
CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

COMUNICACIONES ORALES

O-139. CÁNCER GÁSTRICO EN EL ANCIANO: RESULTADOS TRAS CIRUGÍA CURATIVA

A. Mayol Oltra, R. Martí Obiol, F. López Mozos, G. Bágrena Requena y J. Ortega Serrano

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Objetivos: El cáncer gástrico (CG) es la cuarta causa de muerte por cáncer en España tras los tumores de pulmón, colorrectal, mama y próstata. La cirugía continúa siendo el único tratamiento potencialmente curativo en los casos localizados. El CG se presenta con mayor frecuencia a partir de los 60 años y su incidencia aumenta con la edad. En las últimas décadas ha aumentado la proporción de pacientes mayores de 80 años con CG pasando de un 3% a un 17% en Japón y de un 5% a un 25% en Occidente. El objetivo de nuestro estudio es evaluar o comparar los aspectos clínicos, quirúrgicos, el desarrollo de complicaciones postoperatorias y la evolución en cuanto a recidiva y supervivencia de los pacientes mayores de 75 años comparados con los pacientes menores de 75 años intervenidos en nuestro centro.

Material y métodos: Estudiamos a 109 pacientes intervenidos por cáncer gástrico con intención curativa en el Hospital Clínico de Valencia desde marzo de 2003 hasta junio de 2011. Dividimos a esta población en 2 grupos de estudio: M: ≥ 75 años con 41 (38%) pacientes y m ≤ 75 años con 68 (62%) pacientes. Analizamos el sexo, clínica, antecedentes, localización y estadio tumoral y empleo de QT perioperatoria, el tipo de tratamiento quirúrgico y de linfadenectomía, las complicaciones y mortalidad postoperatoria y la supervivencia global a 5 años en ambos grupos.

Resultados: Se encontró un mayor porcentaje de enfermos con cardiopatía, desarrollo de complicaciones médicas postoperatorias y una menor proporción de linfadenectomías D2 y tratamiento con quimioterapia preoperatoria en el grupo de mayores. No se encontraron diferencias en la mortalidad postoperatoria. No se evidenciaron diferencias al analizar las complicaciones postoperatorias con respecto a la técnica quirúrgica empleada (gastrectomía total vs gastrectomía parcial). El periodo de seguimiento fue de un máximo de 81 meses, con una mediana de 21 meses. En cuanto a la supervivencia global a los 5 años no apreciamos diferencias significativas, teniendo una supervivencia media en el grupo M de $40,6 \pm 5$ meses (IC95% 29,8-51,4), y en el grupo m de $48,5 \pm 3$ meses (IC95% 42,1-54,7).

Conclusiones: En nuestro estudio, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad postoperatoria ni en la supervivencia global a pesar del menor número de pacientes con quimioterapia preoperatoria, aunque sí una mayor mortalidad por causas no oncológicas en el grupo de pacientes ancianos.

O-140. REGISTRO DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL CÁNCER GÁSTRICO. CLASIFICACIÓN SEGÚN STRASBERG

R. Vázquez Bouzán, R. Salgado Álvarez, A. Toscano Novella, M. Lozano Gómez, L. Cerrada Gonzalo y E. Toscano Novella

Povisa Hospital, Vigo.

Introducción: El análisis de las complicaciones en un Servicio de Cirugía constituye una herramienta imprescindible para la gestión de las mismas. La autoevaluación precisa un sistema objetivo de medida para poder comparar nuestros resultados. El sistema propuesto por Strasberg nos ha parecido idóneo para nuestros propósitos.

Objetivos: Mostrar la utilidad de un registro de complicaciones en cirugía gástrica por vía laparoscópica empleando la clasificación de Strasberg.

Material y métodos: Analizamos las cirugías laparoscópicas gástricas realizadas desde el febrero de 2003 hasta febrero de 2012. Registramos las complicaciones mediante la visita virtual que realizamos dos veces a la semana, el control de estancias, los reintegros, los datos que nos facilita enfermería y los datos de Medicina Preventiva. Utilizamos el método de Strasberg para clasificarlas.

Resultados: 231 cirugías laparoscópicas del cáncer gástrico, curativas y paliativas. La mayoría de los pacientes presentaban un riesgo anestésico ASA 3. Edades comprendidas entre los 40 y los 97 años. 20 requirieron reintervención. 26 fueron convertidas a cirugía abierta. La morbilidad según Strasberg fue: tipo 0: 106 pacientes, tipo 1: 8, tipo 2: 37, tipo 3: 22, tipo 4: 6, tipo 5: 8, tipo 6: 36. Se establece el paralelismo con los sistemas clásicos de clasificación.

Conclusiones: El registro y análisis de las complicaciones es una herramienta imprescindible. Contribuyendo a implementar acciones de mejora. Necesitamos un sistema de clasificación objetivo y estandarizado. El sistema de Strasberg parece cumplir estas condiciones.

O-141. ¿ES ÚTIL LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PALIATIVA EN CÁNCER GÁSTRICO? REFLEXIONES TRAS 9 AÑOS DE EXPERIENCIA

R. Salgado Álvarez, R. Vázquez Bouzán, A. Toscano, M. Lozano, L. Cerrada y E. Toscano

Povisa Hospital, Vigo.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en cirugía laparoscópica paliativa del cáncer gástrico. Aportamos reflexiones extraídas tras analizar nuestros resultados y compararlos con los datos de la literatura.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los últimos 9 años de experiencia en nuestro Servicio. Hemos intervenido a 62 pacientes por laparoscopia, de los cuales a 32 se le practicó transección gástrica y gastroenterostomía, a 17 gastrectomía, a 7 gastrostomía y a 6 yeyunostomía. Se

exponen datos demográficos, diagnóstico anatomo-patológico, tiempo quirúrgico, estancia, morbilidad y sobrevida.

Resultados: El 77% de los pacientes superaban los 60 años de edad, de los cuales un tercio eran mayores de 80 años. La mayoría fueron diagnosticados de adenocarcinoma, destacando el tipo intestinal de Lauren. El tiempo quirúrgico medio fue de 150 minutos, con un índice de conversión del 14%. La estancia media postoperatoria fue de 11 días. La mortalidad intraoperatoria de un 13%, con un 30% de morbilidad (se detallan según clasificación de Strasberg). La sobrevida media fue de 439 días con un rango de 2 a 2.190, se exponen las diferencias según la técnica empleada, la presencia o no de metástasis y el empleo o no de quimioterapia adyuvante.

Conclusiones: El cáncer gástrico es una patología frecuente en la edad avanzada y suele diagnosticarse en estadios avanzados. La laparoscopia paliativa es una técnica segura y factible. Nuestros resultados son, al menos, superponibles a las series publicadas en cirugía abierta. La quimioterapia adyuvante parece complementar favorablemente la cirugía paliativa. Creemos que, a la vista de los datos obtenidos en nuestra serie, se justifica este tipo de cirugía. Probablemente nuestros pacientes se hayan beneficiado de las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

O-142. ESTANDARIZACIÓN DE LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO LOCALMENTE AVANZADO

J. Martínez Bernard, J. Bernal Jaulín, R. Cerdán Pascual, V. Rodrigo Vinué, A. Olabera Céspedes, I. Gascón Ferrer, M. Herrero López, C. Gracia Roche, S. Paterna López, N. Sánchez Fuentes y J.M. Esarte Muniaín

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El mal pronóstico de las neoplasias gástricas ha sido el principal impulsor para la búsqueda de estrategias que permitieran mejorar los resultados tras cirugía. La quimioterapia neoadyuvante ha demostrado su eficacia en el aumento de la supervivencia en cáncer gástrico localmente avanzado, por lo que se está convirtiendo en el tratamiento estándar en estos casos. En nuestro Hospital se emplea el esquema EOX perioperatorio que incluye epirubicina, oxaliplatin y capecitabina.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes intervenidos en de adenocarcinoma gástrico tras quimioterapia neoadyuvante, durante el periodo comprendido entre enero 2009 y diciembre 2011.

Resultados: Tamaño muestral de 19 pacientes. Edad media de la muestra de 65,05 años, 53% varones. Los tumores se localizaban en un 42% en 1/3 medio y en otro 42% en 1/3 distal. En el estadioje preoperatorio, las formas más frecuentes fueron T3 (67%) y N1 (55,5%). Los enfermos recibieron una media de 3.18 ciclos del esquema EOX antes de la intervención. Se realizó gastrectomía subtotal en 10 de los casos (53%) y gastrectomía total en 9. La reconstrucción del tránsito digestivo se llevó a cabo mediante anastomosis gastro o esofagoyeyunal en Y de Roux en 17 de los 19 pacientes (89,5%). Se consiguieron resecciones R0 en el 79%. La estancia media tras la intervención fue de 10,32 días, con un rango entre 8 y 18; sólo hubo complicaciones en 6 de los pacientes (31,5%), 2 de ellos presentaron infección del sitio quirúrgico y los 4 restantes complicaciones sistémicas. La estadificación ypT fue: ypT3 en un 32% (frente al 67% antes de la neoadyuvancia), ypT2 16% (previo 11%), ypT1 26% (no se había descrito ninguno antes de iniciar el tratamiento); los estadios ypT4 se mantuvieron estables (21%) y en un caso (5%) se consiguió una regresión completa. También se evidenció regresión en el estadioje ganglionar: ypN0 en un 37% (prequimioterapia del 5,5%), ypN1 32% (previo 55,5%) y ypN2 26% (33,5%); ypN3 también se mantuvo estable (5%). Según la clasificación TRG del grado de regresión tumoral en el 53% de los casos sólo se consiguió un TRG de 3, en el 21% un TRG de 2 y en otro 21% TRG de 1. El 41% de los casos presentaban invasión perineural y el 78% linfovascular. La forma histológica más frecuente fue el adenocarcinoma intestinal (63%); en cuanto al grado de diferenciación el 45% eran poco y el 33% bien diferenciados. Hasta un 35% de los pacientes que han seguido controles en nuestro Centro, recibieron radioterapia tras la intervención. Se ha detectado recidiva en 3 casos, 1 de los cuales ha fallecido.

Conclusiones: La quimioterapia neoadyuvante en estadios localmente avanzados es generalmente bien tolerada y permite en muchos de los casos conseguir cierto grado de regresión tumoral. Además en los pacientes con peor respuesta, nos ayuda a planificar tratamientos tras la inter-

vención más adaptados a cada paciente. Por todo ello, actualmente se considera tratamiento estándar en nuestro Centro.

O-143. LINFADENECTOMÍA SUFFICIENTE EN CÁNCER GÁSTRICO: ¿TIENE VALOR PRONÓSTICO?

B. Porrero, E. Fernando, L. Sanz, E. Turienzo y J.J. González

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Revisar la calidad de la linfadenectomía y del procesamiento de la pieza quirúrgica de gastrectomía en nuestro hospital. Análisis de la supervivencia de los pacientes con cáncer gástrico en relación al tipo de linfadenectomía realizado.

Material y métodos: Estudio de 72 pacientes consecutivos gastrectomizados por adenocarcinoma con intención curativa desde enero de 2002, con al menos 2 años de seguimiento. Se realizaron 48 gastrectomías subtotales y 24 totales. La estadificación pTNM fue: I 30 pacientes, II 14 y III 28 pacientes. Evaluamos las variables anatomoclínicas habituales en relación a la supervivencia, especialmente las referidas a la afectación ganglionar, ratio de dicha afectación (menor y mayor o igual al 20%) y número de adenopatías aisladas en la pieza quirúrgica.

Resultados: La linfadenectomía incluyó al menos 15 ganglios en 35 pacientes. El número medio (DS) de adenopatías en la pieza quirúrgica fue de 13,6 (7), intervalo 1-30 adenopatías. La supervivencia global de la serie a 12, 14 y 60 meses fue del 89%, 74% y 68% respectivamente. Las variables con influencia en la supervivencia fueron: presencia de afectación gan-

glionar ($p = 0,001$), ratio ganglionar ($p = 0,001$) y estadio tumoral ($p = 0,006$). En el análisis multivariante el único factor pronóstico independiente fue la ratio ganglionar, con un riesgo relativo 5,3 veces superior (IC = 1,8-14,9) para los pacientes con ratios ganglionares iguales o superiores al 20%. La realización de una linfadenectomía adecuada (al menos 15 ganglios en la pieza de exéresis) no tuvo influencia en la supervivencia global, ni en la supervivencia por estadios (precoces o los avanzados), ni según la ratio ganglionar (figs.).

Conclusiones: El factor pronóstico más importante en cáncer gástrico es la afectación ganglionar, expresada como ratio ganglionar. La extensión de la linfadenectomía no influye en la supervivencia ni afecta negativamente a la estadificación en nuestra serie. La supervivencia no difiere en pacientes con linfadenectomías inadecuadas independientemente de su ratio ganglionar.

O-144. LINFADENECTOMÍA EN EL CÁNCER GÁSTRICO. FACTORES ASOCIADOS A LA MORBILIDAD Y A LA SUPERVIVENCIA

L. Carrión Álvarez, P. Artuñedo Pe, J. Martínez Piñeiro, M. de Vega Irañeta, P. López Fernández, M. Hernández García, G. Ortega Pérez, C. Miliani Molina, A. Serrano del Moral, A.J. García Muñoz-Najar y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: La extensión de la linfadenectomía (D0-D2) se ha demostrado como un factor pronóstico fundamental en el adenocarcinoma gástrico. El cáncer gástrico tiene una supervivencia relacionada con factores anatomo patológicos determinantes como el número de ganglios afectados y su relación numérica con el total de ganglios extirpados (ratio ganglionar). La asociación de complicaciones con la extensión de la linfadenectomía es un tema controvertido.

Material y métodos: Han sido revisados 97 pacientes diagnosticados y operados de cáncer gástrico. Las variables estudiadas han sido: edad, sexo, tipo histológico de Lauren, grado de diferenciación, localización, tipo de gastrectomía, radicalidad microscópica, tipo de linfadenectomía, número de ganglios extirpados, relación entre ganglios metastáticos (GM) y normales (GN), razón $GM/GN \times 100$, estableciendo el punto de corte en 0%, hasta 10%, de 10 a 30% y superior a 30%. El análisis estadístico se ha realizado con un programa SPSS, la supervivencia se ha calculado con el test de Kaplan Meier (log rank test).

Resultados: La muestra está compuesta por 97 pacientes con una edad media de 64,24 años (DE 12,47), rango: 33-89. El tipo histológico es intestinal en 65 pacientes (67,0%), difuso en 29 (29,9%) e indeterminado o mixto en 2 casos (2,1%). El tipo de linfadenectomía realizado ha sido D0 en 9 casos, D1 en 11 y D2 en 75 pacientes (79,4%). La media de ganglios extirpados considerados globalmente ha sido de 24,8 (IC 21,9-27,3). El seguimiento medio es de 33,5 meses. Presentan afectación ganglionar 62 pacientes (64%). La ratio de ganglios afectados es de 0 en el 36,1%, hasta el 10% el 22,7%, hasta el 30% el 14,4%, y más del 30% el 26,8%. Con unas medianas de supervivencia de 33, 27, 16 y 10 meses respectivamente en cada grupo de ratio de afectación ganglionar ($p < 0,005$). La tasa de complicaciones asociada a la linfadenectomía D0, D1, D2 es de 12,5%, 16,5% y 55,4% respectivamente ($p = 0,02$).

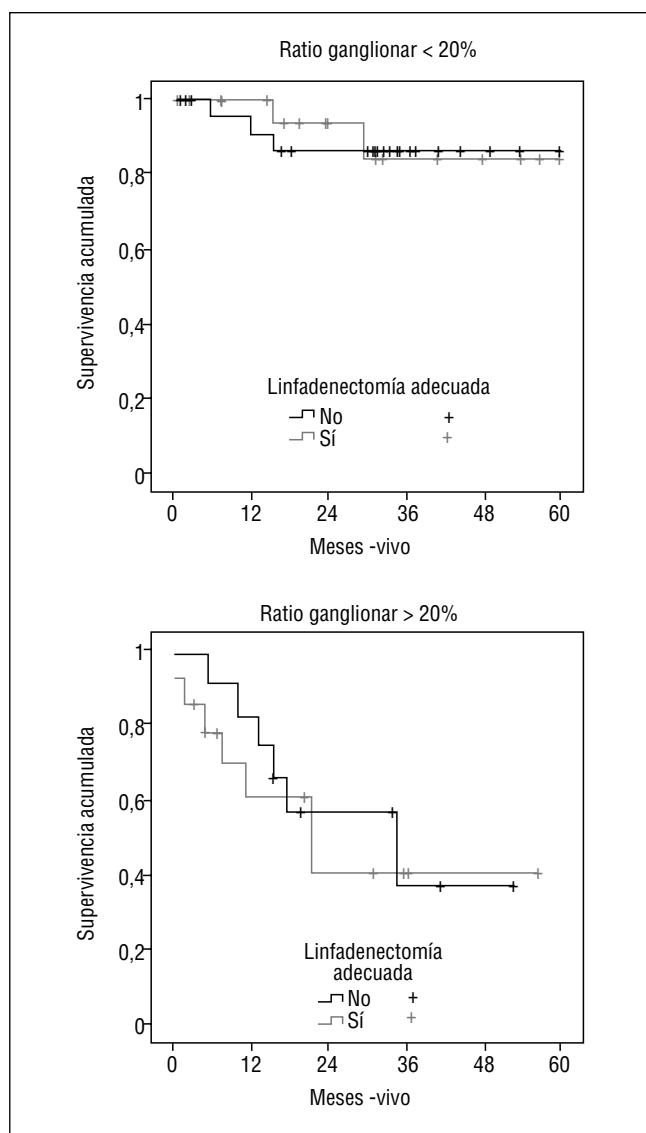
Conclusiones: En la muestra estudiada, y de acuerdo con datos publicados en la literatura médica, la ratio ganglionar es un factor determinante en la supervivencia del cáncer gástrico. Se ha demostrado una asociación entre la extensión de la linfadenectomía y la frecuencia más alta de complicaciones en la linfadenectomía D2 frente a D0-D1.

O-145. NUESTROS RESULTADOS EN CÁNCER GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA

X. Fernández Varela

Complejo Hospitalario, Ourense.

Introducción: Aunque la incidencia de cáncer gástrico en nuestro país ha disminuido, continua siendo la segunda neoplasia más frecuente en el mundo. La cirugía constituye actualmente la única alternativa de tratamiento curativo. Las ventajas demostradas por la cirugía laparoscópica la han convertido en la vía de abordaje actual para el tratamiento de esta enfermedad. Desde su inicio en 1994, son numerosos los centros que han incorporado esta técnica en el manejo del cáncer gástrico, con resultados comparables a la técnica abierta. En nuestro Centro Hospitalario se inicia



el abordaje laparoscópico en 2009, inicialmente mediante técnica mínimamente invasiva, llegando progresivamente al procedimiento completo y minimizando las consecuencias de su aprendizaje.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia y resultados en la cirugía del cáncer esófago-gástrico mediante laparoscopia.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva y observacional de los casos de cáncer esófagogástrico intervenidos mediante técnica laparoscópica (videoasistida, completa) en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Ourense, desde 2010 a 2011. Se registraron los datos clínicos de cada paciente, métodos diagnósticos, la patología asociada, técnica quirúrgica, estudio anatomo patológico, tratamiento complementario, complicaciones médicas y quirúrgicas a medio y largo plazo y supervivencia. Se realizó un análisis descriptivo de las distintas variables clinicopatológicas, y se analizaron nuestros resultados en relación a complicaciones médicas y quirúrgicas en el postoperatorio; así como datos de supervivencia.

