.

Material y métodos: Se han analizado los datos de 201 pacientes, seleccionados durante un período de 18 meses (junio 2007-diciembre 2008), intervenidos quirúrgicamente de urgencia en nuestro centro bajo sospecha de apendicitis aguda, prac-

tiéndose en 110 pacientes una apendicetomía por vía abierta y en 91 por vía laparoscópica.

Resultados: El número de complicaciones postoperatorias se distribuye por igual en los grupos cirugía abierta/cirugía laparoscópica. El diagnóstico intraoperatorio determina la aparición de complicaciones postoperatorias ($p < 0,001$). Ésas en las apendicitis más evolucionadas, perforadas con absceso periapendicular o peritonitis difusa, en donde se observa un mayor número de complicaciones postoperatorias. La aparición de complicaciones se relaciona positivamente con la edad, el peso, la estancia hospitalaria, el tiempo transcurrido desde el primer síntoma y el tiempo quirúrgico. La PCR se correlaciona positivamente con el estado evolutivo del cuadro diagnóstico.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica en la apendicitis aguda se presenta como una técnica igual de segura que la vía abierta incluso en las apendicitis evolucionadas y incluso en los pacientes de mayor edad que son los que presentan un mayor número de complicaciones.

O-165. FACTORES ASOCIADOS A INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS: UTILIDAD DE UN PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y AISLAMIENTO PRECOZ

I. Rubio Pérez, M. Pichiule Castañeda, D. Domingo García, E. Martín Pérez, M. Ruiz López, A. Valdivia Pérez, A. Figuerola Tejerina y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: La infección por *Staphylococcus aureus* Resistente a Meticilina (SARM) continúa siendo una causa importante de infección nosocomial. Los pacientes quirúrgicos presentan un riesgo aumentado de sufrir infecciones por estos microorganismos, debido a las comorbilidades de base a las que se suma la agresión quirúrgica. El objetivo de este trabajo es conocer los casos de infección por SARM en pacientes ingresados en Cirugía General en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, de los casos de infección por SARM en pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General de 2007 a 2009. Se revisaron los resultados microbiológicos, historias clínicas así como el sistema de información de los aislamientos hospitalarios, para obtener variables epidemiológicas, clínicas y microbiológicas asociadas a infección.

Resultados: En los 3 años de estudio identificamos 25 pacientes con cultivo positivo para SARM; (96% nosocomiales). La mediana de la edad fue de 72 años (RI de 67 a 81), siendo el 60% hombres, un 12% fallecieron durante el ingreso. El 60% de los SARM se aislaron en infecciones quirúrgicas (53% superficiales/profundas y 46% órgano/espacio), el 20% en infecciones de tracto respiratorio y el 12% en infecciones asociadas a catéter. Dentro de los antecedentes más importantes encontramos: neoplasias (68%), diabetes (40%), insuficiencia renal (20%), antibiótico previo (92%), ingreso previo (60%), estancia en Reanimación > 24h (84%), ventilación mecánica (48%) sonda urinaria (88%) y vía central (76%). Un 32% provenían de urgencias y se registraron un 24% de reintervenciones. Las medidas de aislamiento de contacto se instauraron en el 88% de los casos, en los otros la información microbiológica no llegó a tiempo para realizar el aislamiento. Un 59% de los pacientes aislados fueron portadores de SARM siendo el 31% ellos resistentes a mupirocina. La duración media de los aislamientos fue de 14 días (RI = 11 a 19). El 59% de los pacientes finalizó el aislamiento por alta médica y el 36,4% por negativización. Las cepas aisladas presentaron resistencias antibióticas completas a eritromicina y ciprofloxacino además de la cloxacilina. El 100% fueron sensibles a linezolid, vancomicina, teicoplanina, y tetraciclinas; además 66,6% fueron sensibles a clindamicina y 60% a gentamicina.

Conclusiones: La principal localización de SARM en los pacientes de Cirugía General fue en la infección de herida quirúrgica. Como factores asociados a infección por SARM destacaron: tratamiento antibiótico previo, ingreso previo y medidas invasivas (catéteres, sondas, ventilación). En los antibiogramas destacó un 100% de sensibilidad a vancomicina y linezolid, que continúan siendo de elección para el tratamiento. La existencia de un programa de aislamiento y seguimiento coordinado por el Servicio de Medicina Preventiva ha permitido un buen control de la infección nosocomial por SARM en los pacientes quirúrgicos, manteniendo una baja incidencia y sin aparición de brotes durante el periodo de estudio.

O-166. METÁSTASIS HEPÁTICAS METACRÓNICAS DE ORIGEN COLORRECTAL. ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS DE RECIDIVA Y SUPERVIVENCIA

J. Roldán de la Rúa, A. Padial Aguado, D. Ayllón Terán, P. López Cillero, J. Briceño Delgado, A. Luque Molina, M. Luna Herrerías, A. Valverde Martínez, J. Alonso Gómez, M.D.C. Pérez Manrique y S. Rufián Peña

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: Las metástasis hepáticas (MH) de cáncer colorrectal (MHCCR) se presentan entre un 40-50% de los pacientes con cáncer colorrectal (CCR). La resección hepática constituye la única opción terapéutica curativa con una supervivencia a los 5 años del 26-45%. Sin embargo, existen factores de mal pronóstico que llevan asociados una menor supervivencia y tasas de recidiva tumoral aumentadas. Evaluar los resultados en el tratamiento quirúrgico de las Metástasis hepáticas metacrónicas de cáncer colorrectal (MHM) del Hospital Reina Sofía, y llevar a cabo un análisis de factores pronósticos para recidiva hepática y supervivencia a 1 y 3 años.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 79 pacientes intervenidos de MHM de CCR en la Unidad de Hepatobiliar (2007-2009), analizando factores pronósticos de recidiva y supervivencia, preoperatorios (sexo, edad, ASA, origen tumoral, neoadyuvancia), intraoperatorios (número, localización y tamaño de las MH, tipo de hepatectomía, volumen tumoral y hepático resecado en cc, afectación de márgenes) y postoperatorios (complicaciones precoces y tardías, estancia hospitalaria), mediante el programa estadístico SPSS y un análisis de regresión lineal para variables predictoras de recidiva y supervivencia a 1 y 3 años.

Resultados: La edad media fue de 63,81 años (27-81), con un ASA II-III en el 85%. El 65% tenían antecedente de cáncer de colon y el 35% de cáncer de recto, recibiendo QT neoadyuvante el 52%. Se realizó una hepatectomía mayor (más de 3 segmentos) a 20 pacientes (25%). La media del número de metástasis es de 2,23 (1-8), con un tamaño medio de 36,88 mm (8-135 mm) y localización en más de 3 segmentos en 31 casos (40,1%). La media de volumen tumoral resecado es de 72,62 cc (0,26-873,44 cc) y de volumen hepático resecado 367,88 cc (4,18-1240,16 cc), un 20% del volumen hepático total. La media de estancia hospitalaria fue de 9,47 días (3-57), con 11,5% de complicaciones precoces tipo III-IV y un 11,4% de tardías tipo III-IV de Dindo-Clavien, con 13 éxitos en el seguimiento (16%). El 30% presentó recidiva tumoral a distintos niveles. La tasa de mortalidad al año fue 10% y a los 3 años 16,25%, y la de supervivencia libre de enfermedad a los 3 años: 63,75%. La tasa de recidiva a los 3 años: 30%. En cuanto al análisis de variables como factores de riesgo predictores de recidiva y mortalidad, sólo presentaron significación estadística, las complicaciones precoces o tardías grado III y IV de Clavien como factores pronósticos de riesgo para ambos casos ($p < 0,05$) y el tamaño tumoral mayor de 50 mm como factor pronóstico de riesgo de recidiva ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los resultados de supervivencia a 1 y 3 años y de recidiva tumoral de las MTHM de CCR en la Unidad de Hepatobiliar

de nuestro hospital se encuentran dentro de los parámetros descritos en la literatura, por lo que consideramos recomendado su manejo por unidades multidisciplinarias especializadas en esta patología. El tamaño tumoral mayor de 50 mm y las complicaciones postoperatorias grado III y IV de Clavien se presentan como factores de riesgo predictores de mortalidad y recidiva tumoral.

O-167. TUMORES RETROPERITONEALES PRIMITIVOS: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS

A. Boscà Robledo, E.M. Montalvá Orón, E.M. Rosell Vivanco, R. Navarro Milla, M. Caballero Soto y M. de Juan Burguenio

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: Los tumores primarios retroperitoneales (TRP) son entidades poco frecuentes, la mayoría de ellos malignos, localizados en el espacio retroperitoneal, que provienen de células y de tejidos no diferenciados en órganos. Nuestro objetivo es conocer la casuística de este tipo de neoplasias en un hospital terciario.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo observacional en el Hospital Universitario La Fe de València sobre TRP entre los años 1997 y 2009 que incluye 25 pacientes. Las variables analizadas fueron: la edad, el sexo, la clínica inicial, las exploraciones diagnósticas, el tipo de resección quirúrgica, los tratamientos adyuvantes, el análisis anatomopatológico, la supervivencia y la recidiva. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS® versión 15 para Windows. Las variables cuantitativas se analizaron con el test de Wilcoxon para tests no paramétricos y las cualitativas se analizaron con el test de Chi-cuadrado.

	Anatomía patológica	n (%)
Malignos	Liposarcoma	12 (48)
	Leiomiomasarcoma	4 (16)
	Fibrohistiocitoma maligno	2 (8)
	Teratocarcinoma	1 (4)
	Carcinoma embrionario	1 (4)
Benignos	Leiomioma	1 (4)
	Schwannoma benigno	1 (4)
	Neurofibroma	1 (4)
	Fibrohistiocitoma benigno	1 (4)
	Fibroma	1 (4)
		26 (100)

Resultados: Analizamos un total de 25 pacientes (14 varones y 11 mujeres), con una media de edad de 50,62 (19-77) años. Veinte pacientes presentaban tumoraciones malignas y 5 benignas, sin relación con el género ($p = 0,3$). La sintomatología inicial se distribuye de forma heterogénea, aunque predomina el dolor abdominal en 6 (24%) de los casos y el dolor lumbar en 6 (24%). La tomografía computarizada (TC) en los 25 pacientes fue diagnóstica en el 100% de los casos. El tratamiento inicial fue quirúrgico en todos los casos excepto en un neurofibroma que se biopsió. En la tabla se muestra la distribución de los TRP según su estirpe histológica. La vía de abordaje de elección fue la laparotomía media en 21 casos (84%), siendo la incisión pararrectal, la subcostal y la laparoscópica realizadas en los otros 3 casos (13%). En el caso de las 20 tumoraciones malignas, la resección fue completa en 11 pacientes (55%), parcial o con bordes de resección positivos para tumor en 6 (30%) y biopsia intraoperatoria por tumor irreseccable en 3 (15%). La tasa de supervivencia global de los tumores benignos ha sido del 100% sin recidivas. Las tumoraciones malignas presentan una tasa de supervivencia al año del 75%, siendo el tiempo medio de supervivencia de 5,75 años. Apareció

recidiva locorregional en 6 casos (54,5%) de los 11 que se sometieron a cirugía con resección completa, estando la media de tiempo de recidiva a los 25 meses de la cirugía.

Conclusiones: Aunque son tumores poco frecuentes, a pesar de la cirugía con bordes de resección libres de tumor, aparecen recidivas locorregionales a largo plazo, sobre todo en los liposarcomas.

O-168. RELACIÓN DE LA CIRUGÍA NO OBSTÉTRICA DE URGENCIAS Y PARTO PREMATURO

C. Derosas Arriagada¹, P. González Toro¹, H. Kosler¹, J. Gutiérrez Pinto² y M. Molina Ramírez¹

¹Universidad de Santiago de Chile, Chile. ²Hospital San José, Santiago de Chile.

Introducción: Idealmente la cirugía no obstétrica es evitada durante el embarazo debido a los potenciales riesgos para la madre y el hijo, pero algunos procedimientos quirúrgicos son necesarios. Por lo que el presente estudio propone mostrar los resultados perinatales asociados a la cirugía no obstétrica.

Pacientes y métodos: Estudio correlacional retrospectivo. Se revisaron los datos de pacientes embarazadas operadas por patología no obstétrica en el Hospital San José entre los años 2006-2008. Se buscaron los datos perinatales de los recién nacidos en el servicio de Neonatología de las pacientes operadas y se compararon con el total de recién nacidos en el mismo período. Para efecto correlacional se excluyeron los pacientes cuyos datos estaban incompletos y las variables fueron analizadas mediante χ^2 con un intervalo de confianza del 95%. Análisis estadístico se realizó en SPSS 13.0.

Resultados: Las cirugías no obstétricas durante el período estudiado correspondieron al 0,3% (67) de 23553 partos. De éstos, el 51% correspondieron a apendicetomías, 24% aneextomías, 21% a colecistectomías de las cuales el 42% fueron laparoscópicas, y el 4% (3) a colangiopancreatografías retrogradadas por coledocolitiasis. El 8,4% del total de pacientes presentó parto prematuro. Se analizaron 48 casos cuyos datos estaban completos, de estos el 14,6% (7) presentaron parto prematuro ($p = 0,126$). De todos los procedimientos el único que presentó asociación estadísticamente significativa con parto prematuro fue la colecistectomía ($p = 0,004$) presentando un riesgo relativo (OR) de 4,82 (IC95% 1,485-15,686) donde el riesgo de la colecistectomía laparoscópica es 7,23 (IC95% 1,208-43,318) ($p = 0,011$).

Conclusiones: Si bien la cirugía no obstétrica en general no presenta asociación con el parto prematuro, las pacientes a las que se les realiza colecistectomía laparoscópica presentan 7,23 veces más posibilidades que un embarazo normal de presentar parto prematuro por lo que el seguimiento obstétrico postoperatorio se hace imperativo.

O-169. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS SARCOMAS RETROPERITONEALES DE PARTES BLANDAS

L. Secanella Medayo, J. Fabregat, J. Busquets, R. Jorba, F.J. García Borobia, N. Peláez, J. Rodríguez, F. Estremiana, F.J. García del Muro y A. Rafecas

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Análisis de los resultados obtenidos en nuestro centro con el tratamiento quirúrgico de los pacientes afectados de sarcomas de partes blandas localizados en el retroperitoneo (SRPB).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro Servicio por SRPB entre enero de 1972 y diciembre de 2009. Se registraron diversas variables quirúrgicas, anatómo-pa-

tológicas, así como la evolución a largo plazo. Se realizó un estudio descriptivo y un análisis de supervivencia actuarial. Se analizaron los factores de riesgo de mortalidad y recidiva a largo plazo, mediante una regresión de Cox. Se dividieron los enfermos en dos grupos según lugar de la primera cirugía (Hospital de Bellvitge: G I, y otros centros: G II), comparando sus curvas de supervivencia actuarial y de recidiva de Kaplan-Meier con el análisis log-rank.