Resultados: Se registraron 77 pacientes intervenidos mediante técnica laparoscópica desde enero de 2010 hasta diciembre de 2011. De ellos, 51 eran hombres y 26 mujeres. La edad media se corresponde a 77,73 años. El síntoma más frecuente por lo que requerían estudio es el síndrome constitucional seguido de la anemia y en tercer lugar el dolor abdominal. La patología asociada con mayor frecuencia es la hipertensión arterial, quedando en segundo lugar la diabetes mellitus seguido de los trastornos del ritmo cardíaco. Las pruebas empleadas para diagnóstico fueron en orden de frecuencia: TAC y biopsia, esofagogastrroduodenoscopia, ecoendoscopia, colonoscopia, ecografía abdominal, laparoscopia, y en último lugar, la RMN y el tránsito intestinal. De los 77 casos la mayoría se localizaban en el antró (40 casos), siendo la segunda localización más frecuente el cuerpo con 17 casos. Se realizaron 58 cirugías resectivas, de las cuales 30 fueron gastrectomías subtotales, 19 gastrectomías totales y 9 gastrectomías atípicas o limitadas. Se llevaron a cabo 10 cirugías derivativas, 8 laparoscopias exploradoras y 1 único caso de laparotomía exploradora. La técnica de reconstrucción del tránsito más empleada fue la Y de Roux seguida del Billroth tipo II, realizándose en la mayor parte de los casos anastomosis mecánicas. La media de ganglios linfáticos extirpados por intervención fue de 14,40 con una media de ganglios afectados de 2,12. El porcentaje de pacientes con tratamiento neoadyuvante fue de 7,79% y con tratamiento adyuvante del 45,45%. De estos últimos, un 31,16% recibió quimioterapia, un 12,98% quimio-radioterapia y un 1,3% radioterapia sola. La complicación postoperatoria que se observó con mayor frecuencia fue el fallo de la anastomosis en 5 casos, seguido de la hemorragia y la infección del sitio quirúrgico con 3 y 3 casos respectivamente. Se precisó reintervención en un total de 5 los 77 casos. La morbilidad asociada apareció en un 31,16% de los pacientes, con una mortalidad del 7,79%.

Conclusiones: En los últimos años la gastrectomía laparoscópica se ha desarrollado como principal técnica quirúrgica para el tratamiento del cáncer gástrico. Se ha convertido en una técnica factible aunque requiere de una curva de aprendizaje. En nuestra auditoría objetivamos resultados similares a la literatura, poniendo de manifiesto que la cirugía laparoscópica en manos expertas es una técnica quirúrgica comparable a la cirugía abierta en cuanto a la resección y linfadenectomía (media de ganglios extirpados) y con una serie de complicaciones postquirúrgicas asumibles.

O-146. USO DE LA QUIMIOTERAPIA PERIOPERATORIA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO LOCALMENTE AVANZADO

C. León Espinoza, G. Baguena, F. López, R. Martí, A. Pérez Fidalgo, S. Roselló, N. Tarazona, J. Ortega y A. Cervantes

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: El objetivo de este estudio es valorar los resultados tras la aplicación de un régimen de quimioterapia perioperatoria (Xelox) en los pacientes con cáncer gástrico avanzado.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se analizaron 62 pacientes diagnosticados de cáncer gástrico localmente avanzado. Se incluyeron los pacientes estadiificados como T₂ y/o N₁ (M0) a los que se les administró un régimen de quimioterapia perioperatoria (Xeloda y capecitabina). Se evaluaron datos demográficos, grado de cumplimiento, desarrollo de complicaciones postoperatorias, respuesta tumoral, intervalo libre de enfermedad y supervivencia.

Resultados: Se intervinieron los 62 pacientes. La mayoría (83%) con estadio clínico III. Tras la quimioterapia, se presentó una respuesta tumoral

completa en un 6,4% de los casos, parcial en un 53,2% y progresión de enfermedad en un 4,8%. En 57 pacientes (91,9%) se realizó cirugía con intención curativa. La tasa de cumplimiento de la quimioterapia preoperatoria fue del 70,8% y de un 20,9% para la postoperatoria. Se registraron 22 complicaciones postoperatorias (35,4%) y 2 exitus postoperatorios (3,2%). La mediana de supervivencia fue de 38 meses con un seguimiento medio de 21,8 meses. No se observaron diferencias significativas en la supervivencia en función de la respuesta a la quimioterapia (p = 0,335). La mediana del intervalo libre de enfermedad fue de 33,36 meses, sin diferencias significativas entre pacientes respondedores y no (p = 0,354).

Conclusiones: La quimioterapia perioperatoria no aumenta la tasa de complicaciones en pacientes con cirugía tras cáncer gástrico y presenta infraestadificación. No se evidencian diferencias significativas en la supervivencia, intervalo libre de enfermedad o ganglios afectos entre los pacientes respondedores y no respondedores.

O-147. GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON LINFADENECTOMÍA POR CÁNCER GÁSTRICO

V. Concepción Martín, J.M. del Pino Monzón, C. Díaz, A. Goya, M.J. Palacios Fanlo, E. Moneva, M. Alonso y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Objetivos: Existe gran controversia en cuanto a la validez del abordaje laparoscópico en la cirugía del cáncer gástrico en nuestro medio. El objetivo de este estudio es presentar los resultados de dicho abordaje en nuestro centro.

Material y métodos: Se han obtenido de forma prospectiva la información relativa a aquellos pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico y operados de forma laparoscópica en nuestro centro.

Resultados: Entre el 2000 y el 2010 se han llevado a cabo 125 resecciones con diagnóstico de cáncer gástrico. En este tiempo se han llevado a cabo 66 resecciones R0 mediante abordaje laparoscópico, siendo 21 de ellas gastrectomías totales por cáncer gástrico proximal. La edad media es de 67 años, con un rango de 27 a 91 años. En más del 75% de los casos se ha llevado a cabo linfadenectomía ampliada D2 sin esplenectomía, con una media de obtención de ganglios de 15. La tasa de reconversión fue del 3%, es decir, 2 pacientes, uno de ellos por dificultad técnica para llevar a cabo la resección con garantías oncológicas y otro por sangrado en el bazo que requirió esplenectomía. La mortalidad ha sido del 3% en nuestra serie, con un 10% de complicaciones mayores (fistula digestiva y hemorragia) y un 11% de complicaciones menores. En cuanto a la clasificación por estadios (7th edición de la AJCC), es la siguiente: IA 14%, IB 12%, IIA 15%, IIB 16%, IIIA 15%, IIIB 10%, IIIC 9% y un 4% en estadio IV. Hay que señalar que más del 60% de los pacientes presentaban ganglios positivos, con solo un 26% de estadios precoces. Tres pacientes presentaban estadio IV en el momento de la cirugía, y se decidió realizar resección D0 como palivación. La supervivencia global, con una media de seguimiento de 48 meses, ha sido del 70% a un año, 47% a tres años y del 39% a cinco años.

Conclusiones: La gastrectomía laparoscópica con linfadenectomía extendida para el cáncer gástrico es una técnica segura y oncológicamente efectiva en nuestro centro, con cifras de supervivencia similares a las que se encuentran en la literatura occidental.

O-333. ESOFAGECTOMÍA POR CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO. RESULTADOS EN 105 PACIENTES

J. Roig García, E. Artigau Nieto, M. Puig Costa, J. Gironés Vila, J.I. Rodríguez Hermosa y A. Codina Cazador

Hospital Universitari Doctor Trueta, Girona.

Introducción: Se trata de un trabajo descriptivo en el que se muestran los resultados de la utilización sistemática de la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago.

Material y métodos: Se estudian 105 pacientes a los que se ha practicado una esofagectomía por procedimientos mínimamente invasivos. La laparoscopia se ha realizado en el 100% de casos y en 24 pacientes se ha completado la resección por vía transhiatal. En los primeros pacientes el abordaje torácico fue abierto y en los últimos 45 por toracoscopia (17 esofagectomías con anastomosis cervical y 28 procedimientos de Ivor Lewis). Se describe, paso a paso, la técnica seguida en cada caso.

Resultados: Con una edad media de 60,7 años y un predominio de varones (84%), se operaron 48 carcinomas escamosos y 57 adenocarcinomas. En el 58% de los pacientes se ha practicado neoadyuvancia por tener un estadio T3 o N1. La morbilidad global de la serie ha sido del 38% y la mortalidad del 5,6%. La estancia postoperatoria media ha sido de 14,1 días y la supervivencia a 5 años del 41%.

Conclusiones: Es posible sustituir las diferentes fases de la esofagectomía oncológica por procedimientos mínimamente invasivos sin afectar la morbilidad, la mortalidad operatoria o la supervivencia a corto y medio plazo. Una excelente compenetración del equipo quirúrgico y una instauración progresiva de sus diferentes fases favorece la instauración completa de la técnica.

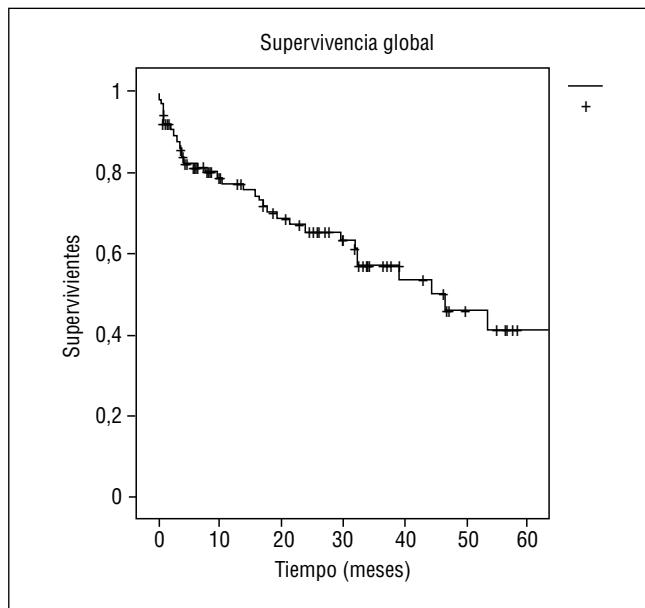


Figura. Supervivencia global de los 105 pacientes operados con cirugía mínimamente invasiva. (Kaplan-Meier).

IO-334. RECONSTRUCCIONES ESOFÁGICAS EN UN SEGUNDO TIEMPO

A. Sturlese Gaya, F. Estremiana García, C. Bettonica Larrañaga, H. Aranda Danso, M. Miró Martín, M.I. Darriba Fernández y L. Farran Teixidó

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar la morbilidad y mortalidad de la reconstrucción esofágica en un segundo tiempo en una unidad especializada en cirugía esofagogastrica.

Material y métodos: Desde el mes de enero de 2001 hasta marzo de 2012 se realizaron 46 reconstrucciones esofágicas en un segundo tiempo en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital de Bellvitge. Se revisaron de forma retrospectiva los datos epidemiológicos, la técnica quirúrgica empleada, la morbilidad mayor y menor y la mortalidad postoperatoria.

Resultados: De los pacientes intervenidos, 35 fueron varones y 11 mujeres, con una media de edad de 54 ± 13 años. Los diagnósticos que llevaron a la desconexión fueron: 16 por ingestión de cáticos como intento autolítico, 10 por síndrome de Boerhaaver, 9 por perforación iatrogénica, 9 por dehiscencia esofagoyeyunal/necrosis de la plástica en una reconstrucción primaria previa y 1 por fistula traqueoesofágica. Las reconstrucciones se llevaron a cabo mediante coloplastia derecha en 21 pacientes (45,6%), coloplastia derecha supercharged en 7 pacientes (15%), coloplastia izquierda en 5 pacientes (11%), gastroplastia con acondicionamiento gástrico en 8 pacientes (17,5%) e interposición de yeyuno libre en 4 pacientes (8,7%). En 22 de los 46 casos se desestimó la gastroplastia por presentar gastrectomía o cirugía gástrica previa. Analizando la morbilidad de la cirugía destacamos un 54% de complicaciones médicas y

un 41,3% de complicaciones quirúrgicas, entre ellas dehiscencia de anastomosis cervical (37%) y dehiscencia de anastomosis abdominal (6,5%). Se reintervinieron 5 pacientes: 3 por sepsis intraabdominal y 2 por hemoperitoneo. La mortalidad posquirúrgica fue del 6,5% (3 pacientes).

Conclusiones: La reconstrucción esofágica es una técnica compleja que en unidades especializadas presenta una mortalidad aceptable (6,5%) y una morbilidad nada despreciable (57%). La coloplastia derecha fue la técnica más utilizada en nuestra serie, cuando no se dispone de estómago para la reconstrucción de estos pacientes.

O-335. VALOR DEL AUTOTRASPLANTE INTESTINAL EN LA RECONSTRUCCIÓN DIGESTIVA TRAS CIRUGÍA RADICAL POR TUMORES DE HIPOFARINGE Y ESÓFAGO CERVICAL

Y. Quijano, E. Vicente, H. Durán, E. Díaz, I. Fabra, R. Puga, B. Ielpo, C. Oliva, R. Caruso, A. Cubillo y O. Hernando

Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid.

Introducción y objetivos: Tumores de hipofaringe y esófago cervical han sido y son tratados habitualmente con tratamientos quimio-radioterápicos. La cirugía, dada la complejidad de la reconstrucción digestiva ha sido generalmente descartada. La utilización de plástias gástricas y más excepcionalmente cólicas han sido la primera opción quirúrgica para la citada reconstrucción. Mejoras en la técnica quirúrgica, especialmente en la microcirugía ha facilitado la realización en estos pacientes de una excelente alternativa técnica para la citada reconstrucción digestiva; injertos yeyunales libres revascularizados o autotrasplante intestinal. El objetivo de la presente comunicación es describir los aspectos técnicos relacionados con el uso del injerto yeyunal libre revascularizado en el tratamiento quirúrgico de los tumores de esófago cervical e hipofaringe.

Material y métodos: Entre marzo de 2001 y abril de 2012, 11 trasplantes heterotópicos intestinales han sido llevados a cabo en 9 pacientes (8 varones y 1 mujer). La edad media fue de 53 años (34-64). Las patologías que llevaron a este procedimiento fueron: carcinoma de hipofaringe (6), leiomiosarcoma de esófago cervical (1), estenosis esofágica tras radioterapia (1) y carcinoma de esófago tras la necrosis proximal de dos plástias cólicas practicadas previamente (1). En 5 enfermos se había realizado tratamiento neoadyuvante radioterápico. En 7 enfermos se asoció una esofagofaringolaringuectomía con disección radical de cuello. El injerto yeyunal (15 cm) fue obtenido a través de laparotomía con su correspondiente pedículo arterial y venoso, que fue preservado durante el período de isquemia en solución de preservación Celsior a 4 °C. Se efectuó cirugía de banco para preparar los pequeños pedículos vasculares. La reconstrucción vascular se efectuó mediante técnicas microquirúrgicas a la arteria carótida común (7) o arteria tiroidea superior (4), y a la vena yugular interna (10) o rama de la vena yugular interna (1). La continuidad digestiva se restableció mediante anastomosis término terminal del injerto yeyunal suturado en posición isoperistáltica a nivel proximal al muñón hipofaringeo (11) y a nivel distal al esófago (cervical en 10 casos y torácico en 1 caso).

Resultados: Las complicaciones postoperatorias incluyeron: reintervención precoz por sangrado del lecho quirúrgico cervical (1), fistula anastomótica que cerró espontáneamente a los 15 días de su aparición (3), pérdidas del injerto secundarias a trombosis vasculares (3) (pacientes sometidos a tratamiento radioterápico previo y con necesidad de importante soporte vasoactivo postoperatorio por distrés respiratorio). Dos de estos pacientes fallecieron por este motivo. El tercero requirió un nuevo autotrasplante. La funcionalidad del injerto de los pacientes que sobrevivieron al procedimiento (7/9) fue en todos los casos excelente. 1 paciente presentó recurrencia local (leiomiosarcoma esofágico). Con un seguimiento de 4-108 meses, 4 pacientes permanecen vivos y 2 de ellos con enfermedad a distancia (incluido el caso de recurrencia local). 3 enfermos han alcanzado una supervivencia superior a los 36 meses.

Conclusiones: La radicalidad quirúrgica necesaria para el tratamiento de pacientes afectos de tumores localizados en esófago cervical y/o hipofaringe debe obligadamente de ir asociada a una reconstrucción digestiva que asocie una correcta funcionalidad y mínimas consecuencias estéticas. La experiencia derivada de una adecuada formación en microcirugía facilita la realización de este tipo de reconstrucción.

O-336. CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DEL CÁNCER DE ESÓFAGO Y UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA. EVOLUCIÓN TÉCNICA Y RESULTADOS

J.M. del Pino Monzón, V. Concepción Martín, M. Alonso González, C. Díaz López, A.I. Soto Sánchez, B. Reyes Correa, J.G. Díaz Mejías, E. Moneva Arce, M.J. Palacios Fanlo y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Introducción: El pronóstico del cáncer de esófago y de la unión esofagogastrica (UEG) está directamente relacionado con su resecabilidad. La esofagectomía con reconstrucción con plástica gástrica es una intervención gravada con una alta morbilidad. La cirugía mínimamente invasiva, a iguales resultados oncológicos podría mejorar la morbilidad de estas intervenciones.

Material y métodos: Análisis prospectivo de los pacientes sometidos a cirugía curativa mínimamente invasiva de cáncer de esófago torácico y de UEG (Sievert tipo I-II).

Resultados: Entre diciembre-2004 y abril-2012 se resecaron 41 pacientes con tumores de esófago o de UEG. Todos los pacientes eran varones excepto 4 mujeres, con una mediana de edad de 62,7 años (41-81). El 52,5% de los pacientes recibió quimioterapia neoadyuvante según esquema Al-Sarraf. Se realizaron 19 esofagectomías mínimamente invasivas transhiatales con plástica gástrica y anastomosis cervical sin toracoscopia (2004-2007). En 22 pacientes se realizó disección del esófago torácico por toracoscopia (2007-2012): en 3 pacientes en decúbito lateral derecho y en 19 en decúbito prono. Sólo hubo una conversión a toracotomía por sangrado no controlable por toracoscopia. No hubo conversiones a laparotomía. La duración media de las intervenciones fue de 330 minutos. Tres pacientes presentaron neumonía que requirió intubación prolongada. La fistula cervical fue la complicación más frecuente pero en sólo 2 casos requirió alimentación por yeyunostomía prolongada. El adenocarcinoma de esófago distal y unión esofagogastrica representó un 68,3% (28 pacientes) con pT3 en el 52,5%. La media de ganglios extirpados fue de 14,5, pero un 62,5% fueron N+ (N1: 20%; N2: 25%; N3: 17,5%) [TNM 7ed, 2010]. Con un seguimiento medio de 22,5 meses la supervivencia media es del 38,5%.

Conclusiones: Las técnicas mínimamente invasivas son factibles y parecen disminuir las complicaciones de la cirugía del cáncer de esófago y de UEG, aunque alargan discretamente los tiempos operatorios. Son cirugías técnicamente demandantes a desarrollar en unidades con experiencia en cirugía esofagogastrica. La fistula cervical sigue siendo una complicación frecuente. Los resultados oncológicos son excelentes con supervivencias grabadas por el alto porcentaje de ganglios positivos.

O-337. IMPLANTACIÓN DE ESOFAGUECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

E. Sánchez López, E. Arrué del Cid, I. Domínguez Serrano, L. Rodríguez Gómez, E. Martín Antona, E. García Almenta, A. Sánchez Pernaute y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La cirugía mínimamente invasiva del cáncer de esófago parece haber conseguido mejorar el curso postoperatorio de los pacientes intervenidos, aunque aún no esté clara su eficiencia y efectividad real en comparación con la vía abierta. Presentamos la técnica quirúrgica y los primeros resultados obtenidos en nuestra unidad de cirugía esofagogastrica tras la introducción progresiva de técnicas mínimamente invasivas desde el año 2007.

Material y métodos: Nuestra muestra se compone de un total de 23 pacientes, 21 hombres y 2 mujeres cuya edad media es de 66,39 años. A todos ellos se les ha realizado estudio preoperatorio según protocolo: analítica con marcadores, endoscopia, tránsito gastroduodenal y PET-TC. Cuatro pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante por presentar ganglios positivos ($> n1$) y/o tumor local extendido. Técnica quirúrgica: en aquellos pacientes con tumoración situada por debajo de la vena ázigos se realizó técnica de Ivor-Lewis, mientras que en los proximales se practicó esofagectomía en tres campos. Los pacientes mayores o con patología respiratoria fueron sometidos a esofagectomía transhiatal. Ivor-Lewis: abordaje abdominal laparoscópico con cinco trócares, gastrolisis con sección de arteria gástrica izquierda. Linfadenectomía D2 y tubuliza-

ción de curvatura mayor. En decúbito lateral izquierdo se realiza toracoscopia derecha con cuatro trócares o toracotomía, esofagectomía, linfadenectomía infracarinal y ascenso de plástica realizando anastomosis con endograpadora circular (Orvil). Trashtialal: se realiza laparoscopia con disección esofágica hasta venas pulmonares asistida mediante minilaparotomía para la disección superior. 3 campos: se inicia en decúbito prono con toracoscopia derecha disecando esófago; posteriormente se coloca al paciente en decúbito supino realizando abordaje cervical y laparoscópico simultáneo.

Resultados: La técnica quirúrgica utilizada ha sido Ivor Lewis en 20 casos, trashtialal un caso y tres campos en dos casos. De los 23 pacientes en los que el tiempo abdominal ha sido por vía laparoscópica se han reconvertido a vía abierta en dos. En nueve casos se realizó toracoscopia y en cuatro fue necesario reconvertir a toracotomía. Presentaron una media postoperatoria inmediata en UVI de 3 días y una estancia hospitalaria mediana de 15 días. Cinco pacientes presentaron insuficiencia respiratoria en el postoperatorio de los cuales tres presentaron fistula anastomótica, dos torácica y una cervical, cuatro infección respiratoria y dos pacientes fallecieron (8,6%).

Conclusiones: Con la cirugía mínimamente invasiva podemos ofrecer una técnica igual de segura que en cirugía abierta con aceptable morbilidad.

O-338. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESÓFAGO: NUESTRA EXPERIENCIA

A. Martínez Pérez, R. Trullenque Juan, E. Martínez Mas, N. Peris Tomás, G. Garrigós Ortega, N. Estellés Vidagany, J.A. Diez Ares, E. Martí Martínez y M. Martínez-Abad

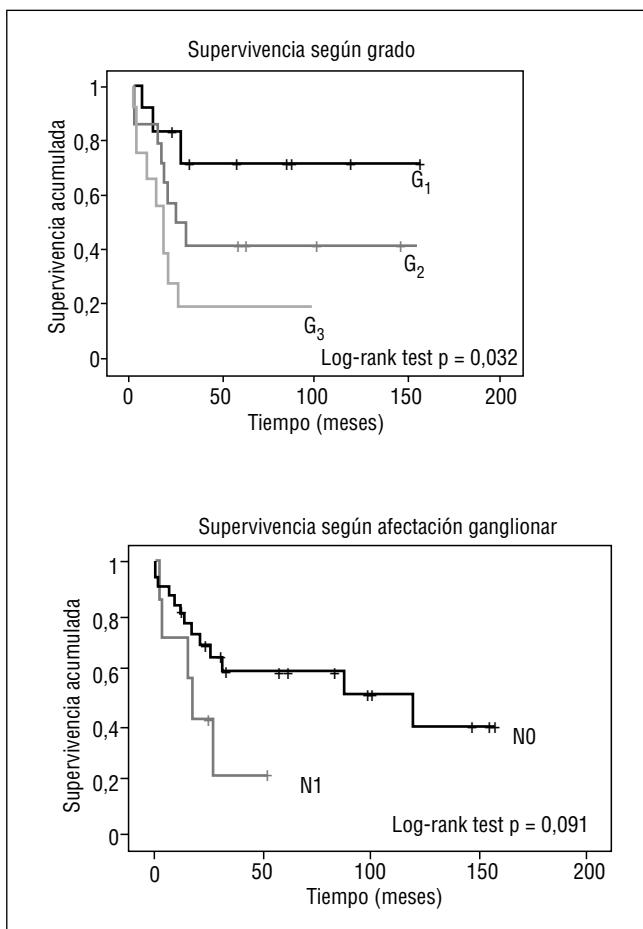
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: La cirugía laparoscópica ha demostrado ser tratamiento de primera línea en patología esofágica. Pese a su difusión en patología benigna, no existen muchos estudios sobre resultados a largo plazo en la neoplásica. La extensión ideal de la linfadenectomía en cáncer esofágico sigue estando en discusión actualmente.

Objetivos: Analizar de forma retrospectiva los pacientes intervenidos con técnicas laparoscópicas que asocian linfadenectomías poco agresivas. Posteriormente evaluar epidemiología, morbilidad postoperatoria y supervivencia a largo plazo, estudiando qué factores influyen en ella.

Material y métodos: Se incluyen 40 pacientes intervenidos en nuestro servicio por neoplasia de esófago (24 adenocarcinomas y 16 carcinomas epidermoides) entre 1998 y 2011. La muestra se compone de 38 hombres y 2 mujeres con media de edad de 60,73 años (40-85). Fueron sometidos a neoadyuvancia el 85% (Al-Sarraf + RT). Se realizaron 33 técnicas transhiatales laparoscópicas y 7 a tres campos (laparoscopia + toracoscopia); en ellas, independientemente de la técnica empleada se realizaron linfadenectomías conservadoras (que incluían ganglios periesofágicos y de la coronaria estomáquica). Excepto 6 pacientes con neoplasia de tercio medio, el resto (34) tenían patología que incluía esófago inferior y unión esofagogastrica.

Resultados: El tiempo medio desde la aparición de síntomas hasta el diagnóstico fue de 4,3 meses (0-12). Siendo el síntoma más frecuente la disfagia (85%), seguido de síndrome constitucional (55%), pérdida de peso (55%), y epigastralgia (47%). Existe un cambio en la distribución anatomo-patológica tumoral: en los primeros 7 años (1998-2004) la relación entre adenocarcinoma y epidermoide fue de 45%-55% respectivamente, en los últimos 7 (2005-2011) se invierte, siendo los adenocarcinomas un 60%, con cifra similar de pacientes. El tiempo medio anestésico fue de 304,88 minutos (240-450). Se realizó una conversión, por adherencias de cirugías previas. Entre las complicaciones postquirúrgicas (47,5%, siendo un 27,5% respiratorias), 4 requirieron intervención (2 dehisencias, un hemoperitoneo y una fistula duodenal). Se produjeron 2 fistulas cervicales, que se resolvieron satisfactoriamente con tratamiento conservador. La mortalidad postoperatoria fue del 7,5%. Se registraron un 22,5% de complicaciones a largo plazo, sobretodo estenosis anastomóticas que requirieron dilatación. La supervivencia global a 1 año fue del 78,8%, y a 5 años del 52,7%. Entre los pacientes sometidos a neoadyuvancia se observaron respuestas completas patológicas en el 37,5%, en este grupo la supervivencia a 5 años fue del 80,2% ($p < 0,05$). Otros factores que se relacionan con la supervivencia fueron el grado de diferenciación ($p < 0,05$) y la presencia o no de adenopatías en el estudio anatómico-patológico postquirúrgico ($p < 0,1$).



Conclusiones: En los pacientes afectos de neoplasia de esófago, la terapia neoadyuvante es fundamental para la supervivencia. El abordaje laparoscópico con linfadenectomía menos extensa es una técnica que consigue resultados similares en supervivencia a otras técnicas más agresivas. La reducción de la agresión quirúrgica produce menor tasa de complicaciones a corto plazo. Pese a estos resultados, para sacar conclusiones más consistentes se necesitan estudios prospectivos aleatorizados multicéntricos con mayor tamaño muestral.

O-339. UTILIDAD DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN LA ESOFAGUECTOMÍA

I. Díez del Val, C. Loureiro González, J. Barrenetxea Asua, I. del Hoyo Aretxabaleta, P. Pérez de Villarreal, E. Etxebarria Beitia, S. Ruiz Carballo, J.E. Bilbao Axpe y J.J. Méndez Martín

Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Introducción: La cirugía robótica permite la realización de los procedimientos habituales de cirugía esófago-gástrica en condiciones de seguridad y efectividad. Respecto a la cirugía laparoscópica, mejora la calidad (3D) y estabilidad de la imagen, así como la disección fina en campos profundos y las anastomosis difíciles. Por ello, la esofaguestomía puede beneficiarse especialmente del abordaje robótico.

Material y métodos: Entre septiembre de 2009 y abril de 2012 hemos intervenido a 65 pacientes mediante cirugía robótica de diferentes patologías esófago-gástricas. De ellos, en 15 casos se propuso una esofaguestomía. Se trataba de 13 hombres y 2 mujeres con una edad media de 58,8 años (rango: 41-78) con los siguientes diagnósticos: 8 adenocarcinomas, 6 carcinomas escamosos y una estenosis benigna refractaria con una perforación iatrogénica previa.

Resultados: Se realizaron 6 esofaguestomías transhiatales, 3 con triple acceso (toracoscopia robótica, laparoscopia y cervicotomía), 4 Ivor-Lewis con anastomosis manual intratorácica, una toracoscopia exploradora (carcinoma escamoso T4b con diagnóstico preoperatorio de leiomioma) y

una laparoscopia exploradora en la que, tras disecar el esófago distal y liberar la curvadura mayor gástrica, se interrumpió la cirugía por la presencia de implantes carcinomatosos en la transcavidad. Según el protocolo del hospital, 11 pacientes recibieron radioquimioterapia preoperatoria y uno quimioterapia perioperatoria. En otro se indicó cirugía inicial por comorbilidad cardiológica. Un paciente precisó conversión a laparotomía por dificultad de disección retrogástrica durante la laparoscopia. Tres pacientes fueron reintervenidos: uno por migración gástrica intratorácica, una colecistitis gangrenosa y una peritonitis por dehiscencia en la línea de grapado del tubo gástrico. Dos fistulas anastomóticas (una cervical y una intratorácica) fueron tratadas con éxito mediante endoprótesis recubierta. La mortalidad operatoria fue nula y la estancia hospitalaria mediana 11 días (rango: 8-45).

Conclusiones: En nuestra experiencia, las principales limitaciones del robot son la necesidad de una importante manipulación visceral, por la ausencia de tacto, y la utilización de endograpadoras, que deben ser introducidas por el ayudante. Por ello, consideramos que ni la fase abdominal de la esofaguestomía (disección, tubulización, piloroplastia) ni la toracoscopia como primer tiempo se benefician especialmente de este abordaje. En estos casos, utilizamos indistintamente la técnica laparoscópica (toracoscópica) o robótica. Por el contrario, la cirugía robótica facilita la disección mediastínica profunda y las anastomosis complejas, por lo que permite la disección esofágica transhiatal con visión directa hasta por encima de la carina, así como la anastomosis manual en decúbito prono durante la técnica de Ivor-lewis, que simplifica notablemente el procedimiento respecto a las anastomosis mecánicas a dicho nivel. En conjunto, la cirugía robótica representa un abordaje emergente cuyas indicaciones se van definiendo con la experiencia. Nuestra serie, aunque limitada, permite entrever algunas de sus ventajas y posibles aplicaciones. Las complicaciones observadas parecen estar más en relación con la complejidad del enfermo o del procedimiento que del robot propiamente dicho.

O-340. TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS ESOFÁGICAS MEDIANTE PRÓTESIS ENDOSCÓPICAS CUBIERTAS

R. Brusadin, V. Munitiz Ruiz, D. Ruiz de Angulo, L.F. Martínez de Haro, A. Ortiz, A. Serrano, J. Molina Martínez y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Uno de los principales problemas tras una sutura o anastomosis esofágica es la dehiscencia de la misma. El tratamiento habitual para su resolución es la cirugía, siendo necesaria en algunas ocasiones la exclusión esofágica. La utilización de prótesis metálicas autoexpansibles cubiertas puede ayudar a la cicatrización de la dehiscencia, evitando técnicas quirúrgicas más agresivas. Presentamos nuestra experiencia durante el año 2011 en 5 casos clínicos.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 59 años con trastorno motor esofágico tipo espasmo que en mayo 2011 sufrió perforación esofágica por cuerpo extraño en el esófago torácico medio. Tras dos intervenciones con sutura primaria fallidas se decide colocar una prótesis esofágica recubierta. Inicialmente cierra la fístula pero al mes se reintegra por fístula esofágico-bronquial en la zona de la perforación. Se colocan dos nuevas prótesis para cubrir la anterior y facilitar la posterior extracción. Tras numerosos controles finalmente se retiran las prótesis en enero 2012. El paciente está asintomático en la actualidad. Caso 2: varón de 59 años, intervenido en junio 2011 de carcinoma epidermoide de esófago distal. En el postoperatorio se objetiva un quilotórax y dehiscencia de anastomosis por lo que se reinterviene y sutura. Tras nueva dehiscencia se coloca una prótesis esofágica cubierta. Tras confirmar el cierre de la fístula en 1 mes se retira la prótesis, con controles radiológicos normales. Caso 3: mujer de 52 años, intervenida en Noviembre 2011 de adenocarcinoma gástrico realizando gastrectomía total con anastomosis esófago-yejunal. Se reintervino a los 6 días por pequeña fístula anastomótica, realizando sutura simple de la misma. Tras una segunda dehiscencia se decide colocación de prótesis esofágica. Se consigue el cierre de la fístula y la paciente fue alta hospitalaria. Tras múltiples intentos de retirada, utilizando incluso otras prótesis, se decide realizar laparotomía para extracción quirúrgica, pero se aprecia una carcinomatosis y recidiva local, causa probable del firme anclaje de la prótesis al esófago. Caso 4: varón de 58 años, intervenido en Diciembre 2011 de adenocarcinoma de esófago distal mediante esofago-gastrectomía transtorácica con anastomosis mecánica. Al 6º día postoperatorio presenta empeoramiento clínico y salida de azul de metileno por

el drenaje torácico. Se practica endoscopia que informa de pequeño orificio fistuloso en la anastomosis colocando una prótesis esofágica cubierta. Al mes se objetiva de nuevo salida de saliva y azul de metileno por tubo de tórax, por lo que se coloca otra prótesis de mayor longitud sobre la anterior, siendo eficaz. Tras otro mes de seguimiento se objetiva el cierre de la fistula y se retiran las prótesis sin complicaciones en marzo 2012. Caso 5: varón de 71 años, intervenido en noviembre 2011 de adenocarcinoma subcardial, realizando una gastrectomía total con anastomosis esofagoyeyunal mecánica. Al 6º día se objetiva una fistula anastomótica colocando una prótesis de 17 cm durante 2 meses, retirándola sin complicaciones tras comprobar el cierre de la dehiscencia.

Discusión: La utilización de prótesis esofágicas puede ser útil en perforaciones o fistulas esofágicas como primera opción terapéutica o en caso de cirugía fallida, evitando en muchas ocasiones cirugías agresivas como la exclusión bipolar. En la mayoría de los casos se puede conseguir el cierre de la fistula, aunque en ocasiones sea necesario un postoperatorio prolongado y la ayuda de otras prótesis. En algunos casos la retirada de las mismas es difícil.

O-324. ABORDAJE MULTIDIСIPLINAR DE LOS TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES

M. Santamaría Gómez, A. Dealbert Aguilar, J. Baena Fustegueras, C. Artigas Marco, S. Ros López, J. Melé Olivé, M. González Duauigües, F. Vilardell Vilellas, X. Matías-Guiu y J. Olsina Kissler

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción y objetivos: Los GIST son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo y se caracterizan por la expresión casi universal del antígeno CD117. Más frecuentes en el estómago, en varones adultos y de predominio esporádico aunque se conocen casos familiares. El objetivo de este estudio es describir una serie de casos de GIST de diferentes localizaciones tratados en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 11 pacientes con GIST intervenidos entre marzo de 2009 y enero de 2012 y localizados 5 en intestino, 4 en estómago, 1 en pelvis y 1 en epiplón. La edad media era de 63 años (rango, 45-85 años). Seis eran varones y 5 mujeres. En todos los casos se ha realizado determinación inmunohistoquímica del CD34 y CD117 y estudio molecular de las mutaciones del gen c-kit (exones 9, 11, 13 y 17) y del gen PDGFRa (exones 12, 14 y 18). Se ha prestado especial atención a la clínica, los métodos diagnósticos, la localización del tumor, el tratamiento quirúrgico, los factores pronósticos (patrón histológico, infiltración de la mucosa y márgenes libres), la morbimortalidad, el seguimiento, la adyuvancia y la recidiva.

Resultados: El diagnóstico de 4 de ellos fue incidental en estudios complementarios en el seguimiento de otras patologías. En el resto la clínica fue anemia en 3 casos (melenas), oclusión intestinal en dos, en uno dolor abdominal y otro por masa palpable. Seis pacientes se trataron con cirugía electiva (2 por laparoscopia) y 5 de urgencias. Se realizaron 5 resecciones intestinales segmentarias, 3 gastrectomías atípicas, 1 gastrectomía subtotal, 1 resección en bloque (masa pélvica más ileon terminal) y 1 hysterectomía más exérésis de epiplón. Todos los casos fueron positivos a c-kit o PDGFRa pero en dos no se detectaron mutaciones. Tan sólo hubo tres complicaciones postoperatorias leves. Diez pacientes han sido tratados con imatinib (un paciente no cumplía criterios de tratamiento). En el seguimiento 1 paciente falleció por progresión de su enfermedad (metástasis hepáticas y peritoneales en el momento del diagnóstico), el resto permanecen vivos (82%). En otro paciente ha progresado su enfermedad a pesar del tratamiento farmacológico.

Conclusiones: Este tipo de tumores son un tema de relativa actualidad por varios motivos: la redefinición anatopatológica y su nueva clasificación según factores pronósticos y riesgo de recidiva, el papel en su diagnóstico de la inmunohistoquímica y la biología molecular y el importante descubrimiento del imatinib. Pueden ser diagnosticados en un amplio panel de posibilidades (de incidentaloma a carcinomatosis peritoneal). El TAC ha sido la prueba de confirmación diagnóstica en todos los casos. La inmunohistoquímica y el estudio molecular han confirmado el diagnóstico en el 100% de los casos. El tratamiento de elección sigue siendo la cirugía. La adyuvancia con imatinib (inhibidor selectivo de la tirosincinasa) ya es una realidad. Queda por definir si la neoadyuvancia tiene su papel. Por ello que sea imprescindible el abordaje multidisciplinar de esta patología con la participación de patólogos, cirujanos, radiólogos y oncólogos para su correcto diagnóstico y tratamiento y una adecuada previsión pronóstica.

O-325. VÓLVULO GÁSTRICO INCARCERADO: UNA URGENCIA INFRECUENTE Y POTENCIALMENTE GRAVE

A. Fábregues Olea, J. de Tomás Palacios, L. Álvarez Llano, Y. Al-Lal, M. Burneo Esteves, R. Franco Herrera, M. Cuadrado Ayuso, J. Lago Oliver, J. Guarnizo Clemente, M.M. Sanz Sánchez y F. Turégano Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: El vólvulo gástrico es una entidad clínica infrecuente en la cual se produce una rotación del estómago sobre alguno de sus ejes. Generalmente aparece como complicación de una hernia hiatal de gran tamaño. En algunos pacientes la presentación clínica es insidiosa, con epigastralgia leve-moderada que no hace sospechar la gravedad del cuadro. La tríada clínica clásica consiste en dolor epigástrico, náuseas sin vómitos e imposibilidad de colocar la sonda nasogástrica. La prueba de imagen de elección para confirmación diagnóstica de la complicación es la TC. La sospecha diagnóstica permitirá una reparación quirúrgica precoz que evite las importantes complicaciones que un retraso del tratamiento acarrea. Con este trabajo pretendemos exponer la experiencia de nuestro centro en el tratamiento de estos pacientes.

Material y métodos: Presentamos una serie de 11 casos extraídos del registro de cirugía de urgencias a lo largo de un periodo de 10 años de nuestro centro. Se han analizado los antecedentes de los pacientes, comorbilidades, clínica inicial, tiempo de retraso diagnóstico, técnica quirúrgica, complicaciones y mortalidad, días de inicio hasta ingesta, estancia en unidades intensivas y estancia hospitalaria global.