Resultados: Se intervinieron 84 pacientes (52,4% mujeres), con una edad media de 52 años (14–79). Los tumores más frecuentes fueron el liposarcoma (41,7%), el leiomioma (32%) y el histiocitoma fibroso maligno (6%). En 72 pacientes (85,7%) se practicó exéresis completa, requiriendo resección en bloque con otros órganos en el 76,40%, siendo el más frecuente el riñón (52,7%), mientras que en 3 casos (3,6%) se realizó exéresis parcial y en 9 (10,7%) únicamente se biopsió la lesión. 66 pacientes fueron intervenidos en nuestro centro como primera opción, mientras que 18 pacientes habían sido derivados a nuestro servicio tras la primera cirugía. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 33 pacientes (39,28%), con una mortalidad postoperatoria del 3,5%. El estudio finalizó en enero de 2010, con un seguimiento medio de 55 meses. Durante el seguimiento, 40 pacientes fallecieron, con una supervivencia actuarial media de 100 (± 10) meses. Demostramos que la radicalidad de la intervención, y determinados tipos histológicos ($p = 0,001$) comportan un pronóstico favorable. En concreto, la supervivencia actuarial media fue superior en los pacientes resecados de forma completa (112 meses) frente a los sometidos a resección parcial (70 meses) o biopsiados (10 meses), ($p < 0,001$); el leiomioma y el histiocitoma fibroso maligno presentan tasas de supervivencia actuarial media superiores ($p = 0,001$). El análisis de supervivencia libre de enfermedad demostró que 44 pacientes recidivaron durante el seguimiento, con un tiempo medio libre de enfermedad de 76 meses. Evidenciamos que los pacientes del GI ($p < 0,001$), y los tipos histológicos de leiomioma y schwannoma maligno ($p = 0,002$) son los factores asociados a una recidiva más tardía. Se reintervinieron 29 pacientes de recidiva tumoral, 11 se reintervinieron por segunda recidiva (15,27%), 8 por tercera (11%), 2 por cuarta, y 1 de ellos por quinta recidiva. No hubo diferencias entre las curvas de supervivencia entre dichos grupos de pacientes.

Conclusiones: La resección en bloque de la tumoración con márgenes libres, asociando si son necesarios los órganos adyacentes, es el mejor tratamiento para este tipo de tumores, consiguiendo supervivencias libres de enfermedad superiores a los 5 años. La realización de esta cirugía en centros de contrastada experiencia asocia supervivencias libres de enfermedad superiores. El rescate por recidiva local consigue supervivencias aceptables.

O-170. EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE LA INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS ESPECÍFICAS DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO URGENTE DE LAS HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL

M.A. Martínez-Serrano¹, J.A. Pereira Rodríguez¹, E. Bombay Giménez², J.M. Hidalgo Rosas³, C. Ribera Serra⁴, M. Casal⁵, D. Güell Puigercós⁶, M. López Cano⁷, F. Martínez Ródenas⁸ y S. Ros López⁹

¹Hospital Universitari del Mar, Barcelona. ²Hospital de Mataró, Barcelona. ³Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. ⁴Hospital Sant Joan de Déu, Martorell. ⁵Hospital General de Granollers, Barcelona. ⁶Consorci Sanitari (Hospital de Terrassa), Barcelona. ⁷Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ⁸Hospital Municipal, Badalona. ⁹Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: La cirugía urgente por complicación aguda de hernia de la pared abdominal presenta tasas de morbilidad y mortalidad elevadas. El objetivo del presente estudio es evaluar

de forma prospectiva los resultados obtenidos tras la aplicación de directrices para el tratamiento de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes ($n = 244$) que fueron intervenidos de forma urgente durante un año (noviembre de 2007 a noviembre de 2008) en diez hospitales. Se aplicaron directrices de asistencia y tratamiento sobre áreas concretas de mejora, encaminadas a disminuir la morbilidad y mortalidad detectadas en un análisis retrospectivo previo de 402 pacientes. Los resultados entre las series prospectiva y retrospectiva fueron sometidos a análisis estadístico.

Resultados: La comparación estadística entre las series prospectiva y retrospectiva no demostró diferencias significativas en los diversos parámetros estudiados: Mortalidad (4,5% vs 4,1%; NS); mortalidad tras resección intestinal (16,3% vs 14%; NS). La mortalidad global, tasa de complicaciones (32,3% vs 34,4%; NS), complicaciones respiratorias (9,7% vs 7,9%; NS), infección de herida (10,5% vs 8,2%; NS) y prevalencia de resección intestinal (12,2% vs 11,5%; NS). Los pacientes con hernias crurales se comportaron como grupo en esta serie, mostrando características específicas y diferenciales con respecto a los pacientes que presentaban otros tipos herniarios. Asociándose de forma significativa al sexo femenino, superior edad, falta de conocimiento previo de hernia, menor porcentaje de pacientes evaluados por su médico y/o pendientes de programación quirúrgica y mortalidad. A la vista de este hecho se compararon los resultados de ambas series excluyendo el grupo de hernias crurales constatándose una disminución estadísticamente significativa de la mortalidad en la fase prospectiva dentro del grupo sin resección intestinal (2,9% vs 0,6%, $p = 0,05$) y de las complicaciones más severas (tipo III y IV) (21,2% vs 10,3%, $p = 0,04$).

Conclusiones: La aplicación de medidas de mejora específicas en los procesos asistenciales de urgencias, no afecta al grupo de pacientes con hernia crural, que presentan peor pronóstico que el resto de pacientes. Sólo se mejoran los resultados de morbi-mortalidad si excluimos este tipo herniario. Para evitar muertes tras cirugía urgente por hernia de la pared abdominal, la mejor medida preventiva es detectar las hernias de forma precoz e intervenir de forma prioritaria las hernias crurales y las que afectan a pacientes en los grupos de riesgo elevado para presentar complicaciones y mortalidad postoperatoria.

PÓSTERS

P-142. CUERPO EXTRAÑO INTRAABDOMINAL

J. Espinosa Soria, P. Melgar, E. Ruiz de la Cuesta, J.A. Bravo, M. Romero y F. Lluís

Hospital General Universitario, Alicante.

Objetivos: Los cuerpos extraños que pueden quedar de forma voluntaria o involuntaria tras una intervención quirúrgica constituyen un problema poco analizado en la literatura médica. Su presencia genera dilemas diagnósticos, pudiendo causar daños al paciente y entrañar consecuencias profesionales y médico-legales.

Material y métodos: Mujer de 62 años que acude a urgencias por dolor en fosa ilíaca izquierda (FII) y fiebre de 2 semanas de evolución. Antecedentes: únicamente destaca una ligadura de trompas hace más de 20 años. Exploración: dolor a la palpación con defensa en FII. Analítica: leucocitosis de 14.600 con neutrofilia y PCR de 9. Radiografía simple de abdomen: Imagen lineal

de densidad metálica en FII. TC abdominal: Se objetiva en FII, área ovalada de 5,5 cm con cambios inflamatorios en la grasa local con imagen de alta densidad de 3 cm de longitud por delante del colon y adyacente a pared abdominal. Intervención: Ante estos hallazgos se decide realizar una laparoscopia exploradora, encontrando plastrón inflamatorio de epiplón adherido a pared abdominal en cuyo interior se aprecia objeto metálico de 3 cm, procediendo a su extracción y lavado de cavidad. Evolución: favorable, siendo alta hospitalaria a las 48 horas. El cuerpo extraño se identificó como "clip quirúrgico" probablemente de la antigua intervención de ligadura tubárica.

Resultados: El hallazgo de un cuerpo extraño abdominal en la cirugía de urgencia tiene una incidencia entre 0,3 y 1 por cada 1.000 intervenciones abdominales. Cuando quedan cuerpos extraños en la cavidad abdominal, el organismo trata de eliminarlos o hacerlos inocuos de dos formas: a) provocando una reacción general con el cuadro clínico de una infección abdominal, la cual puede presentarse con síntomas desde las primeras horas hasta unos 6 meses después de la intervención o b) produciendo una reacción local frente a estos cuerpos extraños, conocida como inflamación encapsulante. En este caso el cuerpo extraño puede permanecer durante mucho tiempo asintomático, como sucedió en nuestra paciente. Los clips quirúrgicos dejados de forma voluntaria durante la cirugía, tradicionalmente se les ha considerado como inertes. Sin embargo, ya se han descrito complicaciones relacionadas con el abandono de clips y litiasis postcolecistectomía (1), hemorragias digestivas altas por una úlcera duodenal (2) y estenosis de colédoco (3) causadas por clips migrados tras colecistectomía laparoscópica. Si analizamos otras cirugías, podemos destacar un caso de migración de un clip al tracto urinario (4), y el hallazgo de un DIU en cavidad abdominal a los tres años de su colocación (5). Más parecido a nuestra paciente es el caso (6), en el que un clip de Filshie utilizado para esterilización tubárica por vía laparoscópica originó un absceso perianal tardío a consecuencia de su migración hacia el espacio isquio-rectal. Sólo existe un estudio prospectivo (7) sobre 150 pacientes, con seguimiento estrecho durante los primeros 2 años y después bianual mediante radiografías seriadas, que al analizar los factores predisponentes a la migración de clips quirúrgicos, destaca la presencia de un muñón corto del conducto cístico, la colocación incorrecta de clips y las complicaciones locales.

Conclusiones: 1. Los clips quirúrgicos no son tan inocuos como pensamos. 2. En la medida de lo posible, debemos limitar al máximo su uso en la cavidad abdominal, ya que aunque se trata de un elemento quirúrgico de gran ayuda para el cirujano, no por ello pierde su naturaleza de cuerpo extraño.

P-143. PERFUSIÓN AISLADA DE LA EXTREMIDAD (PAE) EN EL MELANOMA: LAS MODIFICACIONES EN LA CIRUGÍA REDUCEN LAS COMPLICACIONES

A.R. Rull Ortuño, C. Barriuso, I. Rovira, S. Vidal-Sicart, V. Molina, S. Puig, J. Sentís, J. Malvehy y J.C. García-Valdecasas

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: La PAE es un procedimiento quirúrgico que fue realizado por primera vez en el tratamiento de los sarcomas de partes blandas y metástasis de melanomas en las extremidades. Esta técnica quirúrgica incluye el aislamiento de la extremidad por medio de un circuito de circulación extracorpórea (CEC). Algunas modificaciones en la realización de la cirugía de la PAE por parte de nuestro equipo de cirujanos han significado una reducción en las complicaciones de este tratamiento. En este estudio se explican los resultados de nuestra

serie de pacientes, según el protocolo clínico establecido tratado con PAE.

Material y métodos: Entre mayo 1999 y diciembre 2008, 44 pacientes (16H/28M; edad media 59 años (15 a 81 años) con metástasis cutáneas de melanoma fueron tratados con PAE, 21p. con melfalán + INF γ (G1) y 23 p. con melfalán + TNF α (G2). La disección de la arteria y vena femoral fue hecha en 42 pacientes y la disección de vasos ilíacos en dos casos. Se realizó la ligadura de los vasos colaterales, la incisión transversa en los mismos y la introducción de los catéteres de 12-16 French en función del diámetro de los vasos. La PAE fue iniciada tras fijar los catéteres en los principales vasos, clampar los mismos proximalmente y conectarlos a un sistema de circulación extracorpórea (CEC). La extremidad fue aislada por medio de un torniquete fijado a unas barras laterales metálicas, ello evita la morbilidad de fijar un torniquete a un pin metálico clavado en la cresta iliaca. El tiempo medio de cirugía fue de 220 ± 45 min, tiempo de perfusión de las drogas fue de 60 minutos, temperatura media fue de $39,7 \pm 0,8^\circ\text{C}$ y el tiempo medio de CEC fue de $114,25 \pm 23$ min. Al finalizar la CEC la extremidad fue lavada con 3 L de Plasmalite® y 2L de solución salina. Se suturaron las dos incisiones horizontales (arteria y vena) con Prolene® 6/0.

Resultados: Se observó un caso de trombosis de la arteria femoral que requirió reintervención quirúrgica, un caso de trombosis de la vena femoral que se solucionó con heparina. Toxicidad sistémica debida a la administración de los fármacos durante la perfusión fue observada en 7p. (15,9%). Toxicidad local fue de acuerdo con la clasificación de Wieberdink, grado I, II, III en 28 p (63,6%), 15 p. (34,1%) y uno (2,3%) respectivamente.

Conclusiones: La PAE es un procedimiento quirúrgico complejo con eficacia en la paliación del melanoma. Las complicaciones se han reducido por la colaboración de diferentes equipos. La introducción de la reconstrucción de la incisión horizontal de los vasos en lugar de la incisión vertical que utilizan otros equipos reduce las complicaciones después de la PAE. El aislamiento de la extremidad por medio de un torniquete elástico fijado a unas barras metálicas laterales no incrementa la toxicidad sistémica.

P-144. CARCINOMATOSIS PERITONEAL POR CARCINOMA HEPATOIDE DE OVARIO TRATADA CON PROCEDIMIENTOS DE PERITONECTOMÍA Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTROPERATORIA HIPERTÉRMICA (HIPEC)

P. Cascales, J. Gil, P. Galindo, E. Gil, I. Martínez Frutos, P. Ramírez, A. García, P. Pelegrín, G. Rocío y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La diferenciación hepatoide se ha descrito en tumores de diversos orígenes, como en el cáncer de estómago, de páncreas, pulmón y también en el ovario, caracterizándose por presentar al microscopio una histología que asemeja al hepatocarcinoma. El carcinoma hepatoide de ovario (CHO) es un tipo de carcinoma de ovario con características fenotípicas microscópicas similares al hepatocarcinoma. Descrito inicialmente en 1987 por Ishikura et al. La aplicación en carcinoma de ovario avanzado de procedimientos de peritonectomía con administración de quimioterapia intraperitoneal caliente (HIPEC) ha mejorado los resultados en el carcinoma de ovario con carcinomatosis peritoneal. Presentamos el primer caso de CHO tratado con procedimientos de peritonectomía y HIPEC.

Caso clínico: Mujer de 57 años que consulta por cuadro de molestias abdominales, distensión abdominal, náuseas, vómitos y pérdida de peso. A la exploración física destaca la presencia de

una masa palpable en hipogastrio, y ascitis. Una analítica demostró la presencia de un Ca. 125 de 1247 U/l. Un TAC abdominopélvico demostró la presencia de masa de probable origen aneal derecho, ascitis y engrosamiento omental, sugerente de neoplasia de ovario con carcinomatosis peritoneal (figura). La gastroscopia y colonoscopia fueron normales. Con la sospecha de carcinoma avanzado de ovario se intervino quirúrgicamente mediante laparotomía xifopúbica, hallando una gran masa pélvica de unos 12 x 12 x 12 cm que infiltraba útero, trompa ipsilateral y peritoneo prevesical, así como implantes en el fondo de saco de Douglas, con afectación metastásica del epilón mayor, implantes en diafragma derecho y ascitis en gran cuantía (4-5 litros). Se cuantificó el índice de carcinomatosis peritoneal (PCI), según el esquema de Sugarbaker con un resultado de 9. Se practicó una pelvipertonectomía completa que incluía una histerectomía con doble anexectomía, resección del fondo de saco de Douglas, conservando el rectosigma, omentectomía completa, peritonectomía diafragmática derecha y apendicectomía. Tras la citorreducción, que es considerada como óptima Cc-0, se administró quimioterapia intraperitoneal caliente a 42 °C durante 60 minutos usando paclitaxel como citostático con dosis de 60 mg/m² de superficie corporal. La paciente fue dada de alta en el 7.º día postoperatorio sin complicaciones derivadas del procedimiento. El resultado anatomopatológico informó de la presencia de un carcinoma hepatoide de ovario con proliferación intersticial reactiva en las muestras recibidas con la presencia de adenopatías positivas para infiltración tumoral en el epilón mayor e imágenes de invasión vascular en el epilón mayor y vasos uterinos. La paciente falleció 14 meses más tarde libre de enfermedad peritoneal, por metástasis pulmonares y cerebrales.

Discusión: La experiencia en literatura en relación al CHO es escasa (menos de 20 casos descritos). No hemos encontrado en la literatura experiencia en el tratamiento del CHO con este procedimiento. El uso de HIPEC histologías poco frecuentes como en este caso está avalado por la tendencia a la diseminación intraperitoneal objetivada al diagnóstico o seguimiento en los casos publicados hasta hoy en la literatura.

P-145. ABDOMEN AGUDO EN PACIENTES TRATADOS CON TAXANOS

J. Trebol López¹, M. Duarte Llanos², L. Salvatierra Arrieta¹, J.M. Gil López³ y L. García-Sancho Martín⁴

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Hospital San Jaime, Torrevieja. ³Hospital Infanta Sofía, Madrid. ⁴Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Objetivos: El abdomen agudo en los pacientes sometidos a quimioterapia requiere un rápido diagnóstico diferencial para iniciar el tratamiento adecuado pues puede ser manifestación de enfermedades con gran morbimortalidad. Entre éstas se encuentran la colitis (típica de los tratamientos con taxanos [doctaxel y paclitaxel]) y la tilitis. Se presenta un caso clínico de una rara pero potencialmente letal complicación de algunos tratamientos quimioterápicos y se revisa la literatura publicada.

Material y métodos: Mujer de 55 años con nódulo mamario derecho asociado a adenopatías axilares y supraclaviculares con PAAF de carcinoma y tumorectomía con histopatología de carcinoma dultal infiltrante. A la semana de iniciar el primer ciclo de neoadyuvancia con ciclofosfamida, doctaxel y epirrubicina acude a urgencias por dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, diarrea y fiebre; analítica con neutropenia. Ingresa para tratamiento conservador y observación presentando a las 24 horas inestabilidad hemodinámica, dolor abdominal con signos de irritación peritoneal y empeoramiento analítico. Se realiza una

TAC informada como colitis con perforación y neumatosis portal asociada.

Resultados: Es intervenida de urgencia encontrándose necrosis con neumatosis del colon derecho y afectación por contigüidad del mesosalpinx derecho. Se realiza hemicolectomía derecha con anastomosis y salpingooforectomía derecha. Ingresa en Reanimación con soporte inotrópico y antibioticoterapia intensiva intravenosa. Evolución tórpida necesitando 3 intervenciones quirúrgicas (por fascitis necrosante de pared abdominal, celulitis con necrosis de pared abdominal y colecistitis gangrenosa con coleperitoneo), varias pautas complejas de antibioticoterapia y depuración extrarrenal. La anatomía patológica objetivó colon derecho con necrosis transmural y neumatosis de pared y de vasos sanguíneos junto con quistes gaseosos con gérmenes PAS+ en la pared cólica (compatible con sobreinfección anaeróbica). Microbiología del líquido libre: cultivo puro para *Clostridium septicum*. El ingreso se prolongó dos meses iniciándose tratamiento con inhibidores de aromatasas; alta con dehiscencia cutánea que precisó reparación plástica a los 4 meses; posteriormente se reinicia quimioterapia (epirrubicina y taxol) con buena respuesta que ha permitido planificar cirugía mamaria y axilar. Casi tres años después presenta una buena situación clínica; prosigue tratamiento quimioterápico y presenta actualmente recaídas ganglionares cervicales y retroperitoneales.

Discusión y conclusiones: El abdomen agudo en los pacientes sometidos a quimioterapia requiere un rápido diagnóstico diferencial para iniciar el tratamiento adecuado. La enterocolitis neutropénica aguda es una rara pero grave complicación asociada al tratamiento con taxanos. Se manifiesta en torno a la semana del inicio del tratamiento y se caracteriza por dolor abdominal, diarrea, náuseas y vómitos, neutropenia y fiebre. Su evolución puede ser rápida y letal por lo que requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento intensivo. En nuestro caso la paciente presentó la clínica típica y evolucionó rápidamente por sobreinfección clostridial a la necrosis transmural y perforación del colon. El seguimiento exhaustivo y el tratamiento intensivo (con varias reintervenciones) lograron salvar su vida. Los pacientes en tratamiento con taxanos requieren un seguimiento clínico estrecho para poder identificar precozmente complicaciones potencialmente graves que pueden requerir tratamiento intensivo precoz como la enterocolitis neutropénica.

P-146. NEOFORMACIONES DE GIST INTESTINALES: NUESTROS RESULTADOS

J. Ghanimé, G. Romay, M. Tasende, T. Civeira, L. Fernández, C. Varela, I. Vázquez y J. Machuca

Complejo Hospitalario Universitario (CHUAC), A Coruña.

Introducción y objetivos: Los tumores del estroma gastrointestinal o GIST fueron diagnosticados y clasificados antiguamente como neoformaciones de origen muscular como los leiomiomas o leiomiomasarcomas, debido a su similitud histológica. En 1983 Mazur y Clark introducen el término Tumores de Estroma Gástrico, pero fue Kindblom en 1998, quien apunta hacia su origen en las Células Intersticiales de Cajal, ubicadas en los plexos mientéricos de la pared gastrointestinal, y que intervienen en la motilidad digestiva. Se caracterizan por la expresión de un receptor de membrana mutante con actividad tirosina quinasa (c-kit) anormal, que origina una proliferación celular no regulada. Se estima que inciden en el 1% de los tumores gastrointestinales y al 25-35% de todos los sarcomas de partes blandas. Su incidencia es de 4-10 casos/millón. En relación con la edad, una mediana 55-65 años. Aproximadamente el 95% de los GIST son

c-kit positivos, mientras que 60-70% son positivos para CD34; 30-40% son positivos para actina, 5% para proteína S-100, y 1-2% son positivos para desmina o queratina. Los GIST exhiben 3 patrones histológico fundamentales: fusiforme (70%), epitelioide (20%) y mixto (10%). Nuestro objetivo es realizar una evaluación y análisis retrospectivo de nuestros resultados en el diagnóstico y tratamiento de los GIST intestinales entre 2007 y 2010.

Material y métodos: Es una revisión retrospectiva de 12 casos de GIST de localización intestinal, diagnosticados y tratados entre los años 2007 y 2010 en el CHU La Coruña. El seguimiento fue de 14 meses con un rango 6-34. La localización intestinal representa el 26,3% (10/38 casos) de los GIST digestivos. En relación al sexo la incidencia es similar: varón 6, y mujer 7. La clínica: dolor abdominal: 4, masa abdominal: 3, cambios hábito intestinal: 6, rectorragias: 2, anemia: 5, pérdida de peso: 3, obstrucción intestinal: 3. La edad mediana es de 68 años, con rango 63-86 años. La localización anatómica: Yeyuno 5 casos, íleon 2, colon 2, y recto 3. Todos fueron intervenidos quirúrgicamente. Tipo cirugía: resección intestinal: 7, hemicolectomía derecha: 2 casos. Amputación abdomino perineal: 1 caso, resección transanal: 3. Los grados histopatológicos: bajo grado: 3, intermedio: 4, y alto: 5. En lo referente a la recurrencia tumoral, se constataron 3 casos; 2 de yeyuno, 2 de recto. Los tres fueron reintervenidos. A los pacientes con grados intermedio y alto fueron sometidos a tratamiento con mesilato de imatinib.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico: R0, es fundamental para obtener menor índice de recurrencias y mayor supervivencia. El estudio histopatológico posquirúrgico es de capital importancia, particularmente la determinación de los grados de malignidad, aras a trazar los tratamientos adyuvantes. El tratamiento adyuvante con imatinib, lo recomendamos para los casos de alto grado de malignidad. Las exéresis locales transanales de los GIST rectales han aportado un alto porcentaje de recidivas y reintervenciones, por lo que, recomendamos exéresis de mayor radicalidad para esta localización, y tratamiento adyuvante con imatinib para los grados de malignidad intermedios y altos... Después del tratamiento quirúrgico de las recidivas recomendamos tratamiento adyuvante con mesilato de imatinib.

P-147. QUISTES ESPLÉNICOS

I. García-Sanz, A. Rodríguez Sánchez, M. Posada González, J. Gómez Ramírez, E. Bermejo Marcos, M.D.M. Naranjo Lozano, J.L. Martín Álvarez, L. Sánchez Urdazpal, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: Los quistes esplénicos son lesiones infrecuentes de comportamiento generalmente benigno cuya incidencia ha aumentado debido al amplio uso de las técnicas de imagen y al tratamiento conservador en los traumatismos esplénicos. La mayoría son asintomáticos aunque pueden causar clínica por compresión o por complicaciones (rotura con peritonitis o hemoperitoneo, infección, hemorragia, hipersplenismo o hipertensión portal). Se clasifican en: quistes parasitarios (los más frecuentes en el área mediterránea, principalmente hidatídicos), quistes no parasitarios: verdaderos o primarios: epidermoide (90%), epitelio dermoide o neoplásico (linfangiomas o hemangiomas) (10%) y falsos o secundarios o pseudoquistes: traumatismos o microinfartos. El diagnóstico se realiza con ECO o TC y frecuentemente es un hallazgo casual. Se debe determinar serología hidatídica y marcadores tumorales de forma preoperatoria. Deben evitarse punciones y drenajes percutáneos debido a su alta tasa de recidiva. La cirugía es la única opción terapéutica. Aquellos sintomáticos o mayores de cinco

centímetros han de ser intervenidos debido al riesgo de complicaciones. En aquellos menores de cinco cm. no parasitarios realizaremos seguimiento ecográfico. El seguimiento p.o. debe realizarse con ECO. Presentamos dos casos intervenidos recientemente en nuestro hospital en los que se realizó esplenectomía parcial.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 36 años sin antecedentes personales de interés derivado desde otro centro con el diagnóstico de hidatidosis hepatoesplénica (ECO y TC) para su tratamiento quirúrgico. Serología hidatidosis 1/25.600. Intervención: LMSIU. Quistoperiquistectomía de los quistes hepáticos (segmentos III y V) y esplenectomía parcial polar superior. P.O.: sin incidencias. Alta al 7.º día. El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico. Caso 2: mujer de 18 años acude al Sº de Urgencias por cuadro de infección de vías respiratorias superiores. Se objetiva masa abdominal y deformidad de parrilla costal izquierda. Reinterrogada refiere masa abdominal desde hace 1.5 años. ECO/TC: lesión quística esplénica de 15 cm. Marcadores tumorales dentro de límites de la normalidad. Intervención: Incisión subcostal izquierda. Esplenectomía parcial polar inferior. Análisis de líquido intraquístico: citología: negativa; cultivo: estéril; marcadores tumorales CEA 1,52 ng/ml (0-3), CA 19.9 30.074 U/ml (0-37), CA 72.4 1,57 U/ml (0-4). Estudio anatomopatológico: Quiste epitelial simple esplénico. P.O.: satisfactorio. Alta al 5.º día. Aportamos pruebas complementarias preoperatorias así como fotos intraoperatorias.

Conclusiones: El tipo de cirugía dependerá del tamaño, número, localización y relación de las lesiones con el pedículo vascular. Si se trata de lesiones únicas superficiales se puede realizar un simple destechamiento del quiste. En lesiones polares profundas es preciso como mínimo una esplenectomía parcial y en aquellas lesiones múltiples o que afectan al hilio esplénico precisarán esplenectomía. La técnica y el abordaje han de ser lo más conservadores posibles dando prioridad a la preservación esplénica. En toda cirugía debemos realizar punción del quiste y toma de muestras para cultivo, citología y marcadores tumorales así como biopsia de la pared.

P-148. QUISTE DE DUPLICACIÓN VESICAL: UN CASO ÚNICO

J. González Taranco, M.J. Peña Soria, A. Arbo Escolar, R. Anula Fernández, I. Sánchez Egido y J. Álvarez Fernández-Represa

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Los quistes de duplicación son una malformación congénita que habitualmente se diagnostican en la infancia. Su incidencia es muy baja, siendo los más frecuentes aquellos de origen intestinal.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de una paciente intervenida en el servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo I del Hospital Clínico San Carlos en el año 2010. Se expone el tratamiento quirúrgico y la evolución postoperatoria.

Resultados: Paciente mujer de 30 años sin antecedentes de interés que consulta por una tumoración glútea izquierda de aproximadamente dos meses de evolución, con posterior aparición de una tumoración en hipogastrio. Refiere sensación de pesadez abdominal y dolor en miembro inferior izquierdo. No se acompaña de fiebre ni de síndrome constitucional. Se realiza exploración del nervio ciático, que no presenta alteraciones. Se realizó ecografía abdominopélvica y resonancia magnética, observándose una gran masa quística que se extiende desde el piso abdominal inferior hacia la pelvis y que avanza hacia el miembro inferior izquierdo a través de la escotadura ciática. Se encuentra en íntimo contacto con la vejiga, sin aparente comunicación con la misma. Se decide tratamiento quirúrgico con doble abordaje,

abdominal y glúteo, realizándose extirpación de la lesión, que es extraperitoneal y que se encuentra íntimamente adherida a la vejiga. La anatomía patológica de la pieza fue informada como quiste de duplicación vesical.

Conclusiones: Los quistes de duplicación vesical son una rarísima patología con una frecuencia mínima. No hemos encontrado ningún caso similar al realizar una revisión de la literatura.

P-149. AUDITORÍA DE UNA VÍA CLÍNICA APLICADA EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL

R. Saborit Montalt, M. García Botella, J. García del Caño, C. Muñoz Alonso, V. Roselló Bono, V. Viciano Pascual, J. Aguiló Lucia, J. Medrano González, M. Jordá Ricart, L. Minguet Mocholí y J. Torró Richart

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Introducción: Las vías clínicas constituyen planes asistenciales sustentados en evidencias científicas, aplicados a procesos con curso clínico predecible y amplia variabilidad en la práctica clínica. Las variaciones se definen como todo cambio producido en la secuencia de actuaciones establecidas en la matriz de una vía clínica, por lo que constituyen un punto clave en su estructuración.

Objetivos: Analizar las variaciones en los indicadores de proceso y evolución más característicos, tras la implantación de una vía clínica en la cirugía del cáncer colorrectal, que incluye un programa de rehabilitación multimodal.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 120 pacientes consecutivos intervenidos de forma programada por cáncer colorrectal, que fueron tratados siguiendo las directrices de una vía clínica diseñada para este proceso. Se realiza un análisis descriptivo de las variaciones producidas, justificadas o no, en los distintos indicadores.

Resultados: Profilaxis antibiótica: Se protocolizó una sola dosis preoperatoria pero se administró más de una dosis en un 26 % de pacientes. Profilaxis tromboembólica: Se protocolizó mantenerla 30 días tras el alta. No se prescribió tras el alta en el 53,3 % de pacientes. Preparación mecánica del colon: Se protocolizó en todos los pacientes pero no se realizó en el 15 % de casos. Drenajes intraabdominales: Se protocolizó no colocar drenajes en la cirugía del colon, pero se dejaron en un 44 %. Fluidoterapia: se protocolizó reducir fluidos, retirándolos el 3º día de postoperatorio. Se mantuvieron más de 72 h en un 56,6 % de pacientes. Catéter epidural: Se protocolizó colocarlo a nivel dorsal (T8-T9) en cirugía abierta, retirándolo el día 3º de postoperatorio. Variaciones: nivel de punción (61 % lumbar), no colocación en cirugía abierta (35 %), retirada tardía (28,6 %). Tolerancia oral precoz: Se protocolizó iniciar tolerancia el día 0, hasta iniciar dieta blanda el día 3º de postoperatorio. Presentaron náuseas y/o vómitos el 30 % y 40 % de pacientes, respectivamente, siendo la mediana en el inicio de la dieta blanda el día 5. SNG: Se protocolizó retirar la SNG en quirófano pero no se retiró en el 12,5 % de pacientes y se recolocó postoperatoriamente en un 20,8 %. Movilización precoz: Se protocolizó iniciar la sedestación el día 2 y la movilización el 3, sin observar variaciones en el estudio. Sonda vesical: Se estableció retirar la sonda vesical el día 2º de postoperatorio. Hubo variaciones en el 22,5 % de pacientes, con un 12 % de recolocaciones. Estancia postoperatoria: se preveía una estancia postoperatoria igual o inferior a 7 días. El 59,2 % de pacientes prolongaron su estancia, principalmente por complicaciones (83,1 %), siendo las náuseas, vómitos y el íleo paralítico, los responsables de la prolongación en un 47,8 % de pacientes.