Resultados: Los pacientes presentan una mediana de edad de 77 años, todos ellos con comorbilidad (la más frecuente, HTA). La clínica inicial de 5 pacientes fue solamente de dolor epigástrico leve-moderado asociado a náuseas y mal estado general, con deterioro progresivo en unas 24-48 horas. En cuatro pacientes, el retraso hasta el diagnóstico fue de 5 días. Dos pacientes acudieron a urgencias con intenso dolor abdominal e inestabilidad hemodinámica, por lo que se realizó TC tras la estabilización inicial, realizándose un tratamiento precoz. El retraso diagnóstico, generalmente intrahospitalario, fue de 55 horas de media (24-160 horas). Se realizaron dos cirugías por laparotomía de entrada, 6 por vía laparoscópica y 3 conversiones tras inicio laparoscópico, asociando resección gástrica en cuatro de los pacientes por necrosis y perforación del estómago volvulado. La reparación hiatal fue reforzada con malla en 5 pacientes, todos ellos sin resección. Entre las complicaciones destacan 3 infecciones intraabdominales, una dehiscencia, una infección de herida quirúrgica, una neumonía y una sepsis de vía central. Dos pacientes fallecieron a causa de un fallo multiorgánico secundario a sepsis intraabdominal. Estos pacientes habían requerido una gastrectomía parcial por necrosis del estómago volvulado. En pacientes con resección la estancia media fue de 25 días y el inicio de tolerancia a los 5 días, y en pacientes sin resección la estancia de 9 días y el inicio de tolerancia al 2º día.

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas iniciales del vólvulo gástrico incarcerado en ocasiones no hacen sospechar la gravedad potencial del cuadro clínico, siendo frecuente el retraso diagnóstico. Las complicaciones que éste conlleva y la indicación de un tratamiento definitivo de la hernia de hiato, hacen que actualmente se opte por un tratamiento quirúrgico de entrada. Esto permite una recuperación más precoz, una disminución de la morbimortalidad y la reducción tanto de la estancia hospitalaria como de los días de ingreso en unidades intensivas.

O-326. GIST PRIMARIOS GÁSTRICOS. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA AVANZADA

P. Marrero Marrero, M.J. Palacios Fanlo, E. Rodríguez Ramos, B. Arencibia Pérez, E. Caballero Rodríguez, M. Alonso González, J.M. del Pino Monzón, V. Concepción Martín, E. Moneva Arce y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Introducción: Los tumores GIST (gastrointestinal stromal tumor) continúan siendo tumores de naturaleza poco conocida. Se cree que proceden de las células intersticiales de Cajal. Rara vez metastatizan por vía linfática, por lo que la linfadenectomía rutinaria es innecesaria. La cirugía constituye, la primera línea terapéutica, siendo la resección en cuña por vía laparoscópica, la técnica quirúrgica más empleada, favorecida porque estos tumores son técnicamente accesibles y de fácil localización. La mayoría de las series quirúrgicas no muestran diferencias en

terminos de supervivencia a largo plazo entre gastrectomías y resecciones en cuña.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el abordaje terapéutico de los GIST gástricos en nuestra Unidad de cirugía laparoscópica avanzada.

Material y métodos: Entre diciembre de 2007 y noviembre de 2011 han sido tratados en nuestra unidad 11 pacientes con GIST gástricos: 7 varones y 4 mujeres de edad media 66 años (50-94). Los síntomas principales fueron dolor abdominal, hematemesis y anemización. El diagnóstico de localización fue mediante endoscopia y tránsito gastroesofágico. 1 de ellos se situaba en el fundus, 4 en cuerpo gástrico, 2 en antró, 1 en curvatura menor y 3 en la transición antropilórica. Se les hizo estudio de extensión mediante TC abdominal. En ningún caso se realizó biopsia preoperatoria.

Resultados: Todas las intervenciones quirúrgicas fueron programadas. Se realizó abordaje laparoscópico en 6 casos (tamaño medio de 5,1 cm) y laparotómico en 5 (tamaño medio de 10,4 cm). En ningún caso se aplicó neoadyuvancia. La técnica quirúrgica más empleada fue la resección en cuña en 10 casos (90,9%) y una gastrectomía parcial. En uno de estos casos la resección en cuña fue R1, no se realizó re-resección y se le controla mediante TC semestral. 2 pacientes (18,2%) presentaron complicaciones: 1 shock hemorrágico postoperatorio en las primeras 48 horas que obligó a reintervención quirúrgica urgente y 1 paciente presentó una fistula del muñón duodenal tratada y resuelta de manera conservadora. No hubo mortalidad. Se aplicó tratamiento adyuvante con Imatinib Mesilato (Glivec®) durante 1 año en un caso (9,09%) de un GIST de alto grado de 23 cm localizado en cara posterior antral con implante peritoneal. Tras seguimiento de 19,7 meses (1-44 meses) no se ha detectado ninguna recidiva o metástasis a distancia en 10 de los 11 casos y en uno de ellos (paciente con implante peritoneal en la cirugía inicial) se constató la aparición de metástasis hepáticas múltiples en LHD. Se le ha realizado una hepatectomía derecha y posterior adyuvancia con Imatinib Mesilato (Glivec®) hasta el momento actual.

Conclusiones: Actualmente no hay datos suficientes que justifiquen márgenes de resección amplios en el tratamiento quirúrgico de los GIST para reducir el riesgo de recidiva por lo que la resección en cuña continúa siendo el estándar. Cuando el tamaño es igual o menor de 5 cm la vía laparoscópica se presenta como una técnica eficaz, segura, fácilmente reproducible y con escasas complicaciones. La biopsia preoperatoria queda reservada en casos de irresecabilidad en donde se plantea tratamiento neoadyuvante y en casos de fuertes dudas diagnósticas en pacientes de alto riesgo.

O-327. ANÁLISIS DE LOS TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

M.E. López Blanco, D. Calvo Rodríguez, M.J. Ladra González, J.A. Fernández Pérez y M. Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Objetivos: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) suponen un 2% de las neoplasias del tubo digestivo. Se pueden localizar en cualquier punto del mismo y su presentación clínica es variada. El tratamiento adecuado consiste en la resección del tumor con márgenes libres y en casos avanzados o recidivas la adyuvancia con imatinib. Nuestro objetivo es analizar los GIST intervenidos en nuestro Hospital en los últimos 5 años.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico anatomo-patológico de GIST durante los años 2007 a 2011. Durante este período se han diagnosticado como GIST 95 pacientes y han sido intervenidos quirúrgicamente 56. Hemos analizado la presentación clínica, localización, tamaño, prueba de imagen diagnóstica, técnica quirúrgica realizada, administración de adyuvancia, inmunohistoquímica, recidiva y mortalidad. La distribución por sexos fue de 28 hombres y 28 mujeres (50%) con edad media de 69,92 años.

Resultados: La sintomatología más frecuente fue de dolor abdominal (44,64%), astenia (35,71%), pérdida de peso (26,78%), melenas (25%) y anemia (21,42%). En un 21,42% el diagnóstico de GIST fue incidental. La localización más frecuente fue gástrica (53,57%), seguida de yeyunal (16,07%) e ileal (14,28%). Además, un 8,92% presentaron implantes peritoneales, un 5,35% otra neoplasia digestiva y un 5,35% metástasis hepáticas. Los métodos de imagen diagnósticos más empleados fueron: EDA (32,14%), TAC (30,35%) y ECO (16,07%). En un 5,35% el diagnóstico se realizó durante la intervención quirúrgica de otra patología, y en un 3,57% el diagnóstico fue durante cirugía urgente por oclusión de intestino delgado. Un

10,71% recibió neoadyuvancia con imatinib y un 39,28% recibió adyuvancia. En cuanto a la técnica quirúrgica se realizó: gastrectomía abierta (44,64%), resección de ID abierta (19,64%), gastrectomía laparoscópica (8,93%), resección de ID laparoscópica (7,14%) y DPC (3,57%). En un 16,07% se realizó resección multivisceral. El tamaño medio fue de 8,19 cm. La inmunohistoquímica dio positiva en el 100% para CD117 (C-KIT), 58,92% para CD34, 51,78% para vimentina, 32,14% para actina de músculo liso, 8,92% para proteína s100, 7,14% para p53 y 5,35% para enolasa neuronal. Un 14,28% presentaron recidiva, con un tamaño medio del tumor de 9,73 cm y un tiempo de aparición medio a los 3 años de la cirugía. Un 75% se trataron de resecciones multiviscerales y todos ellos recibieron adyuvancia con imatinib y se intervino quirúrgicamente. De las recidivas un 25% presentaron una segunda recidiva y volvieron a ser intervenidos, presentando una supervivencia del 62,5%. La supervivencia global de los GIST a los 5 años del diagnóstico fue del 76,78% y hubo un 19,64% de mortalidad.

Conclusiones: La localización más frecuente de los tumores GIST es gástrica. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron de dolor abdominal y astenia. Los métodos de imagen diagnósticos más frecuentes fueron la EDA y el TAC. La cirugía es el tratamiento gold standard. Su pronóstico viene determinado por el tamaño, la invasión de órganos vecinos y metástasis.

O-328. ESTADO NUTRICIONAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) ANTES DE LA CIRUGÍA R0 DEL CÁNCER GÁSTRICO

M. Climent, D. Dorcaratto, M.J. Carrera, J.M. Ramón, M. Villatoro, S. Puig, L. Grande y M. Pera

IMAS, Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: La medición de la CVRS es un parámetro cada vez más importante en la evaluación de pacientes con cáncer gástrico, dado que su tratamiento no está exento de efectos secundarios importantes para conseguir, en ocasiones, un incremento limitado de la supervivencia. A pesar de ello, disponemos de pocos estudios prospectivos con medición basal de los distintos parámetros de la CVRS. El objetivo de este estudio es evaluar la asociación del estado nutricional y de otros parámetros preoperatorios con la CVRS antes de la cirugía en pacientes intervenidos de resección R0 de cáncer gástrico.

Material y métodos: Análisis de una base de datos prospectiva de pacientes diagnosticados de cáncer gástrico y operados con intención curativa (2004 a 2011). Se excluyeron pacientes que presentaban neoplasias socrónicas en el momento del diagnóstico y aquellos sin evaluación basal completa. El estado nutricional se valoró mediante el porcentaje de pérdida de peso preoperatoria, el Subjective Global Assessment (SGA) y el Índice de Riesgo Nutricional (IRN). La CVRS se midió mediante el cuestionario Quality of Life Questionnaire (QLQ) C-30 de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) y el módulo específico para cáncer gástrico QLQ-STO22. Se analizaron además algunas variables clínicas como la edad, el sexo, el estadio tumoral clínico (I-II-III-IV), el tratamiento neoadyuvante y el grado ASA (American Society of Anesthesiologists).

Resultados: Se evaluaron 61 pacientes, 38 hombres (62,3%), con una edad media de $71 \pm 11,8$ años. El 36,1% de los pacientes tenían un estadio tumoral \geq III. La prevalencia de malnutrición (SGA B+C) era del 57,4%. El 28% de los pacientes no presentaron pérdida de peso preoperatoria, y el 23% tuvieron una pérdida de peso $> 10\%$ de su peso habitual. El riesgo ASA 2/3 fue del 50,8 y 42,6%, respectivamente. En el análisis de los parámetros de CVRS, las mujeres demostraron una función física y emocional significativamente peor respecto a los hombres, y tuvieron más síntomas relacionados con la pérdida de apetito y la sequedad de boca. Los pacientes con pérdida de peso $> 10\%$ mostraron una pérdida significativa de la función social, una menor valoración de su salud global y una peor función emocional. Los pacientes con un mayor grado de desnutrición, calculado con el IRN, tuvieron más problemas relacionados con la pérdida de apetito, medido con el cuestionario STO22. Los pacientes de mayor edad y con ASA más elevado, así como los que no recibieron tratamiento neoadyuvante, tenían menos preocupación sobre su situación económica.

Conclusiones: La pérdida de peso $> 10\%$ y el IRN, así como la edad, el sexo, el grado ASA, y la neoadyuvancia, influencian de forma significativa algunos parámetros de la CVRS preoperatoria de los pacientes sometidos a gastrectomía con intención curativa. Reconocer y actuar sobre estos factores podría ayudar a mejorar la calidad de los resultados.

O-329. VALOR PREDICTIVO DE MIRNAS EN LA PROGRESIÓN DEL ESÓFAGO DE BARRETT A ADENOCARCINOMA EN UN ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

L.F. Martínez de Haro, A. Ortiz Escandell, C.M. Martínez Cáceres, B. Revilla Ruiz, V. Munitiz Ruiz, D. Ruiz de Angulo, P. Pelegrín, M.L. Cayuela, J. Molina Martínez, J. Bermejo y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

El objetivo de este estudio es identificar un conjunto de miRNA que puedan servir como biomarcadores moleculares en el pronóstico de la progresión del esófago de Barrett (EB) a adenocarcinoma esofágico (ACE) valorados en muestras de pacientes pertenecientes a un estudio de seguimiento a largo plazo.

Metodología: Hemos realizado una secuenciación del microtrascriptosoma, para ver la expresión de miRNA en muestras de epitelio escamoso normal (EN), epitelio de EB sin displasia (EB), epitelio de EB con displasia de alto grado (EB-DAG) y el adenocarcinoma de esófago (ACE) de un mismo paciente sometido a esofagostomía por ACE invasivo derivado de EB (n = 5 pacientes). La validación por qRT-PCR se realizó con una colección diferente de muestras de tejido de pacientes incluidos en un estudio a largo plazo que se inició en 1982. Para valorar la capacidad predictiva de los marcadores en la progresión de EB a ACE, dividimos a los pacientes en dos grupos: pacientes que a lo largo de una media de cinco años de seguimiento desarrollaron ACE (n = 7) (EB-ADE) y pacientes que después de una media de seguimiento de 7 años no han desarrollado ACE (n = 17) (EB-no ACE).

Resultados: Veintitrés miRNAs fueron identificados, por secuenciación del microtrascriptosoma, en el proceso de la carcinogénesis asociada a EB. En la validación por qRT-PCR, utilizando muestras de tejido independiente, confirmamos la expresión diferencial de 19 de ellos (miRlet 7c, -7, -146a, -149, -153, -192, -192*, -194, -194*, -196a, -196b, -200a, -203, -205, -215, -424, -625, -625*, -944). Sin embargo, sólo el miR-192, miR-194, miR-196a y 196b mostraron una expresión significativamente mayor en muestras de EB en los pacientes que desarrollaron ACE en comparación con aquellos que no se malignizaron. El análisis mediante curvas ROC nos muestra la siguiente sensibilidad y especificidad para cada uno de ellos: miR-192: 0,86 y 0,5; miR-194: 0,71 y 0,65; miR-196a: 0,71 y 0,70; y miR-196b: 0,71 0,69.

Conclusiones: El presente estudio constituye la primera experiencia que analiza la expresión de miRNA en las biopsias de pacientes con EB pertenecientes a un estudio de seguimiento a largo plazo, de los cuales un subgrupo desarrollaron ACE. A la vista de nuestros resultados, podríamos concluir que la expresión de este set de miRNA en las biopsias de metaplasia podría identificar a los pacientes de alto riesgo de progresión a ACE, por lo que tendría un uso potencial en el control y seguimiento de los pacientes con EB.

O-330. ESTUDIO DE LA PROLIFERACIÓN CELULAR Y LA APOPTOSIS EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT Y CONTROL ÁCIDO CON TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO. IMPORTANCIA DEL REFLUJO BILIAR

V. Munitiz Ruiz, L.F. Martínez de Haro, A. Ortiz Escandell, D. Ruiz de Angulo, C.M. Martínez Cáceres, B. Revilla Nuin, M.L. Cayuela, P. Pelegrín, R. Brusadín y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Introducción: Existe gran controversia respecto a si el tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) y la cirugía antirreflujo son igualmente eficaces para evitar la progresión a displasia y adenocarcinoma de los pacientes con esófago de Barrett (EB). Ambos tratamientos controlan el reflujo ácido patológico, pero el tratamiento médico no suprime el reflujo biliar que también participa en la génesis y progresión del segmento metaplásico. En este sentido, un modo de determinar la eficacia de uno u otro tratamiento sería valorar si determinados marcadores asociados a la inestabilidad del epitelio metaplásico evolucionan de forma diferente a lo largo del seguimiento tras ambos tipos de tratamiento.

Material y métodos: Un grupo de 41 pacientes diagnosticados de EB fueron tratados con 40 mg al día de omeprazol (n = 16) o cirugía antirreflujo mediante funduplicatura de Nissen (n = 25). Tras el tratamiento se realizó una pHmetría esofágica ambulatoria a todos los pacientes. En 12 pacientes con tratamiento médico el reflujo gastroesofágico ácido fue negativo (75%), pero persistieron tasas patológicas de reflujo en 4 pa-

cientes (25%). En el grupo de tratamiento quirúrgico, presentaron recidiva del reflujo ácido 5 de ellos (20%). También se realizó una monitorización ambulatoria de la bilirrubina con el Bilitec después del tratamiento médico (n = 8) o quirúrgico (n = 14), persistiendo tasas patológicas de reflujo biliar en 7 de los 8 pacientes con omeprazol (87%) y en 4 de 14 pacientes con cirugía antirreflujo (28%). En los pacientes con tratamiento médico (n = 12) o quirúrgico (n = 20) eficaz (reflujo ácido patológico negativo) se estudió la proliferación celular mediante técnicas de tinción con inmunohistoquímica, para el Ki-67 y la p53. El índice de apoptosis se estudió mediante técnicas de tinción con TUNEL. Se compararon los resultados antes del tratamiento y al año, 3 años, 5 años y 10 años tras el tratamiento.

Resultados: La cirugía antirreflujo eficaz produce un ligero (no significativo) descenso de los marcadores de proliferación celular (Ki67) y apoptosis (p53), así como una mejoría de la apoptosis con un ascenso significativo. En cambio, en los pacientes bajo tratamiento médico eficaz (reflujo ácido negativo) se aprecia un progresivo y significativo aumento del Ki67 y p53, y un empeoramiento (descenso) del índice de apoptosis celular.

Conclusiones: En los pacientes con EB es necesario controlar el reflujo ácido y biliar patológico para disminuir la proliferación celular y el ascenso de la apoptosis que provocarían la progresión del segmento metaplásico a displasia y adenocarcinoma. Actualmente el control de ambos tipos de reflujo solo puede realizarse mediante cirugía antirreflujo eficaz.

O-331. SUTURA LAPAROSCÓPICA DE LA PERFORACIÓN GASTRODUODENAL: UN PROCEDIMIENTO SEGURO Y EFICAZ

A. Coret Franco, U. Ponce Villar, A. Bañuls Matoses, F. Peiró Monzó, C. Rodero Astaburuaga, C. Montesinos Meliá, J. Carbó López, F. Melo Escrivuelo, M.V. Planells Roig y F. Caro Pérez

Hospital Francesc de Borja de Gandia, Gandia.

Objetivos: El abordaje laparoscópico de la perforación gastroduodenal se ha estandarizado como electivo en nuestro servicio desde el año 2007, realizando en la actualidad el 95% de las perforaciones (6-8 anuales). Presentamos la experiencia de nuestro servicio en el tratamiento laparoscópico en la cirugía de urgencias de la perforación gastroduodenal.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo donde se recogen a todos los pacientes intervenidos de perforación gastroduodenal desde el año 2007 hasta el 2011, comparando los grupos realizados por laparoscopia y cirugía abierta. Se recogen las características clínicas de presentación, diagnóstico preoperatorio, tiempo de evolución, patología asociada, sexo, edad y estancia media. En el protocolo quirúrgico se recogen: número y tipo de trócares utilizados, hallazgos, otros diagnósticos, complicaciones intra y postoperatorias, así como su modo de resolución, tiempos medios, drenajes, conversiones y sus causas.