Conclusiones: El análisis de las variaciones de la vía clínica ha permitido realizar una auditoría de los resultados, que a su vez

permitirá establecer las modificaciones que mejoren la calidad asistencial del proceso.

P-150. COLOCACIÓN CORRECTA FRENTE A INADECUADA DE LOS TRÓCARES DURANTE LAS LAPAROSCOPIAS DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

A. Gómez Portilla^{1,3}, I. Cendoya¹, I. Olabarria¹, C. Martínez de Lecea², C. Gómez Martínez de Lecea³, E. Martín⁴, M. Kvadatze¹, N. Guede¹, N. Moraza¹, A. Vitoria¹ y E. Fernández¹

¹Hospital San José, Vitoria. ²USP-La Esperanza, Vitoria.

³Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona.

⁴Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

Introducción: La laparoscopia se ha consolidado como una herramienta efectiva tanto para el estudio de los pacientes oncológicos, tanto para su diagnóstico como para estudio de estadiaje. Los beneficios para el paciente de esta trauma quirúrgico mínimo incluyen menos dolor y una hospitalización más corta que cuando se realizaba una laparotomía exploradora con el mismo fin. La principal ventaja de la laparoscopia ha sido evitar laparotomías innecesarias en pacientes considerados irreseccables por carcinomatosis peritoneal (CP) o por enfermedad hepática diseminada de pequeño tamaño. Paralelamente a su consolidación, un tratamiento potencialmente curativo se ha desarrollado recientemente como la mejor alternativa para los pacientes afectados de CP, que combina la cirugía citorreductora (CC) con la quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (QIHH). Aunque este tratamiento ha sido visto con mucho escepticismo durante años, aproximadamente 1/3 de los pacientes con CP tratados con esta triple combinación han conseguido supervivencias prolongadas. Desafortunadamente la utilización de la laparoscopia diagnóstica sigue siendo controvertida por cuanto en ocasiones puede ser causa de exclusión para alguno de estos pacientes de este tratamiento potencialmente curable, cuando los trócares son origen de nuevas metástasis y progresión de la enfermedad, haciendo imposible el tratamiento principalmente cuando se han colocado lateralmente. Por esta razón se ha recomendado la colocación de todos los trócares en línea media durante la laparoscopia diagnóstica, máxime en pacientes posibles candidatos a la nueva triple terapia combinada, de forma que durante la citorreducción se pueda fácilmente resecar todas las puertas de entrada con la incisión xifo-pubiana.

Objetivos: Presentar dos casos típicos de lo que consideramos una correcta y una errónea colocación de los trócares en la laparoscopia diagnóstica de estadiaje de dos pacientes recientemente atendidos en nuestra Unidad del Programa de Carcinomatosis de Vitoria, y la repercusión posterior que ello ha supuesto para la consecución de una citorreducción completa.

Material y métodos: Caso 1: varón de 56 años de edad tratado en otro centro hospitalario por un tumor apendicular incidental con laparoscopia diagnóstica, apendicectomía y biopsias de implantes peritoneales del cuadrante inferior derecho abdominal. Caso 2: varón de 39 años de edad con un cáncer gástrico localmente avanzado, tratado en otro centro mediante laparoscopia diagnóstica y biopsias de omento mayor y peritoneo parietal.

Resultados: La correcta localización de todas las puertas de entrada en línea media en el primer caso, permitió conseguir una citorreducción completa CC0 en el paciente con el pseudomixoma sin ninguna dificultad. Por contra, la ubicación lateral de los trócares durante la laparoscopia diagnóstica previa y la posterior recurrencia local con implantes a ambos lados de la pared abdominal resultó en una enorme dificultad no sólo para conseguir una citorreducción completa CC0, sino también para la co-

locación de la ileostomía terminal que este paciente precisó y para la reconstrucción de la pared abdominal.

Conclusiones: La diseminación de células malignas es un riesgo potencial de la laparoscopia diagnóstica en todo paciente con CP. Para evitar ese riesgo potencial y sus efectos deletéreos posteriores, sugerimos que todos los trócares se coloquen en la línea media durante la ejecución de las laparoscopias diagnósticas de estadiaje de los pacientes oncológicos, lo que permitirá la posterior resección de todas las puertas de entrada mediante la incisión xifo-pubiana de la citorreducción, a la vez que aconsejamos realizar el tratamiento definitivo de la CP tan pronto como sea posible tras el diagnóstico.

P-151. FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO: A PROPÓSITO DE UN CASO

C.A. Blanco, R. Sánchez, E. Elena, P. Benito, E. Díaz, D. Pescador y A. Marín

Hospital Clínico Universitario, Salamanca.

Introducción: El fibrohistiocitoma maligno es una neoplasia maligna incluida dentro de los sarcomas. Son tumores de partes blandas, muy poco frecuentes y agresivos, de mal pronóstico. En muchas ocasiones requieren amplias exéresis por lo que requieren tratamientos complementario para solucionar los defectos.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 61 años que presenta fibrohistiocitoma en muslo de miembro inferior derecho. En el primer acto quirúrgico se le realizó exéresis compartimental con bypass ilio-femoral por compromiso de vasos femorales. La evolución fue tórpida por lo que requirió revisión quirúrgica por hematoma abscesificado del lecho quirúrgico y necrosis de la piel. Se realizó desbridamiento y soporte hemodinámico, tras lo cual, quedaron los vasos femorales expuestos, realizándose una cobertura con un colgajo muscular de recto abdominal homolateral volteado sobre su pedículo inferior cubierto con un injerto cutáneo.

Discusión: Tras esta cirugía, el paciente evolucionó satisfactoriamente con una buena cobertura del defecto y sin más complicaciones. A las 3 semanas, pudo iniciar el tratamiento radioterápico y posteriormente la quimioterapia.

Conclusiones: El fibrohistiocitoma maligno es un tumor poco común, de gran agresividad, de mal pronóstico, que se localiza fundamentalmente en las extremidades y que en ocasiones requiere amplias exéresis para extirpar completamente el tumor, condicionando un tratamiento quirúrgico complementario. En este caso, se requirió una cobertura de los vasos femorales para iniciar el tratamiento adyuvante lo más pronto posible.

P-152. SARCOMA EPITELIOIDE DE TIPO PROXIMAL

J. Cabañas Montero, G. Ortega Pérez, V. Muñoz Madero, J.F. García García, A. Rojo Sebastián, G. Toledo Santana y L. Cabañas Navarro

MD Anderson International España, Madrid.

Introducción: Los sarcomas epitelioides son una rara entidad dentro de los sarcomas de partes blandas que tienen como característico su origen mesenquimal pero con células de apariencia epitelial y posibilidad de diseminación linfática (como los tumores de estirpe epitelial). Suelen aparecer en zonas distales de extremidades pero en los últimos años se han comunicado algunos casos de afectación proximal.

Material y métodos: Varón de 42 años que consulta por presentar tumoración a nivel inguinal tras haber sido intervenido dos años antes por varicocele ipsilateral. Se le diagnostica hernia inguinal crónicamente encarcelada y se le propone inter-

vención quirúrgica, donde se encuentra una gran masa a nivel inguinal de la que se toma biopsia. El estudio posterior con TC y RNM revela masa de $13 \times 6 \times 6,5$ en región inguinal que desplaza vasos ilíacos y que parece afectar peritoneo anterior y músculo ilíaco. En PET se confirma lesión y aparece imagen dudosa de localización subhepática. El enfermo es derivado a nuestro centro donde se decide intervención quirúrgica. Se consigue extirpación de la masa en bloque incluyendo conducto inguinal derecho y teste derecho, músculos oblicuos y parte del recto anterior derecho con aponeurosis y peritoneo parietal, apéndice cecal y un nódulo epiploico, respetándose vejiga y vasos ilíacos. Se identifican adenopatías inguinales derechas que se extirpan. Se reconstruye con malla Vipro® 15×15 y colgajos musculares de oblicuo mayor y recto anterior del abdomen. La anatomía patológica definitiva confirma sarcoma epitelioide de tipo proximal con afectación extensa, infiltración de epiplón y sin metástasis ganglionares inguinales. Se remite el enfermo a Oncología para valoración de tratamiento complementario.

Resultados y discusión: Los sarcomas epitelioides distales con cierta frecuencia son confundidos con otras entidades benignas por su apariencia inflamatoria. Una vez reconocidos, se tratan habitualmente con extirpaciones amplias y radioterapia posterior en aquellos casos de cirugías incompletas o tumores de gran tamaño. En los sarcomas epitelioides proximales existe una escasa experiencia, con sólo casos aislados o series muy pequeñas publicadas. Parece que puede tener un comportamiento algo más agresivo y algo mayor afectación ganglionar, pero existen pocos datos para avalar estas afirmaciones. Su localización hace más complicado su tratamiento quirúrgico radical, sobre todo en los casos avanzados como el que presentamos.

P-153. INFLUENCIA DE LA TC EN EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO Y CITORREDUCCIÓN DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL

V.J. Ovejero Gómez, A. Gutiérrez Ruiz, T. Gallego Bellido, J. Bueno López, J.L. Miñambres Pardiñas, M.A. Matute Cuartero y A. Ingelmo Setién

Hospital Sierrallana, Torrelavega.

Introducción: Una correcta valoración preoperatoria de la distribución y extensión de la carcinomatosis peritoneal representa un pilar básico en la estrategia de un tratamiento multidisciplinar que asegure una citorreducción completa. La Conferencia de Milán considera a la TC como la técnica de imagen fundamental para su evaluación preoperatoria aunque se están empezando a valorar las ventajas diagnósticas de otros estudios radiológicos. El objetivo de este estudio ha sido valorar, en nuestro medio, la efectividad de la TC sobre el diagnóstico local y de extensión de la carcinomatosis peritoneal, con independencia de su origen.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 58 pacientes (mujeres: 72,4%) con edad media de $67,9 \pm 11,6$ años valorados quirúrgicamente entre 2005 y 2009. La localización del tumor primario fue: ovario (48,3%), colon (32,7%), estómago (12,1%) y apéndice/pseudomixoma (6,9%); presentándose la carcinomatosis como recurrencia de cáncer previo en el 13,8% de los casos. El 6,8% precisó cirugía de urgencias y un 31% presentó afectación de ≤ 5 regiones. Se consiguió citorreducción completa en el 37,9% de pacientes y un 10,3% sólo fueron subsidiarios de exploración y/o biopsia. Se han analizado variables epidemiológicas, quirúrgicas e histopatológicas para evaluar la efectividad global de la TC en nuestro medio y los factores que pudieron influir en su interpretación. En el análisis, aquellas variables con significación estadística en el modelo univariante han sido so-

metidas a un modelo de regresión logística según el programa SPSS.14.

Resultados: La TC fue capaz de detectar carcinomatosis en el 55,2% de los cuales un 65,5% asentaba sobre recidiva de un tumor previo con una sensibilidad de 57,1 y 71,7 %, respectivamente. Algunos signos característicos de diseminación tumoral presentaron la siguiente sensibilidad y valor predictivo positivo: Infiltración retroperitoneal (14,3 y 40%), adenopatías retroperitoneales (88,9 y 76,2%), retracción mesentérica (75 y 75%), Implante/nódulo peritoneal (38,9 y 100%) discerniendo la localización parietal (45,4 y 95,2%) y visceral (23,1 y 92,3%), infiltración del ligamento hepatoduodenal (30 y 90%) y omental cake (72,2 y 89,6%). En el análisis invariante, la TC infradiagnosticó con significación estadística ($p < 0,05$) cuando existía infiltración retroperitoneal, presencia de nódulos peritoneales de localización visceral, afectación del ligamento hepatoduodenal, ascitis inferior a 1 litro, una intervención abdominal maligna previa, cáncer de estirpe digestiva, pobremente diferenciado, con infiltración tumoral perineural y que había recibido quimioterapia preoperatoria. Las variables con asociación independiente (IC95 %) al error diagnóstico de la TC fueron los implantes viscerales, la implicación del ligamento hepatoduodenal y el cáncer de origen digestivo.

Conclusiones: El diagnóstico de carcinomatosis peritoneal por TC presenta, en nuestro medio, una buena rentabilidad con respecto a la literatura. Su mayor limitación son los implantes viscerales, la afectación del ligamento hepatoduodenal y el origen digestivo de la neoplasia que suelen asociarse a un índice peritoneal alto, que dificulta una citorreducción completa. El índice peritoneal previsto por TC no es un buen indicador para predecir una citorreducción completa pero, por su disponibilidad y coste admisible, no parece haber sido superada por la RM y laparoscopia, con importantes limitaciones técnicas y de interpretación.

P-154. ENFERMEDAD DE CASTELMAN RETROPERITONEAL MONOCÉNTRICA

M. González Martínez, A.L. Romera López, I. Machado Romero, J.A. Jiménez Ríos y B. Mirón Pozo

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: La enfermedad de Castelman es una patología muy infrecuente y poco comprendida, incluida en la categoría de procesos linfoproliferativos atípicos no tumorales. No existen estimaciones seguras sobre su incidencia en la población. Su etiología es desconocida, sin embargo varias condiciones le han sido asociadas como inflamación crónica, inmunodeficiencia, autoinmunidad y valores aumentados de IL-6. Se han descrito tres diferentes subtipos histológicos: variante hialin vascular, de células plasmáticas y mixta. Clínicamente se distinguen dos formas: una monocéntrica o localizada; más frecuente tipo hialino-vascular, de curso benigno en jóvenes, usualmente asintomática que se presenta en la mayoría de los casos como hallazgo incidental en prueba de imagen y cuya localización más frecuente es mediastino o hilio pulmonar (70%) seguido de cavidad abdominal; y forma multicéntrica, mayoritariamente tipo células plasmáticas, con comportamiento más agresivo que afecta a pacientes de edad más avanzada y enfermos VIH. Presenta manifestaciones sistémicas inespecíficas como fiebre, pérdida de peso o fatiga y se ha asociado a sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin y síndrome POEMS. La resección quirúrgica es curativa para las formas localizadas, mientras que se han ensayado una multitud de tratamientos sin éxito para las formas multicéntricas. Nuestros objetivos con este trabajo son documentar una enfermedad de extirpe y localización infrecuente y comentar su diagnóstico y tratamiento.

Material y métodos: Paciente varón de 35 años asintomático sin antecedentes personales de interés que se realiza ecografía abdominal de rutina por privado detectándose lesión sólida de 31 mm de localización mesentérica entre asas de mesogastrio e hipocondrio derecho con adenopatías satélites. Se confirma tamaño y localización por RNM.

Resultados: El diagnóstico iba orientado a un proceso linfoproliferativo y el planteamiento terapéutico exigía una biopsia. Es intervenido realizándose laparotomía suprainfraumbilical hallándose tumoración de 5 x 3 cm localizada en retroperitoneo, entre aorta y cava que protruía hacia la raíz de mesocolon transversal. Se extirpó la tumoración completamente así como sus adenopatías peritumorales. El estudio anatomopatológico informó de enfermedad de Castelman localizada tipo hialino-vascular. La evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria.

Discusión: Es difícil extraer conclusiones en cuanto al manejo clínico de lesiones poco frecuentes como la enfermedad de Castelman ya que estas se basan en estudios retrospectivos y en reducidas series de casos clínicos, por lo que serían necesario estudios prospectivos multicéntricos. Si bien queda claro, que la cirugía es el tratamiento estándar para la enfermedad monocéntrica, teniendo esta buen pronóstico. El papel de la cirugía en la enfermedad multicéntrica no está bien definido, aunque parece existir mejoría transitoria tras esplenectomía. Multitud de tratamientos se han ensayado en esta forma, quimioterapia, esteroides, antivirales, sin éxito hasta el momento. Las pruebas de imagen no permiten el diagnóstico de la enfermedad de Castelman, la cual viene dada por el estudio anatomopatológico; en este punto puede ser interesante el papel de la laparoscopia para la llegada a un diagnóstico en este tipo de patologías.

P-155. ANGIOMIXOMA AGRESIVO. UNA NEOPLASIA MESENQUIMAL INFRECUENTE CON PREDILECCIÓN POR MUJERES EN EDAD FÉRTIL

A. Muñoz Ortega, J. Cañete Gómez, M. Gutiérrez Moreno, J. Martín Cartes, M.J. Tamayo, M. Bustos Jiménez y F. Docobo Duránte

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El angiomixoma agresivo fue descrito por primera vez por Steeper y Rosai en 1983, y sólo hay descrito en la literatura 150 casos. Se trata de un tumor de partes blandas de pelvis y periné, de naturaleza benigna, aunque con un crecimiento local agresivo. Es una neoplasia con predilección por mujeres en edad fértil, ya que, se ha relacionado con el estímulo hormonal estrogénico femenino. El principal problema que plantea dicho tumor es el diagnóstico tardío por su carácter silente y la tasa de recurrencia local avanzada.

Material y métodos: Presentamos a continuación 3 casos de angiomixoma agresivo intervenidos en nuestra unidad desde enero del 2009 a abril del 2010. Se trata de tres mujeres de 28,36 y 38 años, respectivamente, con clínica principal de dolor vago inespecífico y más tarde aparición de tumoración glútea o vulvar, además urgencia urinaria y estreñimiento en dos de los casos. La intervención en todos los casos fue la exéresis radical con márgenes amplios de seguridad por abordaje de Kraske, y en uno de los casos con necesidad de resear el cóccix (figs.).

Resultados: (Tablas). Dos de las pacientes fueron dadas de alta a los 7 días sin ninguna incidencia, y la tercera precisó dos semanas de ingreso por presentar una necrosis parcial dérmica que precisó de su resección y curas posteriormente. En el seguimiento clínico y radiológico, no se evidenció recidiva tumoral salvo en una de las pacientes a los 8 meses, que fue reintervenida. Sólo dicha paciente recibió adyuvancia con radioterapia tras la segunda cirugía. No presentó recidiva tras un año de seguimiento.

Discusión: El angiomioma agresivo es una rara neoplasia que requiere alto índice de sospecha clínica para alcanzar más precozmente su diagnóstico. Una paciente en edad fértil, embarazada o en estimulación hormonal con tumoración pélvica de larga evolución debería hacernos sospechar dicha entidad. Aunque el diagnóstico definitivo lo debe dar la anatomopatología, es imprescindible realizar estudios de imágenes (TAC, RNM) para filiar la tumoración así como el abordaje más adecuado. El tratamiento de primera línea es la exéresis quirúrgica con amplios márgenes de seguridad. Las vías de abordajes pueden ser diversas, abierta (anterior o posterior) o incluso laparoscópica. Nosotros opinamos que la vía de Kraske es una buena elección debido a la mejor exposición del recto distal y la mayor facilidad de realizar la exéresis de la tumoración completa. En cuanto al seguimiento, será imprescindible el seguimiento estrecho con pruebas de imagen dada la alta tasa de recurrencia local, y en cuanto a la adyuvancia destacar que está en estudio la eficacia o no de realizar un bloqueo hormonal a las pacientes en edad fértil para mermar la posibilidad de recurrencia tumoral.

P-156. MIXOMA INTRAMUSCULAR SUBESCAPULAR

C. Nofuentes Riera, E. Soliveres Soliveres, S. Pérez Bru, M. Mella Laborde, R. Smilevska, M. Gil Santos, E. Paredes Aracil, A. Hernández Quiles y S. García García

Hospital Universitario San Juan, San Juan de Alicante.

Objetivos: Presentar el caso de un mixoma intramuscular (MI) de localización subescapular, exponer las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas e histológicas de este infrecuente tumor.

Caso clínico: Se trata de una paciente mujer de 61 años que acude a consulta de Cirugía General por tumoración subescapular izquierda de 3 años de evolución, dolorosa desde hace 2 meses, sin episodios de inflamación o supuración. En la exploración se objetiva tumoración profunda y blanda de unos 4 cm de diámetro sin alteraciones en la piel suprayacente. Se solicita TC torácico, que muestra una lesión intramuscular en romboides mayor de 2,5 x 3 cm de baja atenuación, sugestivo de MI. La RMN informa de lesión de 3 cm hipointensa en T1 subescapular izquierda, probable hematoma. Se realiza PAAF preoperatoria, informada como tejido adiposo y músculo esquelético. Se programa intervención quirúrgica, en la que se realiza exéresis de la lesión. El diagnóstico anatomopatológico definitivo es informado como MI.

Discusión: Los tumores mixoides de tejidos blandos engloban un grupo heterogéneo de lesiones caracterizadas por un abundante estroma mucoide o mixoide y escasas células indiferenciadas estrelladas. Este grupo de tumores muestra una amplia variabilidad en cuanto al comportamiento biológico, siendo algunos benignos, otros con tendencia a la recidiva local (sin capacidad metastásica) y otros malignos. En ocasiones el diagnóstico diferencial mediante pruebas de imagen e incluso histología no es fácil, por lo que es fundamental un riguroso examen clínico e histopatológico. Los MI son tumores mixoides de tejidos blandos completamente benignos de infrecuente aparición y sin tendencia a la recidiva local. Suelen ser solitarios (los múltiples se asocian a displasia fibrosa). Tienen una ligera predilección por el sexo femenino, afecta a pacientes de 50-60 años y su localización más común es el muslo. Son poco sintomáticos, de crecimiento lento. En la anatomía patológica destaca un estroma mucinoso, con escasas células sin atipia y pobre vascularización. En el estudio inmuohistoquímico hay negatividad para las proteínas S-100 y desmina (a diferencia del sarcoma) y positividad para la vimentina. Ecográficamente son lesiones hipoeóicas, en TC muestran baja atenuación y en RMN son lesiones hipointensas en T1 con halo de grasa alrededor. El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con otros tumores mixoides, y fundamentalmente con el

mixoma yuxtaarticular por su potencial recidivante y con el liposarcoma mixoide, tumor maligno que tiene una imagen radiológica muy similar al mixoma intramuscular. Se recomienda el estudio histológico prequirúrgico para planear la mejor estrategia. El tratamiento es la exéresis quirúrgica, sobre todo en casos de dudas diagnósticas o clínica acompañante. Tienen muy buen pronóstico sin tendencia a la recidiva.

Conclusiones: Los MI son tumores mixoides raros, de comportamiento benigno sin tendencia a la recidiva local y cuya localización preferente es la raíz de miembros inferiores.

P-157. LINFANGIOMA QUÍSTICO INTRAABDOMINAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

I. Machado Romero, B. Florenciano Lajusticia, C. Garde Lecumberri, B. Mirón Pozo, A. Ortega Carrasco, M. González Martínez, E. García Abril, V.M. Ruiz García y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Los linfangiomas son un grupo poco frecuentes de tumores benignos de los vasos linfáticos. Se localizan en su mayoría en tejido subcutáneo de cabeza, cuello y axila. Son raros en adultos y la afectación abdominal es infrecuente. Su presentación clínica es variable, desde pacientes asintomáticos diagnosticados incidentalmente hasta pacientes con riesgo vital por abdomen agudo.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 29 años de edad, sin antecedentes personales, de interés que acude a urgencias por dolor abdominal progresivo a nivel de hipogastrio irradiado hacia fosa iliaca derecha, y febrícula de 2-3 días de evolución. No presentaba náuseas ni vómitos, ni síndrome miccional, ni alteración del hábito intestinal. A la exploración física el abdomen estaba distendido destacando el dolor a la palpación profunda en hipogastrio y fosa iliaca derecha, con defensa selectiva a ese nivel. Como pruebas complementarias se realizaron una analítica que mostraba leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR, y una radiografía simple de abdomen sin hallazgos significativos. Ante estos hallazgos se decidió intervención urgente realizándose laparoscopia exploradora en la que se evidenció apéndice retrocecal sin claros signos inflamatorios, y al mismo tiempo, una lesión quística lobulada de unos 12 cm, de paredes finas y recubiertas de placas de fibrina a nivel de mesenterio yeyuno-ileal. Se realizó resección segmentaria de 15-20 cm de yeyuno-íleon junto con su mesenterio englobando lesión quística, con posterior anastomosis latero-lateral, y apendicectomía. La anatomía patológica demostró que se trataba de un linfangioma quístico y linfadenitis reactiva en las cinco adenopatías aisladas, por otro lado, el apéndice no mostró alteraciones morfológicas significativas.

Resultados: Tanto la intervención como el postoperatorio cursaron sin complicaciones.

Discusión: El linfangioma es una malformación hamartomatosas del sistema linfático de carácter benigno y generalmente de estructura quística. Es una patología poco frecuente y propia de la infancia, el 40% se diagnostica en el primer año de vida y el 80% antes de los 6 años. Se presenta generalmente en la región de cabeza y cuello, siendo la localización intraabdominal, ya sea mesentérica o retroperitoneal, poco frecuente y únicamente se da en el 2-8% de los casos. La sintomatología es muy inespecífica, puede ir desde el dolor abdominal crónico hasta la presentación como abdomen agudo debido a perforación, infección, torsión o rotura de víscera, presentándose como abdomen agudo u obstrucción intestinal el 25% de los casos en adultos. Generalmente, la forma de presentación dependerá del tamaño, la localización y las complicaciones que se pueden derivar. Aunque la ecografía y TC abdominal son útiles para detectar la presencia de una masa quística y en definir la extensión de la lesión, el

diagnóstico definitivo debe ser hecho siempre histológicamente. La resección completa con márgenes microscópicos negativos es el tratamiento de elección. Tras la resección, el pronóstico es excelente y la recurrencia es rara. En ocasiones, la resección radical puede ser técnicamente imposible por infiltrar órganos adyacentes o arterias principales. La resección incompleta conlleva un riesgo de recurrencia del 10%.

P-158. ÍLEO BILIAR. OPCIONES TERAPÉUTICAS. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

G. Romay Cousido, M. Tasende Presedo, T. Civeira Taboada, L. Fernández López, C. Varela Lamas, I. Vázquez Cajide, J. Ghanimé Saidé, A. Sotelo Goyanes, M.J. García Brao, J.A. Romero González y J.F. Machuca Santa-Cruz

Complejo Hospitalario Universitario (CHUAC), A Coruña.

Objetivos: Existe gran controversia sobre el mejor tratamiento para el íleo biliar. Algunos autores proponen la enterotomía aislada, mientras otros defienden la reparación de la fístula bilioentérica en el mismo acto quirúrgico. En este trabajo se exponen dos casos tratados por nuestro servicio y se realiza una revisión bibliográfica sobre las opciones terapéuticas en los pacientes diagnosticados de íleo biliar, analizando los resultados de los procedimientos realizados con mayor frecuencia.

Material y métodos: Exposición de dos casos tratados en nuestro servicio. Caso 1: se trata de un paciente varón de 80 años que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho de 6 días de evolución acompañado de náuseas y vómitos. Presenta en radiografía de abdomen imagen compatible con suboclusión intestinal. Se realiza ECO abdominal, donde se evidencia intensa aerobilia, por lo que es intervenido quirúrgicamente de forma urgente con sospecha de íleo biliar. Caso 2: mujer de 79 años. Acude a urgencias con cuadro de dolor abdominal de localización epigástrica acompañado de vómitos fecaloideos en las últimas horas. Se realizó TC abdominal, donde se sospecha íleo biliar. Se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza también una revisión de la literatura acerca de las opciones terapéuticas de esta patología. Se incluyeron artículos publicados entre 1990 y 2009.

Resultados: En ambos casos se realizó enterotomía y extracción de cálculo biliar. La evolución de ambos pacientes fue favorable y permanecieron hospitalizados durante 12 y 10 días, respectivamente, sin presentar complicaciones postoperatorias. Seguimiento a través de consultas externas. Tras la revisión bibliográfica se extrae de la literatura que el tratamiento de elección en estos pacientes es quirúrgico y la mayoría de los autores proponen la enterotomía aislada como tratamiento de elección, seguida de una cirugía en un segundo tiempo para los pacientes sintomáticos o que presenten complicaciones en el seguimiento. En la mayor revisión bibliográfica realizada hasta la fecha, sobre más de 1.000 casos, Reisner y Cohen encontraron que la cirugía en un solo tiempo se asociaba con una mortalidad mayor que la enterotomía sola.

Discusión y conclusiones: El íleo biliar es una complicación infrecuente de la coledolitiasis, que ocasiona el 1-3% de las oclusiones mecánicas del intestino delgado. Esta baja incidencia condiciona que existan pocos estudios prospectivos sobre el tema y que los trabajos disponibles cuenten con un reducido número de pacientes. De este modo, aunque existe amplio consenso en la literatura en que el tratamiento de elección en estos pacientes es quirúrgico, todavía no hay acuerdo sobre la necesidad o no de tratar la fístula bilioentérica que permitió el paso de la litiasis al tracto digestivo. Mientras algunos autores recomiendan la cirugía en un solo tiempo como procedimiento de elección, reservando la enterotomía aislada para pacientes inestables o en los que exista una especial dificultad, la mayoría de autores proponen la enterotomía aislada como tratamiento de elección, seguida de una cirugía en un segundo tiempo solamente para los pacientes

sintomáticos o que presentasen complicaciones en el seguimiento, pues es más sencilla y disminuye el tiempo quirúrgico.

P-159. QUISTE EPIDERMÓIDE ESPLÉNICO INFECTADO POR SALMONELLA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

M.A. Garcés Garmendia, J.A. Romeo Ramírez, J. Sáenz de Ugarte Sobrón, F.J. Marquín Gil, B. Rodríguez Campo, J. Rebollar Sáenz y J. Errasti Alustiza

Hospital Txagorritxu, Vitoria.

Introducción: Las lesiones quísticas esplénicas primarias no parasitarias son extremadamente raras. Aunque se han descrito pocos casos en la literatura, presentamos dos casos que debutaron como abdomen agudo con sobreinfección por salmonella.