Resultados: Del total de 39 pacientes sometidos a suturas de perforación gastroduodenal, se intervinieron mediante técnica laparoscópica un total de 29 pacientes (74,3%) 28 con diagnóstico preoperatorio de perforación gastroduodenal, y un diagnóstico previo de apendicitis aguda. La edad media fue de 44,7 años (rango: 15-86), y de los que 7 (17,9%) eran mujeres y 32 (82,1%) eran hombres. La técnica laparoscópica utilizada fue neumoperitoneo a cielo abierto con trócar Hasson, en 20 casos con 3 puertas, y en 9 casos con 4 puertas. Pudo ser completada en 25 casos, requiriendo 4 conversiones a cirugía abierta por dificultad técnica. Analizando los resultados en la técnica laparoscópica, se confirmó el diagnóstico de perforación gastroduodenal en 23 casos (92%), realizándose sutura simple de la misma, con 2 casos en los que no se consiguió evidenciar la perforación. Se realizó epiploplastia asociada a la sutura simple de la perforación en 9 casos (39,1%) conversión a cirugía abierta en 4 casos (10,2%) por incidentes intraoperatorios o dificultad técnica. El tiempo medio quirúrgico fue de 45 min. (30-120 min). La morbilidad asociada fue de 2 casos (8%) para la cirugía laparoscópica: un ileo postoperatorio prolongado y una dificultad al vaciado gástrico al 5º día postoperatorio, ambos con resolución tras tratamiento médico. El tiempo medio de ingesta líquida fue 3,1 días, y la estancia media postoperatoria fue de 5,3 días (rango 3 a 8).

Conclusiones: La cirugía laparoscópica de urgencias en el abordaje de la perforación gastroduodenal, es un procedimiento diagnóstico-terapéutico que, según nuestra experiencia, debe ser de elección. Aporta las amplias ventajas del abordaje mínimamente invasivo, permite establecer un diagnóstico preciso, permitiendo una inspección completa de toda la cavidad abdominal, obteniendo unos resultados óptimos con escasas complicaciones intra y postoperatorias.

O-332. CORRELACIÓN ENTRE FACTORES PRONÓSTICOS CLÁSICOS Y SOBREEXPRESIÓN DE HER2 Y HER3 EN EL CÁNCER GÁSTRICO LOCALIZADO

C. León Espinoza, F. López, R. Martí, S. Roselló, A. Pérez Fidalgo, J. Ortega y A. Cervantes

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: A pesar que la sobreexpresión del HER2 ha sido identificada como factor predictivo terapéutico en el cáncer gástrico (CG) avanzado, aún se desconoce su papel en el CG localizado. Estudios recientes sugieren que no sólo el HER2, sino también el HER3 podrían tener un papel pronóstico en el CG. Nuestro objetivo es determinar la prevalencia de sobreexpresión del HER2 y HER3, en una serie de pacientes diagnosticados de CG localizado y describir la correlación de estos con los factores pronósticos tradicionales.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de la sobreexpresión del HER2 y HER3 en las piezas quirúrgicas diagnosticadas como CG estadio I-III. El HER2 se identificó mediante herceptest (negativo: 0 o 1+, o positivo: 2+ o 3+). Para la determinación del HER3 se utilizó el puntaje Rajkumar (positivo: ≥ 8). La correlación entre la expresión de los receptores HER y los parámetros clinicopatológicos fue analizada. La correlación entre el HER2 y HER3 con otras variables se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado o la U de Mann Whitney para variables continuas. El impacto en la supervivencia fue analizado las pruebas de Kaplan-Meier y log-rank.

Resultados: Se incluyeron 125 pacientes diagnosticados de CG estadio I-III, entre enero del 2003 y setiembre del 2011. La edad media fue de 73 años (35-91) y la localización más frecuente fue el antro gástrico (47,2%). Se trató a un 43,2% de pacientes mediante quimioterapia preoperatoria. El receptor HER2 fue positivo en 18 pacientes (14,4%), mientras que el HER3 se detectó en 38 (30,4%). El HER2 tuvo una mayor expresión en pacientes mayores (edad media: 78,4 vs 68,4; $p < 0,0001$) y en adenocarcinomas de bajo grado (grado 1-2: 13,8% vs grado 3 1,1%; $p < 0,006$). El HER3 se presentó con mayor frecuencia en estadios más avanzados (I y II: 10,3% vs IIB y III: 20,3%; $p = 0,004$), adenocarcinomas subtipo intestinal (intestinal: 21,4% vs difuso/mixto 8,5%; $p = 0,03$) y ausencia de células en anillo de sello (ausente 26,8% vs presente: 4,1%; $p = 0,03$). Se encontró una relación significativa entre el HER2 y HER3 ($p = 0,0012$), con un OR de 3,52 veces más frecuentemente positivo HER3 cuando el HER2 es positivo. No se halló ninguna modificación de la supervivencia en pacientes con expresión de HER2 o HER3.

Conclusiones: La sobreexpresión del HER2 y HER3 parece identificar un subgrupo particular de pacientes con factores pronósticos clásicos favorables.

O-407. RESULTADOS DE LA FUNDUPPLICATURA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS EXTRADIGESTIVOS DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO

A. Carrasquer Puyal¹, E.M. Targarona¹, F. Marinello¹, X. Batlle² y M. Trias¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ²Hospital de Navarra, Pamplona.

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) puede desencadenar síntomas típicos (pirosis, regurgitación) y síntomas atípicos (tos, disfonía, asma...). La ERGE con síntomas típicos tiene indicaciones quirúrgicas bien establecidas, no es así cuando los síntomas son atípicos. Nuestro propósito es valorar la efectividad de la cirugía laparoscópica en aquellos pacientes en los que la indicación quirúrgica fue principalmente por sintomatología atípica.

Material y métodos: Entre 1998 y 2011 se intervinieron por ERGE mediante funduplicatura laparoscópica 318 paciente de los cuales 14 (4%) tuvieron como indicación principal un síntoma denominado atípico. La sintomatología típica se presentó en 12 casos (86%) y la atípica fue: tos 5 casos (36%), síntomas respiratorios 5 (36%), disfonía 2 (14%), granuloma cuerdas vocales 1 (7%) y laringoespasmo 1 (7%). El diagnóstico de ERGE se estableció ante la evidencia de una alteración anatómica o funcional de la unión gastroesofágica (hernia de hiato de gran tamaño, manometría o pH-metría patológica). Se revisó el historial clínico de los pacientes y se pasó un cuestionario de calidad de vida gastrointestinal (GIQLI) así como una valoración subjetiva (0 a 4) de la modificación de su sintomatología atípica.

Resultados: En la evaluación se observó una mejoría tanto de la clínica típica como de la atípica de ERGE en 12 pacientes (86%), disminuyendo el score sintomático de 3,7 a 0,7. Se obtuvo el test de calidad de vida (GIQLI) en 11 pacientes (79%), con una mejoría significativa ($p < 0,05$) del valor prequirúrgico 107 (± 26) a 122 (± 10) puntos.

Conclusiones: La funduplicatura laparoscópica es una técnica efectiva en el tratamiento de la sintomatología atípica de la ERGE.

O-408. MODULACIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE

F.J. Pérez Lara¹, G. Carnaque², H. Oehling¹, J.M. Hernández Carmona¹, R. Marín¹, J. Doblas Fernández¹, M.J. Castro Santiago¹, T. Galeote Quecedo¹, A. del Rey Moreno¹, J.M. Mata Martín¹ y H. Oliva Muñoz¹

¹Hospital de Antequera, Antequera. ²Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: Con frecuencia se ha venido relacionando la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con algunas dimensiones psicológicas. El presente estudio evalúa la influencia que ejerce el estado de ánimo, la inteligencia emocional y la calidad de vida percibida sobre la sintomatología clínica y los resultados de la cirugía antirreflujo en pacientes con hernia de hiato o sin ella.

Material y métodos: Se incluyen en el estudio 61 pacientes diagnosticados de ERGE entre 2003 y 2008, 16 sin hernia hiatal (grupo A) y 45 con hernia hiatal (grupo B). Todos fueron sometidos a cirugía antirreflujo por vía laparoscópica. Se evaluaron clínicamente y a través de los instrumentos: Cuestionario de Salud SF-36, Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) y Trait Meta-Mood Scales (TMMS-24).

Resultados: El análisis estadístico se efectuó con el test chi-cuadrado para comparación de dos proporciones y el test t de Student (con la corrección de Bonferroni) cuando se compararon dos medias. Los pacientes del grupo A (sin hernia) eran más jóvenes ($p < 0,001$) y con riesgo ASA más bajo. Obtuvieron puntuaciones más altas en las dimensiones del SF-36: función física (FF), rol físico (PF), función social (FS) y rol emocional (RE) $p < 0,001$. En el GIQLI, puntuaron más bajo en la dimensión emocional (E) $p = 0,0068$; y en el HAD presentaron mayor puntuación en las subescalas de Ansiedad ($p < 0,001$) y Depresión (sin significación estadística). Los varones del grupo A en las subescalas del TMMS comprensión y regulación emocional, puntuaron más alto que los del grupo B $p < 0,001$; mientras que son las mujeres del grupo B las que tenían puntuaciones más elevadas en comprensión emocional $p < 0,0012$.

Conclusiones: Los pacientes con ERGE sin hernia de hiato presentan una mejor calidad de vida percibida en cuanto a la dimensión física de salud. Sin embargo, manifiestan niveles más altos de ansiedad que interfiere en su vida social, sin afectar a su vida familiar y laboral. Asimismo, se observa en ellos una menor tolerancia a situaciones vitales estresantes, a la frustración, miedo e inquietud. Las mujeres del grupo sin hernia poseen menor comprensión emocional; sucediendo lo contrario en los varones que mantienen una mayor comprensión y regulación de sus emociones. Un mejor conocimiento del perfil psicológico de los pacientes con ERGE, especialmente sin hernia de hiato, facilitaría la aplicación de tratamientos individualizados médicos y psicológicos con mayores posibilidades de éxito.

O-409. TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE HIATO. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

M.L. Gutiérrez Díez¹, J. Bernal Jaulín¹, R. Gerdán Pascual¹, V. Rodrigo Vinué¹, N. Sánchez Fuentes¹, S. Cantín Blázquez², S. Paterna López¹, C. Gracia Roche¹, M. Herrero López¹, J. Martínez Bernard¹ y J.M. Esarte Muniain¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²Hospital de Alcañiz, Alcañiz.

Objetivos: Analizar retrospectivamente los pacientes intervenidos de hernia de hiato en una unidad de cirugía esofagogastrica durante un periodo de 8 años. Estudiamos la técnica quirúrgica realizada y la evolución de la unidad en cuanto a la vía utilizada, las complicaciones y la estancia media. El grado de satisfacción se valoró mediante el test de Visick y se empleó el cuestionario GLIQLI en los pacientes intervenidos en el último año.

Material y métodos: Entre octubre de 2004 y marzo de 2012 se han intervenido consecutivamente a 82 pacientes de hernia de hiato, 36 hombres y 46 mujeres, con una edad media de 61 años (rango 32 -83 años). 51 casos eran hernias de tipo I, de las cuales 14 eran de gran tamaño, 12 de tipo II, 8 de tipo mixto y 11 de tipo IV. Se interrogó telefónicamente a los pacientes para valorar el grado de satisfacción postoperatorio mediante el cuestionario Visick y GICLI.

Resultados: La clínica presentada fue pirosis (69%), dolor epigástrico, disfagia (11%), volvulación gástrica (8%), disnea (6%), HDA (3%). El diagnóstico de hernia de hiato se estableció mediante un tránsito esofagogastrico baritado, a excepción de 6 pacientes que fueron diagnosticados con TC, uno de hernia de hiato paraesofágica volvulada y 5 de hernia de hiato mixta. En 55 pacientes se realizó gastroscopia en el estudio preoperatorio y a todos los pacientes con clínica de reflujo gastroesofágico se les solicitó pHmetría y manometría. A todos los pacientes se les controló en el postoperatorio mediante un tránsito baritado esofagogastrico. En 75 casos se realizó un cierre de pilares con funduplicatura Nissen, en 5 funduplicatura Toupet y en 2 funduplicatura Dor. En 14 pacientes se realizó además gastropexia por tratarse de hernias paraesofágicas de gran tamaño o mixtas y en 2 se colocó una malla. 30 pacientes se intervinieron por vía abierta, 40 por laparoscopia y en 12 casos se inició por laparoscopia pero precisaron conversión a vía abierta por dificultades técnicas. Si dividimos el tiempo de estudio en dos períodos de 4 años hemos observado que el número de intervenciones por laparoscopia se ha triplicado mientras que la cirugía abierta se redujo a la mitad. La estancia media postoperatoria fue de 7 días en los pacientes intervenidos por laparotomía y de 3 días en los casos de laparoscopia. Las complicaciones intraoperatorias surgieron en el 4,8%. Se practicó esplenectomía en 3 pacientes y un paciente presentó un neumotórax que precisó drenaje pleural. En el postoperatorio 8 presentaron derrame pleural, 1 infección de la herida quirúrgica y 3 un hemoperitoneo. La mortalidad fue del 0%. La valoración subjetiva ha sido favorable en un 85% de los casos.

Conclusiones: Los pacientes intervenidos de hernia de hiato en nuestra unidad de cirugía esofagogastrica han presentado una baja tasa de complicaciones intra y postoperatorias. La creación de una unidad de cirugía esofagogastrica ha contribuido a reducir la tasa de complicaciones y la necesidad de cirugía abierta. Se ha obtenido un grado de satisfacción subjetivo favorable en un alto porcentaje de casos.

O-410. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER

N. Argudo, J.M. Ramon, S. Puig, L. Grande y M. Pera

Hospital Universitario del Mar, Barcelona.

Objetivos: Analizar las complicaciones postoperatorias y los resultados clínicos del tratamiento quirúrgico del divertículo de Zenker (DZ).

Material y métodos: Se han incluido todos los pacientes con DZ operados en nuestro centro (2003-2011). El tamaño del divertículo se midió en el tránsito baritado. Se analizan variables demográficas y clínicas, técnica quirúrgica y complicaciones postoperatorias. Análisis estadístico de una base de datos creada de forma prospectiva con SPSS v.20.

Resultados: Se operaron 22 pacientes (68% varones) con una edad media de 72 (45-88) años. El índice de comorbilidad de Charlson medio era 1,64 ± 1,9 y el grado ASA medio de 2,8 ± 0,7. Un paciente tenía antecedente de cirugía laríngea previa y otro de accidente vascular cerebral (AVC). La duración media de síntomas antes de la cirugía fue de 3,6 ± 1,8 años, fundamentalmente disfagia para sólidos y líquidos (63%), regurgitaciones faringoares y faringonasales en un 73% y 14% respectivamente y síntomas respiratorios (tos o infecciones respiratorias de repetición) en el 36%. El tamaño medio de los divertículos era de 3,3 (1-8) cm. A todos los pacientes se les realizó una miotomía del cricofaríngeo (CF), asociada en 19 casos a diverticulectomía y en 2 casos, con divertículos muy pequeños, a diverticulopexia. En 3 pacientes con ERGE se asoció una funduplicatura de Nissen laparoscópica. La mediana de la estancia postoperatoria fue de 4 días. No hubo mortalidad. Un paciente reingresó por infección de la herida sin detectarse fistula. Tras un seguimiento medio de 11,3 meses (3-52), 19 pacientes permanecieron asintomáticos. Un paciente con antecedentes de laringectomía persistió con disfagia y aspiraciones lo que motivó la colocación de una gastrostomía de alimentación. Un segundo paciente, tras un periodo asintomático, presentó disfonía y disfagia secundarias a un neurinoma del hipogloso. Un tercer paciente con antecedente de AVC presenta disfagia ocasional.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico del DZ es seguro, con un bajo índice de morbilidad y con excelente resultado funcional.

O-411. DIVERTÍCULOSTOMÍA ENDOSCÓPICA: ¿CÓMO LO HACEMOS?

F.C. Parreño Manchado, A. Hernández, T. Ramos, A. Muñoz, J. Pina Arroyo, L. Muñoz Bellvis y A. Abdel-Lah

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: El divertículo faringo-esofágico fue descrito por primera vez en 1767 por Ludlow, aunque toma el nombre del autor de la primera serie de casos, publicada por Friedrich Albert von Zenker en 1877. Se trata de un falso divertículo (mucosa y submucosa) en la porción posterior del músculo constrictor inferior de la faringe (triángulo de Killian). El tratamiento quirúrgico está indicado para corregir la disfagia y la regurgitación, así como para prevenir las posibles complicaciones (broncoaspiración con neumonías de repetición). Existen diversas técnicas quirúrgicas, acceso abierto o cirugía endoscópica transoral.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir y analizar que es factible y segura la divertículostomía endoscópica transoral.

Material y métodos: Se realiza una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos en nuestra Unidad de Cirugía Esófago-gástrica mediante cirugía endoscópica transoral. A todos los pacientes se les ha realizado un esofagograma con medición del tamaño del divertículo. En todos la posición quirúrgica ha sido en decúbito supino con hiperextensión de la columna cervical. Se ha utilizado un diverticuloscopio de Collard-Weerda colocado por un miembro del servicio de otorrinolaringología, una endograpadora con carga blanca (vascular) y asistidos por una óptica de 5 mm. A las 24 horas de la cirugía se ha realizado un esofagograma para descartar la presencia de complicaciones.

Resultados: Se han intervenido 24 pacientes en el período comprendido entre el año 2002 y 2009. La edad media de los pacientes intervenidos ha sido de 73,6 años con un rango que va desde los 33 a los 91 años. De estos, 21 eran hombres y 3 mujeres. El tamaño medio del divertículo ha sido de 4,5 cm (2,5-6,2), precisando de una o más cargas del Endogia, dependiendo del tamaño del divertículo, con una duración media de la cirugía de 59,70 minutos (25-120). No ha existido ninguna complicación quirúrgica iniciándose la tolerancia a las 24 horas. La estancia media ha sido de 3,8 días con un seguimiento medio de 34 meses (6-60).

Conclusiones: Creemos que la técnica endoscópica con endograpadora es segura incluso en la recurrencia del divertículo, con lo cual la edad y la patología asociada no contraindican la misma, con buenos resultados a largo plazo en divertículos seleccionados y fácilmente reproducible.

O-412. RESULTADOS A LARGO PLAZO Y CALIDAD DE VIDA TRAS EL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA PARAESOFÁGICA GIGANTE

E. Targarona Soler, F. Marinello, V. Turrado Rodríguez, N. Freixas López, A. Carrasquer Puyal, J.L. Pallarés Segura, C. Balaguer Ponz, J. Bollo Rodríguez, P. Hernández Casanovas y M. Trias Folch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La laparoscopia ha sido ampliamente utilizada para la reparación quirúrgica de hernias paraesofágicas gigantes (HPE), pero esta técnica conlleva dificultades técnicas, tales como la reducción del estómago de nuevo a la cavidad abdominal, la escisión del saco herniario, el cierre del hiato y la funduplicatura. No se conocen los resultados a largo plazo (> 10 años). El objetivo de este estudio es evaluar los resultados a largo plazo de este abordaje, principalmente la tasa de recidiva herniaria y el impacto de la reparación en la calidad de vida.

Material y métodos: Se seleccionaron los pacientes que fueron sometidos a reparación por laparoscopia de la HPE entre noviembre de 1997 y marzo de 2007 con un seguimiento mínimo de 48 meses. En marzo de 2011 todos los pacientes disponibles fueron entrevistados y se les practicó una prueba de imagen con ingesta de bario. Durante la entrevista los pacientes explicaron la existencia o persistencia de los síntomas y cumplimentaron el cuestionario GIQLI.

Resultados: Se identificó un total de 77 pacientes; 17 hombres (22%) y 60 mujeres (78%). La edad media en el momento de la funduplicatura era de 64 años (rango 24-87), y la edad media en el momento de la revisión fue de 73 años (rango 34-96). El volumen de estómago contenido dentro del saco de la HPE fue menor del 50% en 39 pacientes (50%), mayor del 50% en 31 (40%) y del 100% (estómago intratorácico) en 7 (9,5%). En 6 ca-

tos se utilizó una maya PTFE 360°, en 3 una malla de polietileno. En Marzo 2011 se pudo realizar la entrevista a 55 de los 77 pacientes (71%) siendo la media de seguimiento de 107 meses (rango 40-160). Cuarenta y tres pacientes (66%) estaban asintomáticos y 12 pacientes (34%) presentaban síntomas. Estos síntomas incluían disfagia en 7 pacientes, pirosis en 3 y eructos en 1. Se realizó un esofagograma en 43 casos (78%), encontrándose recurrencia en 20 (46%). Todas las recurrencias eran pequeñas hernias deslizantes de menos de 3 cm de longitud. Treinta y siete pacientes (67%) respondieron al cuestionario GIQLI. La edad media en el momento de la revisión era de 69 años (rango 34-85). El valor medio de GIQLI fue de 111 (rango 59-137, NV 147). Los pacientes con recurrencia objetiva tenían un índice de calidad de vida de 110 (rango 89-132) comparado con 122 en el grupo sin recurrencia (rango 77-138, $p < 0,01$). Se utilizó una malla de reforzamiento en 9 pacientes. Un paciente falleció durante el seguimiento, y 5 de los restantes 8 pacientes (62%) desarrolló disfagia relacionada con la malla. Tres pacientes requirieron reoperación debido a complicaciones de la malla. El esofagograma reveló la recurrencia en 4 (50%) de los pacientes. El GIQLI fue similar en los pacientes con (126, rango 119-134) y sin (111, rango 133-186) recurrencia ($p > 0,05$).

Conclusiones: El seguimiento a largo plazo (hasta 160 meses) de nuestro grupo de estudio mostró que la reparación por laparoscopia de la HPE es clínicamente eficaz pero que presenta algunas imperfecciones anatómicas. Deberán llevarse a cabo nuevos estudios para identificar los factores anatómicos, patológicos y fisiológicos que pueden influir los resultados, y de esta forma realizar una técnica adecuada a cada paciente. Mientras tanto, la reparación convencional es satisfactoria para la mayor parte de los pacientes, pese a que en algunos casos se mantiene una pequeña hernia deslizante.

O-413. RESULTADOS CLÍNICOS, DE CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALES A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE MIOTOMÍA DE HELLER LAPAROSCÓPICA POR ACALASIA PRIMARIA

F. Marinello, E. Targarona Soler, N. Freixas López, A. Carrasquer Puyal, V. Turrado Rodríguez, C. Balagué Ponz, J.L. Pallarés Segura, P. Hernández Casanovas, J. Bollo Rodríguez y M. Trias Folch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La miotomía de Heller laparoscópica se ha convertido en el tratamiento de elección en acalasia. Sin embargo, los resultados clínicos y fisiológicos clínico a largo plazo (mayor a 10 años) no es bien conocido.

Objetivos: Evaluar a mediano y largo plazo los resultados clínicos, de calidad de vida y funcionales posteriores a la miotomía de Heller laparoscópica en el tratamiento de la scalasias.

Material y métodos: Desde octubre de 1998 hasta diciembre de 2010, 95 pacientes fueron operados por acalasia mediante una miotomía de Heller laparoscópica asociada a un procedimiento antirreflujo. Desde junio a diciembre de 2011, los pacientes fueron citados para cuestionario clínico (score de DeMeester), evaluación de la calidad de vida (GIQLI), manometría y pHmetría de 24 horas. Los resultados pre y post-operatorios fueron comparados. Los pacientes fueron divididos según el tiempo de seguimiento en 3 grupos: Grupo I (6-47 meses), Grupo II (48-119 meses) y Grupo III (más de 120 meses). Los primeros 27 pacientes intervenidos tuvieron un control similar en el 2003 que fue comparado con este.

Resultados: Noventa y cinco pacientes fueron intervenidos, de los cuales el 58% fueron hombres y el 42% mujeres con una edad media de 45 años. Veinticinco pacientes tuvieron tratamiento endoscópico previo a la cirugía. Tres perforaciones esofágicas fueron realizadas con reparación intraoperatoria. Se reconvirtió en 2 casos. La morbilidad fue del 2% y la mortalidad fue nula. Se localizaron a 76 pacientes. El seguimiento promedio fue de 56 meses (6-143 meses). La mejoría global de la disfagia fue del 89%. El score total de DeMeester se redujo en todos los grupos. Los valores del GIQLI mejoraron posterior a la cirugía para todos los grupos. Las determinaciones manométricas se redujeron en los 3 grupos. La tasa de reflujo gastroesofágico postoperatorio fue del 9%. El grupo controlado prospectivamente mostró un ligero deterioro en los resultados clínicos con respecto al seguimiento a largo plazo, pero se mantuvo inferior al preoperatorio. La calidad de vida y las presiones esfinterianas se mantuvieron normales en los controles. Los parámetros pHmetríficos no fueron alterados al largo plazo.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico de la acalasia muestra excelentes resultados a largo plazo, mejorando el estado clínico de los pacientes, la calidad de vida con mínimas alteraciones en los estudios fisiológicos.

O-414. ESCLERODERMIA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO. CUÁNDO Y CÓMO OPERAR

R. Brusadín, V. Munitiz Ruiz, D. Ruiz de Angulo, A. Ortiz Escandell, L.F. Martínez de Haro, D. Navarro y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Introducción: La esclerodermia es una enfermedad sistémica caracterizada por el depósito excesivo de colágeno. En el 80% de los casos se produce afectación esofágica, que cursa con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) grave con lesiones inflamatorias esofágicas graves. La primera opción terapéutica con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) a altas dosis es a menudo insuficiente para aliviar los síntomas y curar las lesiones inflamatorias, por lo que en ocasiones es necesario indicar la cirugía antirreflujo. Está en discusión cual es la mejor técnica quirúrgica en estos pacientes, la funduplicatura de Nissen que resuelve el reflujo pero puede agravar la disfagia por la aperistalsis esofágica primaria, o las funduplicaturas parciales que suponen menos efecto barrera para un esófago sin motilidad pero con menor capacidad antirreflujo. El objetivo es presentar los resultados de nuestra experiencia en pacientes con esclerodermia tratados con cirugía.

Pacientes y métodos: Un total de 25 pacientes (19 mujeres, edad media 53,5 años, 17-70) fueron diagnosticados de esclerodermia en nuestra unidad de motilidad esofágica. Todos padecían síntomas típicos de RGE y 14 (56%) se quejaban además de disfagia. Tras la realización de una endoscopia, 7 (28%) tenían lesiones inflamatorias leves o moderadas (grado I-II-III), 9 (36%) lesiones graves grado IV con estenosis ($n = 5$) o úlceras esofágicas ($n = 4$) y 2 pacientes (8%) fueron diagnosticados de EB. En todos los casos se realizó una pHmetría esofágica ambulatoria, siendo patológica en el 100% de los pacientes, con una media del porcentaje total de pH < 4 del 12,1% (6-50). La manometría esofágica mostró un EEI hipotensivo en 20 pacientes (80%) con una mediana de presión de 10 mmHg (2-16) y una aperistalsis completa de los dos tercios distales. El tratamiento inicial en todos los casos fue médico con dosis que oscilaron entre 40 a 120 mg al día de IBPs. Se consideró que el tratamiento médico fracasó en 5 pacientes (20%) por persistencia grave de los síntomas, por lo que se indicó cirugía en estos casos, mediante funduplicatura de Nissen sobre un tutor de 52 FR.

Resultados: Una paciente operada tuvo que ser reintervenida a las 48 horas por disfagia grave con sialorrea, convirtiendo a una funduplicatura parcial anterior tipo Dor. Actualmente presenta recidiva moderada del reflujo requiriendo tratamiento médico (80 mg esomeprazol). Otra paciente diagnosticada de EB con funduplicatura de Nissen eficaz (múltiples pHmetrías y Bilitec negativos) desarrolló una displasia de alto grado y requirió una esofaguestomía transtorácica. Los otros 3 pacientes tienen una buena calidad de vida, aunque dos presentan una recidiva leve del reflujo y requieren dosis bajas de IBPs (20 y 40 mg).

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la ERGE grave en pacientes con esclerodermia debe ser muy seleccionado y realizar, si es posible, una funduplicatura de Nissen sobre un tutor, para evitar la disfagia postoperatoria. La recidiva es frecuente pero fácilmente tratada con dosis bajas de IBPs.

O-415. RESULTADOS POSTOPERATORIOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES TRAS CIRUGÍA ANTIRREFLUJO EN FUNCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA PREOPERATORIA

G. Mínguez Ruiz, R. Gonzalo González, A. Rodríguez Infante, L. Solar García, L. Sanz Álvarez, M. Moreno Gijón, E. Turienzo Álvarez, J.J. González González y L. Vázquez Velasco

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Revisar los resultados de la técnica de Nissen Rossetti en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) respecto a la sintomatología (Visick) y a las pruebas funcionales (manometría y pHmetría) postoperatorias.

Material y métodos: Entre Enero de 1998 y diciembre de 2011 se operaron 175 pacientes por ERGE con un seguimiento postoperatorio clínico y con pruebas funcionales durante el primer año en todos los enfermos. La edad media era 47,9 años (rango 21-82 años); 107 hombres y 68 mujeres. Presentaban clínica típica el 76%, atípica (síntomas respiratorios y faringolaringea) 2,3% y ambas 21,7%. El estudio preoperatorio incluyó: valoración de la sintomatología, endoscopia digestiva alta, estudio esofagogastrroduodenal (EGD), manometría esofágica y pHmetría. La indicación

quirúrgica fue: fracaso del tratamiento médico 33,7%, deseo del paciente de suspender el mismo 28,6%, por complicaciones secundarias al reflujo: esofagitis, esófago de Barret 29,7% y otras 8% (lo más frecuente por presentar vólvulo gástrico: 2 de ellos de forma urgente). La vía de abordaje fue laparoscópica en 161 casos (92%). 14 pacientes (8%) sufrieron complicaciones postoperatorias, de las cuales 5 requirieron reintervención quirúrgica (2,9%). No hubo mortalidad.

Resultados: En el seguimiento del primer año postoperatorio 167 pacientes (95,4%) presentaron nula o escasa sintomatología (Visick I/II); 7 pacientes (4%) presentaron sintomatología que interfirió con su vida diaria (Visick III), y 1 (0,6%) sintomatología grave (Visick IV). 5 pacientes (2,9%) precisaron dilataciones endoscópicas. Se reintervino a otros 5 pacientes (2,9%): 2 presentaron deslizamiento de la plástia, otro un proceso de dilatación gástrica aguda secundaria a una hernia paroduodenal, y los otros dos por eventración. La manometría preoperatoria presentó en un 73,6% de los casos una alteración en la presión del esfínter esofágico inferior (PEEI), siendo la presión media 8,15 mmHg (DE = 3,73). Dentro de las pHmetrías realizadas en el preoperatorio el 92,3% objetivaron reflujo, siendo el valor medio del test de DeMeester 55,05 (DE = 31,7). Los estudios manométricos postoperatorios mostraron una PEEI normal en el 91,3% de los casos con una presión media de 16,2 mmHg (DE = 4,66) y las cifras de pH se normalizaron en el 88%, de los enfermos. La PEEI aumentó y la pHmetría se normalizó significativamente en el control postoperatorio sin existir diferencias entre los pacientes con clínica típica y atípica. Tampoco existieron diferencias significativas con respecto al Visick I-II y Visick III-IV postoperatorios y la clínica preoperatoria.

Conclusiones: Con la técnica antirreflujo Nissen Rossetti conseguimos unos resultados satisfactorios para el tratamiento de la ERGE en el 95,4% de los pacientes normalizándose las pruebas funcionales en la mayoría de ellos. No hemos obtenido diferencias en dichos resultados con respecto a la clínica típica o atípica previa del paciente.

para la detección de ganglios positivos fue del 52,4% mientras que la especificidad fue del 94,4%. El valor predictivo positivo fue del 91,7% y valor predictivo negativo del 63%. El tamaño de los ganglios metastásicos no detectados por TAC helicoidal fue superior a 1 cm en 6 casos y superior a 0,5 cm pero inferior a 1 cm en 2 casos. En base al estadiaje preoperatorio se habría indicado correctamente la neoadyuvancia en el 74,4% de los pacientes.

Conclusiones: La correlación entre estadiaje preoperatorio y anáATOMO-patológico mediante TAC helicoidal dista mucho de ser satisfactoria, sobre todo para establecer la invasión tumoral (T). En lo que refiere a la afectación ganglionar (N), mejora el rendimiento, siendo la sensibilidad baja pero el valor predictivo positivo alto. La introducción de la TAC multidetector en nuestro medio es esperanzadora y probablemente hará cambiar nuestros resultados en un plazo de tiempo razonable.

P-002. ANÁLISIS DEL CÁNCER GÁSTRICO EN NUESTRO MEDIO A LO LARGO DE 25 AÑOS: ¿HA CAMBIADO ALGO?

H. Pardellas Rivera, A. López Saco, A. Rivo Vázquez, L. Pérez Domínguez, H. Álvarez García, M.A. Freiría Eiras, S. Guzmán y J.E. Casal Núñez

Hospital Xeral, Vigo.

Introducción: En los últimos años ha disminuido la incidencia de cáncer gástrico en nuestro medio pero continua representando un grave problema de salud. El pronóstico resulta globalmente pobre debido fundamentalmente a su diagnóstico tardío en fases avanzadas de la enfermedad. Nuestro objetivo es analizar la situación del cáncer gástrico en nuestro medio y su evolución a lo largo de los últimos 25 años.

Material y métodos: Desde enero de 1985 hasta diciembre de 2009 se han intervenido en nuestro Servicio un total de 1205 pacientes diagnosticados de cáncer gástrico. Hemos realizado un estudio retrospectivo de estos casos y hemos analizado los resultados obtenidos de forma comparativa por quinquenios.

Resultados: El número de pacientes intervenidos ha ido disminuyendo paulatinamente y la edad media ha aumentado progresivamente, de forma que en el último quinquenio los mayores de 80 años representan el 17,5% del total, duplicando la cifra inicial. Las comorbilidades se han incrementado a lo largo del tiempo en todos los grupos de edad y de forma paralela ha aumentado el riesgo anestésico. En el último periodo el 52,5% presentaban una puntuación ASA 3 o 4. Las manifestaciones clínicas de tipo síndrome dispéptico o ulceroso son referidas en más del 80% de los casos y este porcentaje no se ha modificado significativamente desde 1985. La frecuencia de presentación de otros síntomas tampoco ha variado de forma significativa a lo largo de estos años. Alrededor del 50% de los pacientes referían una duración media de los síntomas superior a los 6 meses y en los últimos 5 años más de la mitad recibían tratamiento sintomático previo al diagnóstico. La mayoría de los tumores continúan localizándose en estómago distal pero ha aumentado la proporción de tumores de localización proximal, hasta un 23%. Predominan claramente los Borrmann tipo III y IV y el tipo intestinal de Lauren en todos los quinquenios, así como los tumores pobremente diferenciados. Continúan diagnosticándose tardíamente y más de la mitad de los casos corresponden a estadios avanzados, sólo un 12% corresponden a un estadio "early" en la actualidad. La distribución por estadios es similar en todos los quinquenios. El índice de resecabilidad se mantiene alrededor del 80% y el porcentaje de de resecciones con intención curativa varía desde un 59% a un 44%. La morbilidad postoperatoria ha aumentado progresivamente durante los períodos analizados pero la mortalidad no ha aumentado de forma paralela. La supervivencia no ha mejorado y se mantiene la mediana de supervivencia alrededor de los 17 meses.

Conclusiones: En estos años ha aumentado el porcentaje de pacientes mayores de 80 años que se interviene en nuestro Servicio debido probablemente al envejecimiento progresivo de la población. Aumentan las comorbilidades asociadas y esto puede contribuir al incremento observado en la morbilidad postoperatoria. Nuestros pacientes continúan refiriendo sintomatología de tipo ulceroso-dispéptico y recibiendo tratamiento sintomático previo al diagnóstico sin reducirse la duración media de los síntomas. La mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados por lo que parece necesario modificar la estrategia diagnóstica en toda la escala asistencial, empezando por la asistencia primaria si queremos mejorar el pronóstico.

PÓSTERS

P-001. VALORACIÓN DEL ESTADIAJE PREOPERATORIO DEL CÁNCER GÁSTRICO MEDIANTE TAC HELICOIDAL

N. Ruiz Edo, A. Bianchi Cardona, J. Feliu Canaleta, S. Llorca Cardeñosa M. Abadal Prades y X. Suñol Sala

Hospital de Mataró, Mataró.

Introducción: Los malos resultados en el tratamiento del cáncer gástrico obtenidos en Occidente han llevado a la búsqueda de tratamientos perioperatorios para mejorarlos, como el tratamiento quimioterápico neoadyuvante. Para poder seleccionar correctamente a los pacientes tributarios a neoadyuvancia, es fundamental realizar un estadiaje preterapéutico correcto.

Objetivos: Estudiar retrospectivamente el rendimiento del estadiaje del cáncer gástrico en nuestro medio mediante TAC helicoidal y la correlación con el estadiaje anatómo-patológico.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 39 pacientes, no tributarios de neoadyuvancia, intervenidos desde marzo 2007 a diciembre 2011. Se ha estudiado la correlación entre el estadiaje TNM preoperatorio mediante TAC helicoidal y el anatómo-patológico tras la resección. Se ha analizado la correlación del TNM preoperatorio con el TNM histológico, la correlación para la invasión tumoral (T) y para la afectación ganglionar (N) por separado y se ha analizado el tamaño de la adenopatía mayor extirpada en aquellos casos con N+ en el análisis histológico no detectados por TAC helicoidal. Finalmente se ha estudiado la validez de la indicación hipotética de neoadyuvancia en base al estadiaje de TNM preoperatorio.

Resultados: De los 39 pacientes estudiados, solamente se evidenció una correspondencia exacta entre el TNM preoperatorio y el anatómo-patológico en 11 casos (28,2%), habiendo una correlación para la T en 15 casos (38,5%) y en 28 casos (71,8%) para la N. La sensibilidad del TAC helicoidal

P-003. DIAGNÓSTICO DE SEGUNDA NEOPLASIA EN PET-TC DE ESTADIFICACIÓN

N.J. Cervantes Juárez, E. Martín García-Almenta, A. Ortega Candil, M. García García-Esquinas, M. Conde Rodríguez, M. Fernández-Nespral Loring, A. Sánchez Pernaute y A. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La presentación sincrónica de segundas neoplasias en pacientes con cáncer de esófago y de la unión gastroesofágica es elevada, y su diagnóstico puede variar sustancialmente el enfoque terapéutico del enfermo. La realización de tomografía por emisión de positrones (PET) unido a tomografía computada (TC) para la estadificación del cáncer de esófago permite evaluar simultáneamente la resecabilidad de la lesión y la presencia de extensión a distancia, junto con la presencia de segundos tumores con asiento en otros órganos. El objetivo del presente trabajo es la evaluación de la utilidad del PET-TC en el diagnóstico de neoplasias sincrónicas en pacientes con cáncer de esófago.

Material y métodos: En este estudio fueron incluidos 47 pacientes seleccionados consecutivamente con cáncer de esófago diagnosticado a los que se les realizó un PET-TC en nuestro centro desde marzo 2009 hasta marzo de 2012. El 89% de pacientes eran varones. La edad media fue de 69 años (rango 39-85 años). El 57% de tumores estuvieron localizados en el tercio distal, 23% en el tercio medio y 20% en el tercio proximal. Los tumores de esófago fueron confirmados por biopsia endoscópica en todos los pacientes. Solo 16 pacientes (34%) fueron intervenidos quirúrgicamente. Los 31 pacientes restantes no fueron operados, 24 casos por irresecabilidad y 7 por inoperabilidad (Performance Status > 2).