Casos clínicos: Caso 1: niña de 12 años que acude por dolor abdominal generalizado con fiebre de 40°C, con cuadro de diarreas autolimitadas días anteriores. Exploración: paciente séptica, Blumberg + con cuadro de abdomen agudo. Intervención: laparotomía media hallando peritonitis purulenta por rotura de quiste esplénico de unos 7 cm que ocupa el polo superior de bazo. Se procede a esplenectomía más lavado de cavidad. Postoperatorio: sin incidencias. Cultivo de líquido peritoneal y material intraquístico positivo para *Salmonella* entérica grupo D. Coprocultivo: positivo para *Salmonella* entérica grupo D. Anatomía patológica: bazo con quiste epidermoide multiloculado, abscesificado y roto. Parénquima esplénico circundante con fibrosis y focos de abscesificación. Caso 2: niña de 13 años, con fiebre 39°C, dolor abdominal y vómitos de 24 de evolución sin diarrea previa ni otra sintomatología acompañante. Exploración: sensación de masa en hipocondrio izquierdo, dolorosa a la palpación. Pruebas complementarias: 17.700 leucocitos. TAC abdominal: masa quística septada de 15 cm dependiente de cara anterior de bazo, con desplazamiento y compresión gástrica. No líquido libre intraperitoneal. Intervención: laparotomía transversa izquierda. Liberación de adherencias epiploicas a lesión quística esplénica. Toma de muestras. Esplenectomía. Postoperatorio: sin incidencias. Cultivo de líquido intraquístico positivo para *salmonella* grupo C. Coprocultivo y serologías negativas. Anatomía patológica: bazo con quiste epidermoide multiloculado.

Discusión: Los quistes epidermoides no parasitarios abarcan el 10% de todos los quistes esplénicos. Las complicaciones como hemorragia intraquística rotura y/o infección son muy raras. La presencia de infección con cuadro séptico como en los casos descritos es indicación de esplenectomía, desaconsejando medidas conservadoras como punción y/o esplenectomía parcial.

P-160. VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO: URGENCIA QUIRÚRGICA

N. Farhangmehr Setayeshi, M. Jiménez Garrido, J. López Monclús, J.L. Lucena de la Poza, L. de Gregorio Muñiz, M. Pérez Seoane, A. Sánchez Ramos, C. Jiménez Ceinos, A. Pueyo Rabanal y A. Colás Vicente

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Presentar un caso de vólvulo gástrico agudo, entidad poco frecuente con menos de 400 casos publicados y con indicación de cirugía urgente.

Material y métodos: Paciente varón de 77 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y accidente isquémico cerebral, que acude al Servicio de Urgencias por dolor epigástrico intenso y náuseas que asocia a comida copiosa. En la exploración física destaca un abdomen muy distendido y doloroso a la palpación. Imposibilidad de colocar sonda nasogástrica. Análiti-

ca: leucocitosis 24.000 céls/mm³ con desviación izquierda. Resto normal. Radiografía simple toracoabdominal: dilatación gástrica con signo de "doble burbuja". TC: obstrucción a nivel del píloro-duodeno proximal, secundaria a herniación de antro gástrico y primera porción duodenal a través de gran hernia diafragmática condicionando rotación y marcada dilatación gástrica. Con el diagnóstico de vólvulo gástrico organoaxial por hernia paraesofágica se decide tratamiento quirúrgico urgente.

Resultados: Intervención quirúrgica: laparotomía media supra e infraumbilical. Confirmación diagnóstica efectuando devolvulación gástrica tras reducción del contenido herniario compuesto por y aspiración a través de sonda nasogástrica de 3 litros de contenido gástrico. Disección del hiato esofágico. Cierre de pilares diafragmáticos. Funduplicatura 360° según técnica de Nissen. Evolución satisfactoria con alta hospitalaria a los 4 días de la intervención. Revisión clínica ambulatoria los 2 meses permaneciendo el paciente asintomático y con control radiológico sin hallazgos.

Conclusiones: El vólvulo gástrico agudo suele manifestarse a partir de la quinta década de la vida siendo característica la denominada triada de Borchardt: dolor epigástrico agudo, eructos no productivos e imposibilidad de colocación sonda nasogástrica, lo que induce a la sospecha clínica apoyada en técnicas de imagen ya sea por radiología simple o TC. Es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo con focalidad en epigastrio cuyo tratamiento requiere cirugía urgente, con abordaje convencional o laparoscópico, debido a la alta mortalidad que presenta (30-50%) si bien en pacientes de alto riesgo se puede optar por la devolvulación endoscópica.

P-417. CIRUGÍA DE LA PARÓTIDA. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

C. Ribera Serra, A. Gil Goñi, E.J. López Herce
y F. Badia Torroella

Hospital Sant Joan de Déu, Martorell.

Objetivos: Aunque la mayoría de series publicadas de cirugía de tumores de la parótida provienen de centros especializados, opinamos que la gran mayoría de intervenciones pueden realizarse en un servicio de cirugía general. Presentamos nuestros resultados con el objetivo de valorar dicha cirugía en nuestro centro.

Material y métodos: Hemos revisado las historias clínicas de los pacientes intervenidos de tumores de parótida en nuestro centro durante los últimos 8 años. Analizamos las variables sexo, edad, tipo de tumor, técnica quirúrgica practicada, morbilidad y tasa de recidiva.

Resultados: Durante los últimos 8 años hemos intervenido 31 pacientes de tumores de la glándula parótida. Se trata 18 hombres (58%) y 13 mujeres (42%) con una edad media de 50 años (16-84). Se detectaron 32 neoplasias (en un caso coexistían un adenoma pleomorfo y un tumor de Warthin), dos de las cuales fueron malignas (6%). La distribución histopatológica fue: Adenoma pleomorfo 18 (57%), tumor de Warthin 9 (28%), quiste ductal 1 (3%), adenoma de células claras 1 (3%), adenoma de células basales 1 (3%), adenocarcinoma de células basales 1 (3%), carcinoma neuroendocrino de célula pequeña 1 (3%). En 29 casos (94%) se practicó PAAF preoperatorio. La PAAF tuvo un valor predictivo positivo de neoplasia maligna de 0% y de neoplasia benigna de 93%. Se practicaron 5 parotidectomías totales (16%) y 26 superficiales (84%). Observamos diversos grados de paresia facial postoperatoria en 14 pacientes (45%), todos los cuales se recuperaron completamente antes de los 6 meses. Así mismo se constató Síndrome de Frey en 1 caso (3%). Como complicación a destacar, un caso de sangrado postoperatorio (3%) que requirió reintervención. No ha habido recidivas.

Conclusiones: La gran mayoría de pacientes afectados de tumores de parótida pueden ser intervenidos en un servicio de cirugía general con excelentes resultados.

P-418. CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA. NUESTRA EXPERIENCIA

L. Galán Raposo, A.M. Gay Fernández, T. García Martínez, P. Jove Albores, M. Martínez Míguez, P. Senra Río, J.M. Nuño Vázquez de Gerza, E. Fernández, M.C. Carreira y J.E. Casal Núñez

Hospital Meixoeiro. Vigo.

Introducción: Los tumores de las glándulas salivales representan menos del 3% de las neoplasias de cabeza y cuello. El 80% aparecen en la glándula parótida, siendo benignos entre el 60 y el 80%. Presentamos nuestra experiencia.

Material y métodos: Se realiza una revisión de 40 pacientes con masas parotídeas en un periodo comprendido entre el año 1991 y el 2008. Se analiza la distribución por edades y sexo, los tipos histológicos, el rendimiento de la PAAF como método diagnóstico, el tipo de técnica quirúrgica y las complicaciones postoperatorias inmediatas y tardías.

Resultados: La edad media fue de 53 años (rango 17 a 79 años) y la distribución por sexo, 22 varones y 18 mujeres. De los 40 pacientes intervenidos, el diagnóstico anatomopatológico fue de 34 (85%) tumores benignos y 6 (15%) tumores malignos. La histología más frecuente en el grupo de los benignos fue el adenoma pleomorfo (65% del total), seguido del tumor de Warthin (7,5% del total). En el grupo de los malignos fue el carcinoma de células acinosas (5% del total). Se realizó PAAF en 38 (95%) pacientes. Si analizamos la capacidad de la PAAF para diagnosticar la presencia o ausencia de malignidad, hallamos 4 verdaderos positivos, 32 verdaderos negativos, 1 falso positivo y 1 falso negativo. Una sensibilidad de la PAAF de 80%, una especificidad de 97%, un VPP de 80% y un VPN de 97%. El falso positivo fue un adenoma pleomorfo y el falso negativo correspondió a un carcinoma mucoepidermoide. El valor global de la PAAF resultó 95%. Se realizaron 22 (55%) parotidectomías superficiales, 16 (40%) parotidectomías totales conservadoras, 1 (2,5%) parotidectomía total radical y 1 (2,5%) enucleación. Con respecto a las complicaciones postoperatorias inmediatas hubo 1 sección de la rama inferior del nervio facial, 1 hemorragia que precisó reintervención, 1 infección de herida y 1 seroma. La complicación postoperatoria tardía más frecuente fue la parálisis facial, siendo transitoria en 20 pacientes (50% de los casos), no especificada en 2 pacientes (5%) y no existiendo ningún caso de parálisis facial completa. El Síndrome de Frey se manifestó en 5 pacientes (12,5%).

Conclusiones: Los tumores más frecuentes de la glándula parótida son los benignos (dentro de estos el adenoma pleomorfo). La PAAF es una prueba válida para el diagnóstico, pues presenta una alta sensibilidad. La parotidectomía superficial es la técnica quirúrgica más empleada en nuestra serie. La complicación postoperatoria tardía más frecuente es la parálisis facial transitoria.

P-419. DOLOR ABDOMINAL AGUDO COMO MANIFESTACIÓN DE UN ENDOMETRIOMA DE OVARIO

C. Camarero Mulas, A. García Marín, T. Sánchez Rodríguez, A. Vaquero Rodríguez, J. Martín Gil, A. Fábregues Olea, Y. Mohamed Al-Lal, L. Álvarez Llano, J. de Tomás Palacios y F. Turégano Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: El diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas de ovario es complejo debido a la inespecificidad de los marcadores (CA 125 y CA 19.9) y de las pruebas de imagen para orientar hacia una lesión benigna o maligna, por lo que en ocasiones es necesario realizar una intervención quirúrgica con toma de biopsias para confirmar el diagnóstico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 47 años de edad sin antecedentes personales de interés que fue atendida en el servicio de urgencias por dolor abdominal de 72 horas de evolución. En la exploración física presentaba dolor a la palpación en mesogastrio y cuadrante inferior izquierdo sin dato de irritación peritoneal. La tomografía computarizada abdominal halló dos formaciones quísticas en el anejo izquierdo con moderada cantidad de líquido libre intraperitoneal, confirmada posteriormente con una ecografía transvaginal. La analítica con marcadores tumorales mostró leucocitosis con neutrofilia y una elevación del CA19-9 y del CA125. La paciente fue intervenida, encontrando un endometrioma roto en el ovario izquierdo.

Discusión: Los marcadores tumorales se pueden utilizar en el diagnóstico y seguimiento de patologías benignas y malignas. El CA125 es utilizado habitualmente en el seguimiento de la endometriosis extensa; sin embargo, el CA19.9 no está aceptado en las guías clínicas con tal indicación. Se han descrito casos aislados acerca de pacientes con dolor abdominal y elevación sérica de CA125 y de CA19-9 por encima de 9.000 UI/ml cuya causa fue un endometrioma ovárico roto. Por tanto, se debe considerar en el diagnóstico diferencial esta posibilidad ante una mujer con dolor abdominal agudo, lesiones quísticas anexiales y elevación sérica de ambos biomarcadores. Además, la malignización de la endometriosis puede suceder y ocurre principalmente en endometriomas de ovario.

P-420. METÁSTASIS ESPLÉNICA DE CARCINOMA DE COLON. INDICACIÓN QUIRÚRGICA

M.T. Gutiérrez Rodríguez, A. Expósito Rodríguez, B. Barrios Treviño, B. Roca Domínguez, N. Partearroyo Saiz-Maza, A. Gómez Palacios, M. Saiz Camín, I. Cruz González, S. Leturio Fernández y S. Ruiz Carballo

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: Las características histológicas del bazo y su función inmunológica parecen proteger a este órgano de la aparición de tumores, tanto primarios como metastásicos. Las metástasis esplénicas del carcinoma de colon son muy infrecuentes, y suelen presentarse en relación con casos avanzados. Presentamos un caso clínico en el que se desarrolla una metástasis metastásica 30 meses después del diagnóstico y tratamiento de un carcinoma de colon con carcinomatosis peritoneal.

Caso clínico: Varón de 67 años que consulta por dolor y distensión abdominal de 5 días de evolución, con disminución de emisión de gases y heces. TAC: engrosamiento circunferencial de la pared del colon a nivel de ángulo esplénico, de aspecto neoplásico que provoca obstrucción proximal. Laparotomía: neoplasia escirra de ángulo esplénico que condiciona obstrucción intestinal y múltiples implantes en pelvis, diafragma, cúpula hepática, intestino delgado y epiploon mayor. Se realiza resección segmentaria de colon paliativa y biopsia de implante epiploico y diafragmático. Anatomía patológica: adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado que infiltra serosa, con invasión perineural. 8 ganglios libres de infiltración. Diafragma y epiploon: infiltrados por adenocarcinoma. El paciente recibe tratamiento quimioterápico y a los 12 meses los marcadores tumorales (CEA) son normales y el TAC negativo. A los 30 meses: dolor en hipocostado izquierdo moderado y continuo de carácter progresivo. Elevación importante del CEA (296). TAC: lesión hipodensa sólida en bazo de 3,8 cm de nueva aparición, compatible con metástasis esplénica solitaria. Se somete al paciente de nuevo a quimioterapia y a los 33 meses desciende el CEA (6,84) y disminuye el tamaño de la lesión esplénica en el TAC (2,5 cm). A los 39 meses persiste el dolor. TAC de control: progresión de la lesión esplénica hasta 5 cm. Dado el dolor persistente, la progresión en el crecimiento de la lesión esplénica, y el riesgo de rotura espontánea,

se indica el tratamiento quirúrgico. Se somete al paciente a esplenectomía laparoscópica, según la técnica habitual, con 4 trócares a lo largo del reborde costal izquierdo. La disección es dificultosa por adherencias de la cirugía previa, y por adherencias a peritoneo parietal y diafragma del propio bazo. Se completa la esplenectomía sin incidencias previa ligadura y sección de la arteria esplénica. Se extrae el bazo fragmentado en bolsa ampliando una de las puertas. El postoperatorio transcurre sin complicaciones. Anatomía patológica: confirma metástasis de adenocarcinoma. El patrón inmunohistoquímico es compatible con origen primario colorrectal.

Conclusiones: La esplenectomía es actualmente considerada el tratamiento de elección de la metástasis esplénica solitaria, pues aun no siendo curativa, aumenta la supervivencia, pudiendo realizarse por vía laparoscópica, con las ventajas que esto conlleva, y no habiéndose definido como contraindicación la cirugía previa ni la malignidad.

P-421. ABDOMEN AGUDO POR MALROTACIÓN INTESTINAL

S. Saudí Moro, V. Borrego Estella, J.L. Moya Andía, L.M. Gracia Mateo, R. Cerdán Pascual, A. Serrablo Requejo, C. Gracia Roche, M. Herrero López, J.I. Barranco Domínguez, A. Martínez Germán y A.P. Riverola Aso

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La malrotación intestinal se diagnostica en la mayoría de los casos en la población pediátrica, siendo extremadamente rara su presentación en adultos. Las anomalías de la rotación intestinal son clínicamente evidentes durante la infancia diagnosticándose en el primer mes de vida el 64% de los pacientes y en el primer año de vida el 75 a 90%; después del segundo año de vida las manifestaciones de malrotación son muy raras. En el adulto puede presentarse en forma sintomática o asintomática. La forma sintomática puede ser aguda o crónica.