Resultados: Doce pacientes (25%) presentaron captación patológica de 18F-FDG sugerente de segunda neoplasia en el PET-TC, cuya localización fue 7 en colon, 2 en próstata, 2 en tiroides y 1 en vejiga. De los 7 pacientes con captación en colon, 2 no presentaron hallazgos patológicos en la colonoscopia y en 5 se hallaron pólipos, de los cuales en 4 fueron resecados endoscópicamente (3 adenomas tubulovellosos y 1 carcinoma in situ Haggitt 3) y 1 fue resecado quirúrgicamente realizando hemicolectomía de recha (adenocarcinoma de intestino grueso moderadamente diferenciado T1N0) asociada a la esofaguestomía. En los 2 pacientes con captación en próstata y los 2 con captación tiroidea se descartó malignidad en la biopsia guiada por ecografía. En el paciente con captación en vejiga se confirmó la presencia de una tumoración vesical en cistoscopia y se realizó resección transuretral de la lesión (carcinoma urotelial papilar de bajo grado). Globalmente, el valor predictivo positivo para la detección de neoplasia invasiva fue del 16%.

Conclusiones: La aparición de captaciones no esperadas en el PET-TC de estadificación de los pacientes con cáncer de esófago obliga a descartar, mediante otras pruebas diagnósticas, la presencia de una segunda neoplasia sincrónica, especialmente si esta captación se localiza en el colon. Sin embargo, en nuestra experiencia la trascendencia clínica de las lesiones detectadas en el contexto de un paciente con un cáncer de esófago es probablemente nula. La realización del PET-TC no se debe justificar con la intención de descartar neoplasias sincrónicas.

P-004. DESCOMPRESIÓN TRANSCERVICAL DE LA PLASTIA GÁSTRICA TRAS ESOFAGUECTOMÍA

P. Pérez de Villarreal, I. Díez del Val, C. Loureiro González, J. Barrenetxea Asúa, S. Leturio Fernández, S. Ruiz Carballo, M. García Carrillo, I. del Hoyo Aretxabala, L. Hierro-Olabarria, J.E. Bilbao Axpe y J.J. Méndez Martín

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: Las principales complicaciones postoperatorias tras la esofaguestomía son de origen respiratorio o relacionadas con la anastomosis. La descompresión de la plastia gástrica durante el postoperatorio inmediato, habitualmente realizada a través de una sonda nasal, permite compensar la presión negativa intratorácica y eventualmente reducir la tasa de dehiscencias. Sin embargo, está sujeta a riesgos como su salida accidental precoz y limita las posibilidades de higiene ventilatoria. La esofagostomía transcervical con sonda representa una alternativa eficaz con ventajas potenciales.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 61 años con un carcinoma epidermoide de tercio medio de esófago, uT4N0 por ecoendoscopia, con es-

tudio de extensión negativo mediante TAC y PET, sometido a cirugía tras radioquimioterapia neoadyuvante. Se realiza una esofaguestomía mínimamente invasiva con toracoscopia en prono y posterior laparoscopia para tubulización gástrica y piloroplastia, con extracción cervical de la pieza y anastomosis manual término-lateral. Tras completar la cara posterior de la anastomosis, se coloca una sonda por vía transcervical, que se introduce en el esófago 1-2 cm por encima de la anastomosis y se avanza distalmente hasta el piloro. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. Tras el estudio con contraste realizado al 7º día, se retiró la sonda y se inició la tolerancia oral. El 8º día postoperatorio se retiró el drenaje cervical y al día siguiente el tubo endopleural. El débito fue nulo por el orificio de drenaje, y el paciente fue dado de alta, tras aumento progresivo de la dieta, al 14º día.

Discusión: La esofagostomía transcervical permite la descompresión de la plastia gástrica sin condicionar la higiene de las vías respiratorias, favoreciendo la oxigenoterapia, el uso de incentivadores respiratorios y la expulsión de secreciones nasales. Es rara su salida accidental, así como el débito mantenido tras su retirada. Estudios publicados han demostrado la reducción de complicaciones postoperatorias, tanto pulmonares como nasofaringeas, incluso la menor incidencia de fugas anastomóticas, mejorando significativamente el confort del paciente. Por ello, consideramos que este recurso puede aplicarse sistemáticamente como parte de la técnica de la esofaguestomía con anastomosis cervical.

P-005. CONVERSIÓN DE BYPASS GÁSTRICO A SLEEVE GÁSTRICO POR HIPOGLUCEMIAS SINTOMÁTICAS TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA INICIAL

I. Pulido Roa

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La cirugía bariátrica es una cirugía sintomática o fisiológica que pretende evitar las comorbilidades de la obesidad. La hipoglucemia sintomática como complicación tras el bypass gástrico es un hallazgo infrecuente. La etiología más frecuente comprende el síndrome de Dumping, la administración exógena de insulina/sulfonilureas y la nesidioblastosis. El síndrome de Dumping, presente en el 10-30% de los pacientes intervenidos, es desencadenado por el paso rápido del alimento al yeyuno con las consecuentes manifestaciones posprandiales. La nesidioblastosis es un trastorno genético relacionado con el trasporte del potasio en la célula B pancreática; células que también pueden hipertrofiarse debido al aumento de incretina secundario al rápido paso de alimento al yeyuno (nesidioblastosis-like). El diagnóstico diferencial se basa en la anamnesis minuciosa y la bioquímica (niveles plasmáticos de glucosa, proinsulina, insulina y péptido C). El tratamiento es inicialmente médico-dietético quedando la cirugía como último recurso tras valorar adecuadamente el balance riesgo/beneficio.

Caso clínico: Mujer de 48 años con bypass gástrico por obesidad mórbida y pancreatectomía corporo-caudal por nesidioblastosis. La cirugía bariátrica resultó eficaz a medio plazo con pérdida mantenida de peso pasado el IMC de 48 a 32 kg/m² durante siete años. En el seguimiento presenta hiperinsulinismo con hipoglucemias secundarias sintomáticas resistente al tratamiento médico-dietético que alteran significativamente su calidad de vida. Se diagnostica como nesidioblastosis-like al objetivar niveles plasmáticos bajos de péptido C y proinsulina señalando la alteración del tránsito como su causa directa. Se realizó gastrostomía de alimentación sobre el estómago remanente para comprobar la funcionalidad de éste (tanto clínica como en pruebas radiológicas dinámicas) y el efecto sobre el metabolismo observando la desaparición de la sintomatología neurológica asociada a las hipoglucemias. Tras dicho test fisiológico se procedió a convertir a sleeve gástrico: Anastomosis del reservorio al remanente gástrico excluyendo el asa alimentaria restableciendo el tránsito fisiológico. La paciente presentó un postoperatorio favorable con normalización de la glucemia y alta sin incidencias.

Discusión: La conversión en cirugía bariátrica es una decisión compleja tanto para la selección de pacientes como para la elección de la técnica quirúrgica. Las indicaciones son pérdida de peso insuficiente/excesiva, persistencia de comorbilidades que justificaron la intervención y efectos adversos secundarios con repercusión sobre la calidad de vida (índice BAROS). En el caso de la hipoglucemia, es necesaria una exhaustiva historia clínica y el apoyo del laboratorio para el correcto diagnóstico. Tras agotar el tratamiento médico (hábitos dietéticos, octreótido) existe base

científica para la opción quirúrgica. Las alternativas quirúrgicas son la conversión restaurándose el tránsito fisiológico a través de duodeno o la pancreatectomía distal/total en función de la etiología. En la caso de la conversión el objetivo final es erradicar los efectos adversos de la cirugía inicial evitando la reganancia de "exceso de peso perdido". Dicha conversión es un proceso seguro y reproducible en centros especializados y que debe de encuadrarse dentro de una atención al paciente por parte de un equipo multidisciplinar.

P-006. COMPLICACIÓN DE BYPASS COLOESOFÁGICO EN ESOFAGITIS CÁUSTICA

M.L. Sánchez de Molina Rampérez, P. Vorwald Wolfgang, B. Manso Abajo, C. García Vásquez, E. York Pineda, M.J. Fraile Vilarasa, S. González Ayora, D. Cortés Guiral y D.C. Levano Linares

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: El bypass cólico-esofágico en esofagitis cáusticas constituye una solución quirúrgica óptima, pero no exenta de complicaciones.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 51 años que a los 4 años de edad sufrió una esofagitis cáustica por ingesta accidental, que le originó una estenosis esofágica. Se le realizó un bypass coloesofágico mediante una ileo-ceco-coloplastia retroesternal, con anastomosis colo-gástrica a nivel antral y esófago ileal termino terminal sin esofaguestomía como tratamiento. En 2010 acude a nuestras consultas, con disfagia para sólidos y episodios de aspiración. Previamente se le había realizado varias dilataciones sin éxito, por lo que se le colocó una endoproteesis biodegradable. Debido a su alta localización, el paciente presentó múltiples molestias, y acabó siendo portador de sonda para nutrición enteral durante el tiempo que la prótesis tardó en disolverse: 5-6 meses. Fue estudiado por nuestra parte, mediante endoscopia digestiva alta y TAC, planteándonos la duda diagnostica entre una estenosis de la coloplastia o de su esófago remanente, pues la imagen del ileón terminal simulaba el esófago (fig. 1). Finalmente, la videofluoroscopia de la deglución, nos clarificó que la estenosis se localizaba en la anastomosis superior del bypass.

Resultados: Por todo ello se decide actuación quirúrgica. En primer lugar, se plantea la resección de la anastomosis cervical y autoinjerto de intestino delgado. En el acto quirúrgico se halla la estenosis inmediatamente posterior al manubrio esternal, y una intensa fibrosis perianastomótica que la angula. Así, se realiza esternotomía en L y se libera la fibrosis tras lo cual, se consigue el paso de un dilatador de Malloney de 56F, y se realiza una estrictuloplastia (fig. 2). Se rota el lóbulo tiroideo derecho fijándolo ante la sutura esofágica para protegerla. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, y en seguimiento en nuestras consultas (fig. 3).



Conclusiones: Se remite el caso debido a la particular complicación y resolución del bypass coloesofágico retroesternal.

P-007. ESOFAGUECTOMÍA PROXIMAL CON RECONSTRUCCIÓN CON ASA DE YEYUNO Y CREACIÓN DE UN ASA MONITOR EN PACIENTE PREVIAMENTE LARINGUECTOMIZADO

S. González Ayora, P. Vorwald, D. Cortés Guiral, G. Díaz Tapia, R. Gutiérrez y E. Bernal

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Comentar el abordaje quirúrgico de un carcinoma epidermoide de tercio superior esofágico en paciente añoso, previamente laringuectomizado y radiado por un carcinoma laringeo.

Caso clínico: Varón de 82 años, laringuectomizado y radiado 30 años antes por un carcinoma laringeo, que es enviado a consulta por presentar una masa es tercio medio-superior esofágico estenosante, que le impide la alimentación oral. Se plantea tras estadificación, la realización de un autotrasplante de intestino delgado, desestimándose por su edad y su estado general la esofaguestomía tranhiatal con gastroplastia. En el esofagograma y la videofluoroscopia se observó una zona de estenosis, rigidez e irregularidad en la porción proximal del esófago, que no se distendía y que producía dificultad para deglutar. En el TC se descartaba afectación a distancia. El abordaje quirúrgico fue doble, mediante laparotomía transversa en hipocondrio derecho y de Kocher a nivel cervical. Se realizó esofaguestomía proximal con resección de bloque adenopático adyacente. Así mismo se obtuvo un asa yeyunal de unos 20 cm tras esqueletización de vasos mesentéricos para obtener dos segmentos irrigados por el mismo pedículo, uno de 15 cm para la reconstrucción esofágica y otro de 5 cm que permaneció exteriorizado en el cuello como monitor del injerto. La anastomosis esofágico-yejunal distal se realizó de manera manual tras comprobar que la pistola de sutura mecánica circular no se podía introducir en el asa yeyunal debido a su calibre. Se realizaron anastomosis microvasculares del injerto.

Discusión: Los tumores de tercio superior esofágico pueden ser abordados de diferente manera, si bien la técnica más utilizada es la gastroplastia. Este caso representa un abordaje menos frecuente debido a la situación basal del paciente, con la creación de un asa monitor, que reflejaba el estado del injerto.

P-008. ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO E INMUNOHISTOQUÍMICO DEL USO DE TACHOSIL® COMO REFUERZO DE LAS ANASTOMOSIS ESOFAGOGÁSTRICAS. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN RATAS

R. García Pérez, C.M. Martínez Cáceres, V. Munitiz Ruiz, D. Ruiz de Angulo, A. Ortiz Escandell, L.F. Martínez de Haro, D. Navas Carrillo y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Estudiar el cuadro evolutivo postoperatorio de las anastomosis esofagogastricas en un modelo experimental de rata para valorar la posible utilidad de la esponja hemostática Tachosil® como sellante eficaz para prevenir la aparición de complicaciones postoperatorias derivadas de la sutura convencional.

Material y métodos: Para la consecución del objetivo propuesto, se han utilizado un total de 20 ratas Wistar a las que se les practicó una sección esofagogastrica completa y posterior anastomosis con 3 puntos de PDS de 6/0. Los animales se dividieron en 2 grupos: Grupo control (animales sin aplicación posterior de Tachosil® una vez completada la sutura), y Grupo Tachosil® (animales a los que se les aplicó la esponja Tachosil® una vez completada la sutura). Los animales fueron mantenidos en observación diaria con agua y comida *ad libitum*, sacrificando lotes de animales a los 7 y 30 días post intervención. Se tomaron muestras del área de resección, que fueron incluidas en parafina, de las que se obtuvieron secciones teñidas con hematoxilina-eosina, tricrómico de Masson, y tinción inmunohistoquímica indirecta ABC (utilizando anticuerpos frente a factores angiogénicos (VEGF), fibrogénicos (FGF-1 y -2), y proliferativos (Ki-67)).

Resultados: A los 7 días se observó la presencia de una reacción inflamatoria a cuerpo extraño asociada a la presencia de Tachosil®, con fuerte reacción fibrogénica y vasculogénica, (con abundante expresión de VEGF, FGF-1 y -2) y proliferativa (moderada expresión de Ki-67 en vasos y fibroblastos), con signos de regeneración epitelial, conectiva y muscular que no se observaron en el grupo control. A los 30 días post intervención se observó una recuperación completa de la arquitectura tisular del esófago

en el grupo al que se administró Tachosil®, sin complicaciones secundarias microscópicamente observables.

Conclusiones: El uso de la esponja de fibrina Tachosil® desencadena un proceso inflamatorio de reacción a cuerpo extraño, con abundante expresión de citoquinas fibrogénicas y vasculogénicas que inducen una fibrosis y neovascularización local. La esponja Tachosil® puede ser un complemento en intervenciones de cirugía esofágica para reforzar las anastomosis y ayudar a prevenir las complicaciones posquirúrgicas relacionadas con la dehiscencia de sutura.

P-009. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR Y USO DE PEGAMENTO DE FIBRINA EN PERFORACIONES Y FÍSTULAS ESOFAGOGÁSTRICAS

R. Sánchez Campos, C. Basés Valenzuela, M. Bruna Esteban, J. Sempere García-Argüelles, V. Gumbau Puchol, M. Cantos Pallarés, J. Martínez Baños, J. Puche Pla, D. Dávila Dorta y J.V. Roig Vila

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: Las perforaciones y fistulas esofagogastricas son cuadros clínicos asociados a una alta morbilidad, cuyo manejo diagnóstico y terapéutico depende de la situación clínica del paciente, precisándose, en ocasiones una intervención quirúrgica con amplios desbridamientos, drenajes y ostomías. Sin embargo, en pacientes estables, con pequeñas fugas contenidas sin sepsis, obstrucción ni tumoración, el denominado tratamiento conservador agresivo, basado en dieta absoluta, drenajes, alimentación enteral o parenteral y antibioterapia, se plantea como una opción menos agresiva, con una tasa de curación elevada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con perforación o fistula a nivel esofagogastrico, diagnosticados en nuestro centro durante los últimos 2 años, y en cuyo tratamiento se empleó el sellado endoscópico con cola de fibrina.

Resultados: De los de 8 casos incluidos, la mitad de los pacientes eran varones y la edad media fue de 44 años. 5 se produjeron como una complicación postquirúrgica, habiendo sido sometidos el 80% de ellos a una gastrectomía vertical y siendo la localización más frecuente de la perforación la zona gástrica del cardias. El tránsito esofagogastrico evidenció la fistula o fuga de contraste en 7 de los casos (87,5%). La endoscopia digestiva se realizó en todos, siendo la mediana del tamaño de la perforación de 3 mm (rango: 2-14 mm). El rango del número de sesiones de sellado que se llevó a cabo fue de 1 a 10 con una mediana de 4, mostrando la evaluación endoscópica posterior el cierre completo de la fistula en 6 de ellos (75%). Una paciente requirió la realización de una gastrectomía total ante la persistencia clínica y no resolución de la fistula con el tratamiento conservador. La mediana de seguimiento fue de 14 meses. No hubo morbilidad asociada al proceso de sellado endoscópico.

Conclusiones: El manejo conservador agresivo no quirúrgico y el empleo de colas de fibrina para sellado endoscópico en pacientes con perforación o fistula esofagogastrica y estabilidad clínica es una opción terapéutica que consigue la cicatrización de la lesión en muchos casos con cifras de morbilidad bajas.

P-010. MORBIMORTALIDAD ASOCIADA AL TRATAMIENTO PALIATIVO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Arana González, G. Martínez Fernández, I. Martínez Rodríguez, P. Sendino Cañizares, P. Mifsut Porcel, L. Agirre Etxabe, J.M. García González, J. Ramos Prada, J.I. Santidrián Martínez, A. de la Quintana Basarrete y A. Colina Alonso

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: Los cuidados paliativos en el paciente oncológico con pronóstico de vida limitado tienen por objetivo preservar o mejorar la calidad de vida del paciente. No obstante, ciertos procedimientos llevados a cabo con dicho fin no se encuentran exentos de morbi-mortalidad.

Caso clínico: Paciente varón de 67 años diagnosticado de adenocarcinoma esofágico estadio IV tras estudio de disfagia. En la endoscopia practicada se objetiva, en la zona de transición de tercio medio con tercio distal esofágico, una estenosis infiltrante bien diferenciado. Tanto la ecografía hepática con contraste como el TAC abdominal identifica tres lesiones hepáticas sugestivas de metástasis. Con el diagnóstico de adenocarcinoma

esofágico estenosante e irresecable se realiza por endoscopia una dilatación de la estenosis y la inserción de una prótesis autoexpandible. Asimismo, se procede a la colocación de un reservorio vascular y se inicia la quimioterapia según el esquema cisplatino-5 fluoracilo. Tras la administración de tres ciclos de quimioterapia el paciente presenta dolor abdominal de inicio brusco periumbilical. Se solicita un TAC abdominal urgente que objetiva una perforación a nivel yeyunal con colecciones hidroáreas secundaria a la migración y perforación por la prótesis autoexpandible. Ante estos hallazgos se indica la intervención quirúrgica urgente realizándose la resección del asa yeyunal perforada que incluye la prótesis, anastomosis manual término-terminal y se coloca un yeyunocat para nutrición enteral. Durante el postoperatorio, el paciente presenta edema y eritema en esclavina. La sospecha inicial de un posible síndrome de vena cava superior es confirmada con un TAC cervicotorácico que describe la presencia de una trombosis en la vena cava superior a lo largo del reservorio vascular, así como del tronco braquiocefálico y los 15 mm proximales de la vena yugular interna. Tras valoración conjunta con el Servicio de Hematología y Cirugía Vascular se decide la retirada del reservorio y la pauta de heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulante. Posteriormente, el paciente presenta una evolución tórpida con cuadro de rectorragias precisando transfusiones y aumento de disnea falleciendo al mes y medio de la intervención.

Discusión: La morbi-mortalidad asociada a determinados procedimientos llevados a cabo en el manejo paliativo del paciente oncológico, resalta la importancia de establecer una adecuada valoración multidisciplinar del riesgo-beneficio de dichas actuaciones acompañada de una exhaustiva información de las mismas y aceptación por parte del paciente.