Material y métodos: Paciente varón de 69 años, sin alergias medicamentosas conocidas y antecedentes personales de Parkinson. Ingresó por dolor abdominal de tres días de evolución junto con ausencia de emisión de heces y gases y vómitos de carácter biliosos. Abdomen distendido y timpánico, con peristaltismo aumentado y ruidos hidroaéreos. La radiología simple de abdomen fue informada como compatible con cuadro oclusivo bajo. TC abdominal: distensión de asas de íleon, yeyuno y también duodeno de aspecto obstructivo sin determinar la causa. Se visualiza íleon terminal de calibre normal, con líquido, así como en colon ascendente, sin distensión. Gas a nivel distal, por lo que se trata de una obstrucción incompleta. Llama la atención la situación del intestino delgado por fuera del colon descendente que sugiere mesocolon largo, pero no se aprecia herniación a través del mismo. Conclusión: Obstrucción de íleon sin definirse causa. Se inicia tratamiento conservador con fluidoterapia, SNG en aspiración, gastroprotección y analgesia.

Resultados: Tras 24 horas de vigilancia y control del paciente, y ante la no mejoría clínico-radiológica, se decide llevar al paciente a quirófano realizando una laparotomía media supra e infraumbilical apreciándose una importante dilatación de asas de intestino delgado, desde el ángulo de Treitz hasta unos 15-20 cm de la válvula ileocecal. El nacimiento de la raíz mesentérica es anormal, de arriba a abajo y de izquierda a derecha, con colon descendente y sigma íntimamente adheridas a la 3ª y 4ª porción duodenal, quedando el intestino delgado lateral al colon descendente. Se procedió a liberar las adherencias entre colon y el duodeno; devolviendo posteriormente el colon al parietocólico izquierdo.

Conclusiones: La presentación aguda asociada a obstrucción intestinal suele complicarse con vólvulos e isquemia intestinal, estando claramente indicado el manejo quirúrgico. La presenta-

ción crónica caracterizada por dolor abdominal crónico de tipo cólico y vómito bilioso es frecuentemente atribuida a otras patologías y múltiples visitas al servicio de urgencias. En estos pacientes el manejo quirúrgico es controvertido. Algunos autores consideran que la cirugía está indicada para prevenir la posibilidad de complicaciones, las cuales están relacionadas con un intestino mal fijado, una raíz corta del meso del mismo y una posición anómala en la distribución de las asas intestinales. Otros autores no consideran el manejo quirúrgico en pacientes asintomáticos debido a que esta posibilidad es muy baja.

P-422. NEUMOPERITONEO POR ROTURA DE ABSCESO ESPLÉNICO: UN RETO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO

E. Peña Ros, M. Ruiz Marín, M. González Valverde, J.A. Benavides Buleje, P. Parra Baños, C. Escamilla Segade, C. Sánchez Rodríguez, M. Candel Arenas, J. Ródenas Moncada y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivos: Presentar el caso clínico de un paciente con neumoperitoneo producido por la rotura de un absceso esplénico, y revisar la literatura al respecto sobre su patogénesis, diagnóstico y tratamiento. Lo inusual de esta enfermedad y su alta mortalidad debido a su diagnóstico tardío motivó a revisar bibliografía actualizada en relación con su patogénesis, diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 55 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de 10 días de evolución, localizado en epigastrio, con fiebre de hasta 40°C. Entre sus antecedentes destaca cardiopatía isquémica y portador de tres stent coronarios, e intervenido de neoplasia de lengua con exéresis radical y radioterapia postoperatoria 13 años antes. A la exploración presenta un dolor abdominal intenso en hemiabdomen superior con signos de irritación peritoneal y defensa. En la analítica destaca leucocitosis de 14.000, una actividad de protrombina del 53% y un dímero D de 2000. Se realiza un TAC abdominal que informa de líquido libre y burbujas periesplénicas, leve trabeculación de la grasa alrededor del bulbo duodenal que se continúa con neumoperitoneo en región antepilórica, compatible con absceso esplénico o perforación duodenal. El paciente es intervenido hallando una peritonitis purulenta en el compartimento supramesocólico por rotura de absceso esplénico en polo superior del bazo, realizándose esplenectomía. El cultivo del líquido muestra escasos PMN sin germen identificado. La anatomía patológica informa de inflamación abscesificada y necrosada. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta en el 5.º día postoperatorio.

Resultados: Se señala como su causa más frecuente la endocarditis, y los aerobios grampositivos como los principales implicados. Se consideran con factores de riesgo de padecerlo a los pacientes trasplantados, portadores de VIH, con infecciones concomitantes, diabéticos, tomadores de esteroides, con desórdenes hematológicos, alcohólicos, pacientes que han sufrido traumas y enfermos de cáncer o con tratamiento quimioterápico. A pesar de resultar una enfermedad poco frecuente tiene relevante importancia por su mortalidad, atribuida a diagnóstico tardío por la ausencia de síntomas y signos específicos en más de la mitad de los pacientes. La mortalidad de los pacientes no tratados se aproxima al 100%, por lo que la sospecha clínica es fundamental para lograr oportuno diagnóstico y precoz tratamiento que permita reducirla a un 10%. La tríada clínica de fiebre, dolor en hipocondrio izquierdo y masa abdominal sólo se presenta en un 32-59% de los casos. El TAC es el método diagnóstico de elección.

Conclusiones: El absceso esplénico es una entidad poco frecuente que debemos incluir en el diagnóstico diferencial de ab-

domen agudo, y que puede producir la presencia de neumoperitoneo en las exploraciones radiológicas, lo cual puede inducirnos a pensar que se trata de una perforación de víscera hueca. Nuestro paciente presentó 2 de los 3 síntomas de la tríada clásica, y llegó a Urgencias tras 10 días de dolor abdominal, por lo que el cuadro se presentaba muy evolucionado. El diagnóstico fue rápido y preciso, gracias a la disponibilidad del TAC, y el tratamiento efectivo, consiguiendo una evolución favorable.

P-423. SEUDOTUMOR INFLAMATORIO DEL BAZO: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J.P. Arjona Trujillo, J.D.M. López, J. Etreros Alonso, N. Monge Ropero, L. Malave y J. Manzanares

Hospital General, Segovia.

Objetivos: Presentación de dos casos, y revisión de la literatura publicada al respecto.

Material y métodos: Presentamos dos casos clínicos: El primero, una mujer de 80 años de edad que acude a nuestro hospital por dolor en hemitórax izquierdo, anorexia y pérdida de peso. A la exploración física se encontró hipoventilación en base de hemitórax izquierdo. Los estudios radiológicos mediante ecografía y TAC demostraron la existencia de derrame pleural izquierdo, esplenomegalia con dos masas hipocaptantes de pared gruesa y bien delimitadas. El estudio del derrame pleural mostró un exudado mononuclear. Se realizó esplenectomía. El bazo pesaba 625 g y contenía dos masas de aspecto expansivo ocupando casi la totalidad del parénquima esplénico, con diámetros máximos de 9 y 7,5 cm respectivamente. El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico confirmó el diagnóstico de pseudotumor inflamatorio del bazo. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, y fue dada de alta. En la actualidad la paciente está asintomática y ha desaparecido el derrame pleural izquierdo. El segundo caso corresponde a un varón de 28 años de edad sin antecedentes de interés, que consulta por fiebre intermitente de aproximadamente 4 meses de evolución sin foco evidente. Como único dato a la exploración física, discreta esplenomegalia. Los hemocultivos seriados fueron todos negativos y el estudio de serología infecciosa, reveló únicamente IgG positiva para CMV y Epstein Barr, siendo el resto de pruebas negativas (Hepatitis viral A, B y C, VIH, Rickettsias, Coxiela, Legionella, Bartonella, Brucellas, Salmonellas y Francisella). Las pruebas para detectar enfermedades autoinmunes fueron igualmente negativas. En las pruebas de imágenes diagnósticas, se encontró únicamente esplenomegalia con la presencia de una pequeña lesión hipodensa inespecífica. Ante la sospecha clínica de un posible linfoma, se propone realizar esplenectomía para confirmarlo. El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico del bazo fue compatible con pseudotumor inflamatorio del bazo. Se revisó la literatura existente realizando una búsqueda en PubMed, Medline y Uptodate. Se revisó la historia clínica de la paciente y se hizo seguimiento de la misma hasta que fue dada de alta.

Conclusiones: Los pseudotumores inflamatorios del bazo son una patología extremadamente rara, encontrando alrededor de 74 casos en la literatura publicada. Para hacer un diagnóstico diferencial de otras patologías (principalmente linfoma) es necesario un abordaje quirúrgico, toda vez que es además el único tratamiento adecuado en la actualidad. Esta enfermedad cursa con un cuadro clínico inespecífico, no existiendo en el momento actual pruebas diagnósticas de laboratorio ni de imagen que sean específicas. Se trata de lesiones benignas, aunque hay descritos en la literatura algunos casos de muerte por este tipo de tumores en otras localizaciones, por lo cual es necesario hacer un seguimiento de los pacientes.

P-424. TUMOR DE KRUKENBERG DE ORIGEN YEYUNAL TRATADO MEDIANTE CITORREDUCCIÓN COMPLETA E HIPEC

C. León Salinas, A. Arjona Sánchez, F.C. Muñoz Casares, M.D.C. Pérez Manrique, M.D. Ayllón Terán, A. Casado Adam y S. Rufián Peña

Hospital Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El tumor de Krukenberg es una variedad de cáncer metastásico de estirpe epitelial que infiltra la estroma ovárica. Este término ha sido utilizado para referirse a los tumores metastásicos ováricos que contenían células típicas del aparato gastrointestinal independiente del lugar de origen. La citorreducción máxima con peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica intraoperatoria (HIPEC) se ha establecido como terapia de elección para carcinomatosis de origen ovárico, mucinoso apendicular y colon, siendo discutido su uso en carcinomatosis de origen gástrico, no teniendo evidencia sobre tumores yeyunales.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 40 años, intervenida un año antes de tumoración intestinal obstructiva a nivel de yeyuno, informada como adenocarcinoma intestinal en la anatomía diferida, realizándose resección intestinal y sin recibir tratamiento adyuvante. Durante el seguimiento, en TAC de control se presenta recidiva tumoral ovárica bilateral, motivo por el cual es derivada a nuestra unidad para tratamiento quirúrgico. Se realiza laparotomía exploradora, observando dos grandes tumoraciones ováricas de 15 y 25 cm. Se envía biopsia intraoperatoria, que se informa como metástasis de adenocarcinoma intestinal. Presenta además ascitis tabicada y carcinomatosis peritoneal difusa a nivel de pelvis, ambos parietocólicos y diafragmas. PCI de 18. Infiltración de útero y rectosigma. Se procede a realizar histerectomía completa con anexectomía bilateral en bloque con peritoneo pélvico, prevesical y Douglas, resección de sigma y recto superior con anastomosis colorrectal mecánica. Apendicectomía, omentectomía mayor, y peritonectomía completa de ambos parietocólicos y hemidiafragma izquierdo. HIPEC con mitomicina C durante 60 min. Resección óptima CCO.

Resultados: La paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, sin complicaciones quirúrgicas precoces. Se realiza TC abdominal y marcadores a los 2 meses de la intervención sin signos de recidiva.

Conclusiones: El tratamiento de este tipo particular de tumores debe ser quirúrgico, y consiste en la extirpación del tumor primario y de las metástasis. El uso de la citorreducción máxima e HIPEC se establece como terapia en carcinomatosis de origen ovárica, mucinoso apendicular y carcinoma colorrectal, no tanto para carcinomatosis gástrica y sin evidencia de casos en carcinomatosis procedente de carcinoma yeyunal primario. El resultado de nuestra intervención deberá objetivarse a largo plazo, pero hasta la fecha la paciente se encuentra con buena calidad de vida y sin signos de recidiva tumoral, por lo que se plantea como una opción terapéutica siendo necesaria la realización de estudios.

P-425. DIVERTÍCULO YEYUNAL DE GRAN TAMAÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J.A. Rojo López, T. Georgiev Hristov, J. Trébol López, Y. González Domínguez, C. González Gómez, R. Mercader, M.A. Gombau y A. Mateo Martínez

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Los divertículos de yeyuno e íleon, junto con los de estómago, suponen entre el 0,9-1 % de toda la enfermedad diverticular. Habitualmente son asintomáticos, y suelen ser ha-

llazgo casual en laparotomías por otra causa, si bien pueden ser la causa de sintomatología abdominal crónica si bien presentan complicaciones agudas.

Material y métodos: Se presenta un caso clínico acompañado de material ilustrativo.

Resultados: Se trata de un varón de 69 años con antecedente de fallecimiento paterno por carcinoma gástrico, ex fumador, al que se le objetiva en el curso de su estudio en el Servicio de Aparato Digestivo, una tumoración a nivel de cuerpo gástrico compatible con carcinoma. En el estudio por dicha enfermedad se realiza una prueba radiológica de contraste esofagogastroduodenal, con el hallazgo de divertículos en el margen interno de segunda y tercera porciones duodenales y uno de gran tamaño a nivel de ángulo duodeno yeyunal. Tras completar estudio, se procede a intervención quirúrgica realizándose gastrectomía total con gastroyeyunostomía con Y de Roux. Se identifica gran divertículo a poca distancia del ángulo duodeno yeyunal, el cual se disea y reseca con GIA. Igualmente se identifica otro divertículo en asa yeyunal que también se reseca. En el estudio anatomopatológico de las piezas, se identifica divertículo de intestino delgado con ulceración focal e inflamación crónica.

Conclusiones: Los divertículos de intestino delgado pueden ser primarios o secundarios a operaciones abdominales, tuberculosis o enfermedad de Crohn. Su incidencia es de entre 0,5 % y 2,3 % según las series, siendo los yeyunales de 5 a 8 veces más frecuentes que los ileales. Así mismo son más frecuentes en hombres que en mujeres (2:1), se localizan en el borde mesentérico y suelen ser múltiples. Los primarios, son en realidad falsos divertículos ya que se trata de herniaciones de la mucosa y submucosa a través de la capa muscular. Suelen asociar divertículos en otras localizaciones (35 % en colon y 26 % en duodeno). Suelen ser asintomáticos (70 %), o presentar sintomatología inespecífica, pudiendo ser un hallazgo casual de otras cirugías. Entre sus complicaciones agudas se encuentran la perforación (6,9 %), la hemorragia (2,9 %) y la obstrucción intestinal. El tratamiento de elección suele asociar resección intestinal y anastomosis primaria o diverticulectomía. No es indicación absoluta de cirugía pero dada la mortalidad asociada a las perforaciones, algunos autores recomiendan la resección profiláctica.

P-426. HIDATIDOSIS SUBCUTÁNEA PRIMARIA

M. Oset García, D. Escribano Pérez, C. Pastor Espuig, L. Comín Novella, A.C. Utrillas Martínez, P. López Peris, C. Moreno Muzas y J.M. del Val Gil

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Introducción: La hidatidosis o equinococosis es una enfermedad parasitaria causada por *Echinococcus granulosus*. Los huevos de este parásito se encuentran en las heces de los huéspedes definitivos y entran en contacto con el organismo del huésped intermediario por contaminación fecal-oral, donde difunden por vía hematogena hasta que las larvas se alojan en el hígado, pulmones u otros órganos, siendo la hidatidosis subcutánea primaria una entidad extremadamente rara.

Caso clínico: Varón de 68 años que acude a Consultas Externas de Cirugía por tumoración en glúteo derecho que había aumentado de tamaño en los 3 últimos meses. Como único antecedente de interés, en 1998 presentó un absceso glúteo derecho que fue desbridado y drenado. A la exploración, la tumoración tenía una consistencia blanda, no era dolorosa y no presentaba signos inflamatorios. En la TC se objetivó una colección en el tejido celular subcutáneo del glúteo derecho de 9 x 4,5 cm de diámetro y múltiples lesiones nodulares adyacentes, algunas con aspecto quístico. Se realizó extirpación completa de la lesión. En el estudio anatomopatológico de la pieza se observaron múltiples formaciones quísticas en el tejido adiposo, que estaban revestidas

por membranas, sin hallarse escólices. No se administró ningún tratamiento farmacológico posteriormente. Dado el diagnóstico de hidatidosis subcutánea glútea, se realizaron pruebas de imagen que descartaron la existencia de enfermedad hidatídica hepática o pulmonar. A los 2 años de la intervención el paciente presenta de nuevo una tumoración glútea derecha, bajo la cicatriz de la cirugía previa. Se realizó TC observándose una lesión quística bilobulada de $8,5 \times 4,5$ cm en el tejido celular subcutáneo. La lesión fue extirpada quirúrgicamente por completo, confirmando el estudio anatomopatológico la recidiva hidatídica.

Conclusiones: en pacientes con una masa quística debe considerarse el diagnóstico de quiste hidatídico, especialmente si han vivido o visitado un área endémica, como es Aragón. En cuanto al tratamiento lo primordial es la exéresis en bloque de la lesión, aunque algunos autores además administran fármacos antiparasitarios vía oral durante 4 semanas.

P-427. DRENAJES PERCUTÁNEOS Y COLECCIONES ABDOMINALES: ESTUDIO DE REVISIÓN

J. Jorge Cerrudo, A. Paz Yáñez, A. Becerra Massare, K. Muffac Granero, T. Villegas Herrera, D. Garrote Lara y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: El drenaje percutáneo mediante catéter guiado por imagen es el tratamiento de referencia de las colecciones abdominales. Si bien ha demostrado su eficacia en abscesos abdominales y hepáticos, la utilización en pseudoquistes pancreáticos y en necrosis pancreática es más controvertida. Por otro lado, los tratamientos endoscópicos son prometedores pero aun no existe evidencia científica suficiente. El objetivo del estudio es analizar el comportamiento de los pacientes tratados con punción percutánea en colecciones abdominales de diferentes patologías.

Material y métodos: Estudio retrospectivo con una muestra de 21 pacientes que requirieron tratamiento con drenaje percutáneo de colecciones abdominales durante el año 2009. Se excluyeron aquellos en los que la intervención quirúrgica fue la única opción terapéutica. Las variables principales analizadas se agruparon de la siguiente manera: número de drenajes empleados, complicaciones del tratamiento, seguimiento ambulatorio, reingresos, estancia media hospitalaria y mortalidad.

Resultados: La edad media fue de 59 años, con una distribución por sexo similar. Se revisaron 21 colecciones abdominales: 8 abscesos intrabdominales (4 pancreáticos, 3 postquirúrgicos y 1 criptogénico), 6 abscesos hepáticos, 3 pseudoquistes pancreáticos y 4 necrosis pancreáticas. Se utilizaron drenajes tipo "pigtail" de entre 8 y 12 French, colocados mediante técnica de Seldinger guiada por TAC. El tratamiento en planta se basó en antibioterapia empírica y específica según resultados de cultivos, lavados diarios con 10 cc de suero salino, y monitorización de la evolución mediante pruebas de imagen. Se observó una resolución completa en 17 de los 21 casos. Hubo que intervenir a 3 pacientes por fracaso del tratamiento: un absceso abdominal postoperatorio, una necrosis pancreática y un pseudoquiste pancreático. Se usó en la mayoría de los casos un único drenaje, a excepción de un paciente con varios abscesos abdominales que requirió 3 drenajes y otro con varios abscesos hepáticos que necesitó 2 punciones sincrónicas. En cuanto a las complicaciones, se evidenció una en un paciente con un absceso hepático que debutó con una empiema pleural derecho, tratado satisfactoriamente mediante tubo de drenaje torácico. Se decidió un manejo ambulatorio en 2 necrosis pancreáticas, un pseudoquiste y un absceso hepático, después de mejoría clínica en el ingreso hospitalario. 7 casos necesitaron reingresos por no resolución de la colección: 4 abscesos abdominales, un absceso hepático, una necrosis pancreática y un pseudoquiste, 5 de los cuales ne-

cesitaron otro drenaje. La estancia acumulada media fue de 48 días. Se registró 1 exitus en un caso con pancreatitis aguda grave y necrosis pancreática puncionada, que obtuvo mejoría desde el punto de vista abdominal, pero falleció por complicaciones pulmonares secundarias a bacterias multiresistentes.

Conclusiones: El drenaje percutáneo es un tratamiento no invasivo eficaz para las colecciones abdominales. No obstante la variabilidad en los resultados está en relación con las diferentes etiologías y características propias de cada colección. Se debe seleccionar por tanto los pacientes que se beneficiarían de esta intervención.

P-428. IDENTIFICACIÓN DE UN FENOTIPO INMUNOHISTOQUÍMICO Y DE LA TRASLOCACIÓN CROMOSÓMICA T (12;22) (Q13;Q12) EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SARCOMA DE CÉLULAS CLARAS DE TEJIDOS BLANDOS

P. Menéndez Sánchez, D. Padilla Valverde, P. Villarejo Campos, T. Cubo Cintas, R. Pardo García, C. Manzanares Campillo, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, I. Arjona Medina, R. Vitón Herrero y J. Martín Fernández

Hospital General, Ciudad Real.

Introducción: El sarcoma de células claras es una neoplasia maligna de tejidos blandos de escasa frecuencia, también conocido como melanoma de partes blandas. Aunque constituye una entidad clínico-patológica diferente, la existencia de características fenotípicas celulares similares al melanoma, sobre todo en lesiones metastásicas melanocíticas de origen desconocido, y a los pecomas, hace necesario un diagnóstico diferencial correcto. Los sarcomas de células claras, presentan características genéticas diferentes al melanoma y al pecoma, como es la traslocación cromosómica t (12;22) (q13;q12), que permite el reordenamiento genético EWSR1-ATF1. Describimos las características histológicas, inmunohistoquímicas y genéticas de esta entidad en dos enfermas respecto al melanoma y pecoma, lo que nos permitió realizar un correcto diagnóstico diferencial, evitando un tratamiento innecesario o imprudente.

Casos clínicos: Caso 1: paciente mujer de 45 años de edad intervenida quirúrgicamente por dolor y parestesias en territorio del nervio mediano de mano derecha. A la exploración existía tumoración en borde radial de muñeca, que permitía clínica compatible con síndrome del túnel carpiano, confirmado con estudio electromiográfico. Se realizó TC toracoabdominal que descartó existencia de enfermedad a distancia. Se realizó biopsia escisional y liberación del túnel del carpo. El estudio anatomopatológico informó de proliferación fusocelular constituida por células dispuestas de forma desordenada infiltrando tejido conjuntivo y estructuras nerviosas. 10 mitosis/10 cga. Existió inmunotinción positiva para HMB-45, S-100 y vimentina. Fue focalmente positiva para colágeno IV y factor XIIIa. La inmunotinción fue negativa para actina muscular específica (AME), citoqueratina, enolasa neuronal específica, CD34 y CD68. La identificación de la reordenación genética EWS-ATF1 confirmó la traslocación cromosómica t (12;22) (q13;q12), rechazando la posibilidad de melanoma metastásico y confirmando el sarcoma de células claras. Se realizó biopsia selectiva del ganglio centinela sin evidencia de enfermedad maligna, y recibió tratamiento adyuvante con radioterapia. Caso 2: paciente mujer de 32 años de edad remitida a nuestro Servicio con diagnóstico de formación nodular en región lumbar izquierda compatible con melanoma metastásico, para realizar ampliación de márgenes quirúrgicos y linfadenectomía inguinal tras hallazgos clínico-radiológicos de sospecha de metastatización ganglionar. Se realizó ampliación de márgenes quirúrgicos junto a linfadenectomía inguinal izquierda. El estudio anatomopatológico informó de infiltración de piel y partes blandas por tumor maligno con célu-

las fusiformes, epitelioides perivasculares. Existió metastatización en dos de ocho ganglios linfáticos. Existió inmunotinción positiva para HMB-45, melan A y vimentina. Positividad focal para S-100 y CD68. Fue negativa para actina, α 1antitripsina, CD117, CD34, CD99, CKAE1/AE13, p53, desmina y sinaptofisina. Ante estos hallazgos se descartó el diagnóstico inicial de melanoma metastásico, incluyendo en el diagnóstico diferencial el sarcoma de células claras y pecoma. Sólo la negatividad en el reordenamiento de EWS-ATF1 descartó la traslocación t (12;22) (q13;q12), eliminando el diagnóstico de sarcoma de células claras.

Conclusiones: El estudio histológico-inmunohistoquímico y la identificación de la traslocación cromosómica t (12;22) (q13;q12), identificará al sarcoma de células claras en su diagnóstico diferencial para un correcto tratamiento.

OBESIDAD MÓRBIDA

COMUNICACIONES ORALES

O-111. TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO II MEDIANTE BYPASS DUODENOILEAL EN UNA ANASTOMOSIS (SADI) SIN GASTRECTOMÍA. ESTUDIO EXPERIMENTAL

A. Barabash, C. Rodríguez Bobada, S. Cárdenas Crespo, P. González López, E. Martín, M.Á. Rubio, A. Sánchez-Pernaute y A. Torres

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Demostrar en animales de experimentación la utilidad del bypass duodeno-ileal en una anastomosis sin gastrectomía para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

Material y métodos: Se han estudiado 11 ratas de raza Sprague Dawley de 10-12 semanas. Nueve fueron tratadas con 100 mg/kg de estreptozotocina intraperitoneal el primer día de nacimiento para provocar una diabetes tipo II. En 5 se realizó un bypass duodeno-ileal en una anastomosis a 2/5 de la longitud intestinal desde el ciego y en 4 se realizó el protocolo exactamente igual que a las anteriores, pero se les practicó una cirugía simulada. Se utilizaron 2 ratas control no diabéticas a las que se realizó igualmente el bypass duodeno-ileal. Una semana antes de la cirugía y un mes después de la misma se realizó una sobrecarga con 3 g/kg peso de glucosa oral. Tras la implantación de un catéter en vena yugular, se recogieron determinaciones de glucemia a los 10', 30', 60' y 120' de la administración de glucosa. Igualmente se recogieron muestras de sangre basal y en el minuto 30 para la determinación posterior en plasma de Insulina, GLP-1, Glucagón, Leptina, Ghrelina y GIP mediante ensayos xMAP multiplex y posterior cuantificación en Luminex® y de péptido YY 3-36 mediante ELISA. Para el contraste no paramétrico de las variables relacionadas pre y post cirugía se utilizó la prueba de Wilcoxon y nivel de significancia $p < 0,05$.

Resultados: Los niveles plasmáticos de insulina y GLP-1 un mes después de la cirugía aumentaron significativamente sólo en las ratas diabéticas que se habían sometido al bypass duodeno-ileal [Insulina pre: 31,2 (23,4-101,9), post: 92,8 (67,2-119,9), $p = 0,045$] [GLP-1 pre: 22,4 (9,2-53,23), post: 66,3 (46,8-95,9), $p = 0,045$] y no en las que se hizo cirugía simulada o en las ratas control no diabéticas. Las curvas de glucemia tras la prueba de tolerancia a la glucosa mejoraron tras el bypass en las ratas diabéticas [Glucosa min 120 pre: 317 (255-383), post: 255 (166,5-349), $p = 0,08$],

aunque no se puede demostrar el efecto debido al tamaño muestral. En los animales intervenidos no se registraron cambios ponderales.

Conclusiones: El bypass duodeno-ileal en una anastomosis sin gastrectomía estimula la producción de GLP-1 e insulina produciendo una mejoría en la tolerancia oral a la glucosa en ratas diabéticas. La simplificación técnica que supone frente a otras intervenciones con orientación metabólica la otorga ventajas a la hora de afrontar el tratamiento quirúrgico de la diabetes tipo II, y la ausencia de afectación ponderal hace que sea adecuada para los pacientes sin obesidad mórbida.

Este proyecto ha sido financiado por la Fundación Mutua Madrileña.

O-112. CONTROL DE LA DIABETES TIPO II EN PACIENTES OBESOS, CON EL BYPASS GÁSTRICO CON BANDA POR LAPAROSCOPIA

J.L. de la Cruz Vigo¹, F. de la Cruz Vigo², J.M. Canga Presa², M.P. Sanz de la Morena², J.I. Martínez Pueyo² y P. Gómez Rodríguez²

¹Clínica San Francisco, León. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Exponer los resultados obtenidos en el control de la diabetes tipo II en pacientes obesos, con el bypass gástrico con banda por laparoscopia.

Pacientes y métodos: Desde agosto 2005 a octubre de 2009 hasta se han operado 648 pacientes por obesidad mórbida, todos ellos mediante bypass gástrico laparoscópico con banda. Ciento tres pacientes consecutivos (16%) fueron considerados como diabetes tipo II, siendo incluidos al cumplir alguno de los siguientes criterios: glucemia basal en ayunas de 8 horas ≥ 126 mg/dl, estar en tratamiento con antidiabéticos orales, insulina o ambos. Su edad media era 48 años (24-70) y el 57% eran mujeres. El IMC medio era 45 (32-65). El peso medio preoperatorio era de 126 kg (86-186). La glucemia media preoperatoria era de 168 mg/dl. La cifra media de hemoglobina glicosilada preoperatoria era de 7,4%. El seguimiento ha sido del 87% con un tiempo medio de 2,2 años. Se han considerado los siguientes grupos: pacientes sin tratamiento (58), con antidiabéticos orales (35), con insulina (5), con ambos (5).

Resultados: El tiempo medio de resolución de la diabetes ha sido 4,8 meses. En ese momento la cifra de glucemia basal era 94 mg/dl, el peso medio perdido 31 kg, el IMC medio 34,5 y el % E.P.P. 55,7%. El porcentaje de remisión total y/o parcial ha sido: para el grupo de diabetes sin tratamiento (100%/100%), para el grupo de antidiabéticos orales (88%/12%) y para los pacientes que precisaban insulina (80%/20%).

Conclusiones: Para los pacientes obesos con diabetes tipo II, el bypass gástrico con banda por laparoscopia se ha demostrado altamente eficaz.

O-113. EFECTOS DEL BYPASS GÁSTRICO Y DE LA GASTRECTOMÍA TUBULAR SOBRE EL METABOLISMO DE LA GLUCOSA Y LA SECRECIÓN DE HORMONAS INTESTINALES. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO

S. Salvans Ruiz, J.M. Ramón Moros, A. Goday Arno, S. Puig Campano, L. Trillo Urrutia, X. Crous Masó, M. Pera Román y L. Grande Posa

Hospital Universitario del Mar, Barcelona.

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) es la técnica quirúrgica de elección para el tratamiento de la obesidad