P-011. FÍSTULA GASTROYEYUNOCÓLICA POSQUIRÚRGICA

M. Arana de la Torre, M. Calle, J.I. Santidrián, J.M. Oleagoitia, M.A. Ulacia y A. Colina

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: La fistula gastroyeunocólica es una rara y tardía complicación de la gastrectomía y gastroyeunostomía llevada a cabo para tratar la enfermedad ulcerosa péptica. Los síntomas más frecuentes son el dolor abdominal epigástrico, la pérdida de peso, la diarrea, la hemorragia digestiva y en ocasiones, los vómitos fecaloideos. En la exploración física y en las pruebas de laboratorio podemos encontrar datos de malnutrición de diversos grados. El enema de bario y la gastroscopia son pruebas fundamentales para su diagnóstico, siendo su tratamiento la resección en bloque.

Caso clínico: Varón de 59 años, con hipertensión y dislipemia, intervenido en noviembre de 2008 por carcinoma epidermoide T1bN0(radioterapia postoperatoria) y gastrectomía subtotal Billoth III en Noviembre de 2009 por úlcus péptico estenosante. En control en Consultas Externas el paciente refiere pérdida de peso, escaso apetito y deposiciones líquidas. En las pruebas de laboratorio los marcadores tumorales digestivos son negativos, siendo la hemoglobina de 11,5 y el hematocrito de 34,9%. Se realiza un EED que informa de estenosis benigna tipo inflamatoria, estómago de retención, fistula gastrocólica. La gastroscopia describe un estómago de retención con estenosis en la anastomosis (AP: gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal). TAC: fistula gastrocólica que comunica cuerpo gástrico, a nivel de curvatura menor con tercio medio de colon transverso. Ante estos hallazgos se programa la cirugía encontrándose un estómago de retención y una fistula gastroyeunocólica (incluyendo el asa aferente del Billoth III). Se procede a la resección de la fistula, se rehace la gastroyeunostomía y anastomosis colocólica. AP: inflamación crónica, sin datos de malignidad.

Discusión: Actualmente, gracias al desarrollo de nuevos agentes farmacológicos para el tratamiento de la enfermedad ulcerosa, la incidencia de la úlcera gastroyeunocólica postquirúrgica ha decrecido de forma notoria. La clínica habitual comprende el dolor epigástrico, la diarrea, los vómitos fecaloideos, la hemorragia digestiva, la pérdida de peso y la debilidad. En las pruebas de laboratorio los datos más frecuentes son la anemia, la leucocitosis, los trastornos electrolíticos y la hipoalbuminemia. El enema de bario y la gastroscopia son fundamentales en su diagnóstico (95-100%), mientras que el TAC nos permite determinar la fistula y descartar malignidad. El tratamiento consiste en la resección en bloque de la fistula y la reconstrucción del tránsito junto con un adecuado aporte nutricional.

P-012. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS Y PARÁMETROS NUTRICIONALES EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO

J. Gironès Vilà, N. Salleras Compte, C. Planella Farruja, E. Rovira Pujol, A. Ranea Goñi, M. Puig Costa, E. Artigau Nieto, J. Rodríguez Hermosa, J. Roig García, N. Pons Portas y A. Codina Cazador

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Introducción: La enfermedad neoplásica maligna se acompaña de un importante deterioro del estado nutricional que incide directamente sobre la evolución postoperatoria del paciente. Hemos realizado un estudio descriptivo del estado nutricional del paciente y la presencia de complicaciones en el postoperatorio de pacientes intervenidos de cáncer de esófago con intención curativa.

Objetivos: Valoración del estado nutricional del paciente diagnosticado de cáncer de esófago y la presencia de complicaciones en el postoperatorio.

Material y métodos: Hemos escogido a 49 pacientes intervenidos de cáncer de esófago con intención curativa y que han estado valorados por la unidad de dietética en la fase prequirúrgica y en el postoperatorio. Se han determinado los parámetros clínicos y analíticos nutricionales de los pacientes (IMC, pérdida de peso, proteínas totales, albúmina y colesterol total). Se ha registrado la presencia de complicaciones. El estudio estadístico se ha realizado mediante SPSS 8.0.

Resultados: La complicación más frecuente ha sido la fistula digestiva a nivel de la anastomosis intestinal en 8 pacientes y a continuación en 4 casos las complicaciones respiratorias. No hemos encontrado resultados estadísticamente significativos analizando los parámetros nutricionales con la presencia de complicaciones.

Conclusiones: En nuestra serie no existe una relación entre los valores prequirúrgicos de pérdida de peso previa, albúmina y proteínas totales bajos con una peor evolución en el postoperatorio. Creemos que esto puede ser debido al bajo número de pacientes que hemos podido incluir en el estudio.

P-088. EVALUACIÓN A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON ACALASIA ESOFÁGICA OPERADOS POR PERFORACIÓN TRAS DILATACIÓN NEUMÁTICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE

H. Beltrán Herrera, M. Aguilar Martí, F. Mingol Navarro, V. Ortiz, V. Garrigues y M. de Juan Burgueño

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida (CVRS) y evolución clínica a largo plazo en pacientes intervenidos por perforación esofágica tras la dilatación neumática (DN) por acalasia.

Material y métodos: Desde 1980, 510 pacientes con acalasia han sido tratados en nuestro hospital mediante dilatación forzada del cardias. Nueve casos (1,7%) presentaron una perforación que requirió tratamiento quirúrgico, en 6 de ellos tras la primera sesión de DN y en 3, tras la segunda sesión. El diagnóstico de la perforación se basó en los datos clínicos, en la Rx simple de tórax y Rx/TAC con contraste hidrosoluble en los casos sospechosos. Antes del tratamiento se realizó un análisis clínico, manometría esofágica, esofagograma y endoscopia alta. La cirugía consistió en el cierre de la perforación, miotomía de Heller y funduplicatura tipo DOR. Todos se evaluaron 3 meses tras la intervención. En 6 casos se ha realizado una evaluación reciente (seguimiento medio 5,5 años; límites 1-19 años) incluyendo una evaluación clínica y de la CVRS (genérica mediante SF-36 y específica mediante AE-18), una manometría, pH-impedanciometría esofágica, esofagograma y endoscopia.

Resultados: De los 9 casos, 5 eran mujeres y la media de edad fue 53 años (DE 20 años). El tiempo medio desde la DN hasta la cirugía fue de 24 (2-48) horas, la longitud del desgarro fue 5 cm (DE: 3 cm); en 8 de los 9 casos se localizó en el lado izquierdo esofágico. La estancia media fue 16 (7-58) días. La mejoría clínica de los pacientes fue del 100% a los 3 meses y de 90% a largo plazo. La CVRS genérica fue inferior a la de la población general española; sin embargo, la CVRS específica fue similar a la de los pacientes tratados con DN sin complicaciones. El tono del EEI pasó de 27 (11-36) mmHg antes de la DN a 5 (0-8) mmHg a los 3 meses y 5 (0-8) mmHg a largo plazo. El diámetro esofágico fue 44 (25-75) mm, 20 (15-35) mm, y 33 (33-47) mm, respectivamente. Existía esofagitis en 2 casos a los 3 meses de la DN y en 2 casos a largo plazo. Al final del seguimiento se

demostró reflujo ácido y no ácido en 2 casos; reflujo ácido en 1 caso; no ácido en 1 caso; y ausencia de reflujo en 2 pacientes.

Conclusiones: 1) Los pacientes que precisan cirugía por perforación en el curso de una DN presentan una buena situación clínica basada en datos subjetivos y objetivos, que se mantiene en el tiempo. 2) Su CVRS, evaluada a largo plazo, es inferior a la de la población general pero similar a la de los tratados con DN que no tuvieron complicaciones.

P-089. ROTURA ESOFÁGICA TRAS RETIRADA DE ENDOPRÓTESIS. CAUSAS Y TRATAMIENTO

C. Fortea Sanchis, L. Gómez Quiles, D. Martínez Ramos, G.A. Paiva Coronel, R. Queralt Martín, A. Villarín Rodríguez, J.M. Daroca José y J.L. Salvador Sanchis

Hospital General de Castellón, Castellón.

Introducción: Recientemente se ha extendido el uso de endoprótesis esofágicas como parte del tratamiento conservador de las fugas anastomóticas tras la cirugía. De este modo, en la mayor parte de los casos se puede evitar una intervención quirúrgica. No obstante, estas prótesis pueden presentar importantes complicaciones, por lo que resulta necesario conocerlas y tratarlas adecuadamente.

Caso clínico: Varón de 53 años de edad diagnosticado de adenocarcinoma gástrico subcardial (rT3N1M0), que recibió quimioterapia neoadyuvante. Fue intervenido mediante gastrectomía total con linfadenectomía D1α y reconstrucción en "Y" de Roux. Presentó como complicación postoperatoria una fuga anastomótica en la cara posterior, junto con un absceso secundario intraabdominal subhepático izquierdo de 7 cm de diámetro. Se decidió iniciar tratamiento conservador con endoprótesis digestiva recubierta colocada mediante control radiológico, y drenaje percutáneo de la colección. El resultado fue el cierre de la fuga, aunque la evolución del absceso intraabdominal fue tórpida y se retrasó la retirada de la endoprótesis 3 meses. Tras este periodo la endoprótesis se encontraba parcialmente integrada en el esófago por lo que fue imposible su retirada, tanto mediante endoscopia como por radiología intervencionista. Por este motivo se decidió la extracción de la endoprótesis utilizando un esofagoscopio rígido, con rotura esofágica masiva tras la retirada. El paciente se intervino de forma urgente realizándose una esofagectomía total con cervicostomía y yeyunostomía de alimentación. En un segundo tiempo se reconstruyó el tránsito digestivo mediante coloplastia de colon derecho.

Conclusiones: Aunque las endoprótesis digestivas son de gran utilidad para tratar la dehiscencia de anastomosis esofágicas, puede haber importantes complicaciones asociadas a este procedimiento. La integración de la prótesis dificulta su retirada y puede provocar perforación del órgano adherido, con necesidad de tratamiento quirúrgico urgente.

P-090. UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS ESOFÁGICA EN EL TRATAMIENTO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA POR CUERPO EXTRAÑO

D. López Guerra, R. Fernández Anzules, I. Ambel Albarrán, A. Nieves Herrero, F.G. Onieva González, J. Santos Naharro, G. Rodríguez Caraballo, J. Márquez Rojas, I. Gallarín Salamanca, C. Jiménez Jaén y J. Salas Martínez

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: La utilización de prótesis esofágica como tratamiento de pacientes con perforación esofágica ha sido descrita en los últimos años como técnica complementaria a la cirugía de la perforación. El uso de prótesis se describió inicialmente en perforaciones secundaria a neoplasias esofágicas, posteriormente se ha extendido su uso describiéndose en pacientes con perforaciones iatrogénicas y dehiscencias anastomóticas. La morbilidad y mortalidad depende del diagnóstico temprano empeorando los resultados cuando se actúa después de las primeras 12-24 horas.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica con palabras claves "perforación esofágica" y "stent" en la literatura científica hasta la fecha actual. Se describe el caso clínico con apoyo de imágenes de radiológicas y de la intervención quirúrgica realizada

Resultados: Presentamos un varón de 65 años de edad que como antecedentes personales padeció una miocardiopatía dilatada severa secundaria a cardiopatía isquémica y fibrilación auricular crónica en tratamiento con antiagregantes. Acude a urgencias con disfagia, sensación de cuerpo extraño faríngeo y sialorrea tras la ingesta de un hueso de liebre. Tras

realización de laringoscopia flexible y endoscopia no se encuentra material extraño ni perforación en todo el trayecto esofágico. Se completa el estudio posteriormente con esofagoscopia rígida sin encontrar perforación. Ante la persistencia de los síntomas se realiza estudio con contraste donde se aprecia fuga del mismo en tercio medio. Se realiza TAC Torácico con contraste mediastínico, neumomediastino y enfisema subcutáneo. Se realiza colocación de prótesis esofágica recubierta autoexpansible tipo SX-ELLA Plus con comprobación radiológica y a continuación se entrevie-ne al paciente mediante toracotomía posterolateral derecha a nivel del 5º espacio intercostal encontrando perforación a nivel del cayado de la vena ácigos con mediastinitis localizada. Se realiza cierre primario con sutura reabsorbible con puntos sueltos. El paciente permanece 7 días en la Unidad de Cuidados Intensivos sin complicaciones durante su estancia. Re- inicia dieta oral al 8º día, con posterior retirada de tubos torácicos y comprobando mediante radiología la ausencia de complicaciones. Al 15º día es dado de alta. Tras 2 meses se retira la prótesis esofágica por el Servicio de Aparato Digestivo. Actualmente tolera dieta oral y no ha desarrollado complicaciones posteriores.

Conclusiones: La buena evolución y resolución del cuadro clínico en nuestro paciente y tras analizar la literatura donde se describe la utilización de stent en caso de perforaciones iatrogénicas o traumáticas con éxito, se debe considerar como una opción interesante como terapia complementaria a la cirugía. Se ha asociado una tasa de éxito en pacientes seleccionados hasta un 94%, con migración de prótesis entre el 7-30%. El tratamiento de la perforación no se debe demorar, empeorando el pronóstico si se superan las 24 horas tras la perforación. Las ventajas de la utilización de prótesis incluyen la ingesta oral precoz, la disminución de la estancia hospitalaria y la reducción de la morbilidad. Se deben evaluar más casos para poder extender su uso e indicaciones en el futuro.

P-091. HERNIA PARAESOFÁGICA GIGANTE CON COMPONENTE DUODENAL EN SU INTERIOR. REPARACIÓN MEDIANTE TÉCNICA LAPAROSCÓPICA

G.J. Fernández-Díaz, E. Martín-Pérez, J.L. Muñoz de Nova, A. Rodríguez Sánchez, I. Rubio Pérez, M.D.M. Naranjo Lozano y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: Aunque no existe una definición uniforme, está aceptado, que una hernia hiatal gigante es aquella que incluye al menos del 30% del estómago en el tórax. Habitualmente son hernia tipo III con un componente paraesofágico y su incidencia oscila entre el 0,3% al 15%. Aunque la etiología no está del todo clara, existen dos posibles mecanismos. La enfermedad por reflujo (RGE), que ocasiona cicatrices y retracciones con el consiguiente esófago corto, que acompañado de una mayor movilidad gástrica, facilita el desplazamiento del estómago al tórax. La presentación clínica consiste en dolor abdominal acompañado de síntomas por RGE. Las pruebas de imagen, como la radiografía de tórax y el TC abdominal-torácico, nos dan un diagnóstico en la mayoría de los pacientes. Presentamos un caso de hernia gigante paraesofágica y discutimos los aspectos relacionados con el abordaje diagnóstico-terapéutico de esta entidad.

Caso clínico: Varón de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, aneurisma aórtico, que presenta un cuadro de dolor abdominal difuso de 24 horas de evolución, acompañado de vómitos oscuros y anorexia. Exploración: palidez cutánea. Abdomen blando, depresible, distendido a nivel de hipocondrio izquierdo, doloroso y duro a la palpación. Analítica: amilasa 436, resto rigurosamente normal. Rx tórax: gran hernia paraesofágica diafragmática con 2 niveles hidroáreos. TC abdomen: se observa gran hernia paraesofágica, con antro-bulbo duodenal dilatados formando parte del contenido herniario, que condiciona dificultad del vaciamiento gástrico, no pudiendo descartar volvulación. Prótesis aortoilíaca con trombo aneurismático de $8 \times 8 \times 9$ cm. Intervención: acceso laparoscópico, disección saco herniario, separación de ambos pilares diafragmáticos. Reducción del estómago torácico a nivel abdominal, cierre del gran defecto diafragmático con malla de doble capa y funduplicatura de Floppy Nissen. Juicio clínico: hernia paraesofágica gigante con herniación de componente duodenal.

Conclusiones: La reparación de las hernias de hiato gigantes supone una técnica difícil y controvertida. La cirugía de elección continúa siendo la reducción de los elementos herniados, acompañado de la técnica antirreflujo de Floppy Nissen. Se ha observado una alta tasa de recurrencias tanto en la cirugía abierta como en la laparoscópica, evidenciando en

esta última una menor tasa de complicaciones. El uso de mallas para la reparación del defecto ha favorecido una reducción en la tasa de recidivas a menos del 5%. Sin embargo, su uso ha provocado la aparición de complicaciones antes consideradas raras, como son la erosión y la fibrosis de los tejidos, con riesgo de ocasionar una disfagia o perforación en el postoperatorio. La hernia de hiato gigante supone un reto para el cirujano laparoscopista pero en pacientes seleccionados el abordaje laparoscópico supone la técnica de elección, así como la reparación del defecto diafragmático con malla para evitar las futuras recidivas.

P-092. "GAS-BLOAT SYNDROME" COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO EN URGENCIAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Arana González, G. Martínez Fernández, P. Sendino Cañizares, L. Agirre Etxabe, J.M. García González, A. de la Quintana Basarrete y A. Colina Alonso

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: "Gas-Bloat Syndrome" es una entidad en la que el paciente presenta una imposibilidad para eructar y/o vomitar tras la realización de una funduplicatura. El proceso inconsciente de aclaramiento esofágico, que conlleva tragar saliva acompañada de aire, es realizado por el paciente, con reflujo gastroesofágico, antes de la intervención quirúrgica y dicho hábito, continúa tras la misma.

Caso clínico: Mujer de 58 años con antecedentes de taquicardias paroxísticas. Intervenida recientemente de colelitiasis y hernia de hiato practicándose, en un mismo tiempo quirúrgico, una colecistectomía y una funduplicatura Nissen por laparoscopia. Acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de dolor abdominal intenso en epigastrio de aparición brusca tras la ingesta, sin vómitos y deposición normal. La paciente permanece afebril, pálida, diaforética, afectada y con dolor importante, timpanismo y efecto masa en epigastrio. Se le realiza una analítica en la que se evidencia leucocitosis 16.000, siendo la amilasa y el resto de parámetros analíticos normales. En la radiografía simple de abdomen se objetiva la presencia de una distensión importante de la cámara gástrica que ocupa casi la totalidad de la cavidad abdominal y desplaza el contenido intestinal. Dado los hallazgos clínico-radiológicos y teniendo en cuenta los antecedentes quirúrgicos de la paciente, la sospecha diagnóstica inicial es un "Gas-Bloat Syndrome". Por tanto, se monitoriza a la paciente, se pauta sueroterapia y analgesia y se coloca una sonda nasogástrica con aspiración intermitente resolviéndose el cuadro. Durante su ingreso en planta, en el esofagograma y estudio endoscópico realizados no se objetiva patología. Es dada de alta con medidas dietéticas y prokinéticos. En la evolución posterior, llevada a cabo en consultas externas, la paciente no refiere nuevos episodios similares.

Discusión: El reconocimiento precoz de dicha entidad, cuando se presenta de urgencia como posible abdomen agudo, es fundamental para iniciar las medidas terapéuticas básicas destinadas a evitar un compromiso respiratorio y hemodinámico del paciente. Asimismo la mayoría de estos pacientes se benefician de un tratamiento conservador con resolución del cuadro, siempre y cuando se haya descartado otros diagnósticos como la obstrucción intestinal.

P-093. RESULTADOS EN LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO POR VÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

R.M. Saborit, B. Tormos, D. Roig, R. Penalba, T. Pérez, L. Minguet, J. Mallol, V. Roselló, J. García del Caño y J. Aguiló

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Introducción: La vía laparoscópica se acepta como la de elección para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE), incluyendo diferentes técnicas quirúrgicas válidas. Su objetivo es la resolución de los síntomas y complicaciones relacionados con esta entidad. Para evaluar el impacto de esta cirugía sobre la calidad de vida de los pacientes se utiliza el índice de satisfacción de Visick.

Objetivos: Analizar los resultados de una serie de pacientes con ERGE intervenidos por vía laparoscópica mediante 2 técnicas antirreflujo distintas, la funduplicatura de tipo Nissen o de tipo Nissen-Rossetti (sin sección de vasos cortos).

Material y métodos: Se analiza una serie retrospectiva de 107 pacientes con ERGE intervenidos entre enero 1999 y diciembre 2011 por vía laparoscópica,

87 mediante funduplicatura tipo Nissen-Rossetti y 20 tipo Nissen. La ERGE se constató, además de la clínica, mediante pH y manometría esofágicas, endoscopia digestiva alta y tránsito baritado esófago-gástrico. Además de un análisis descriptivo se analizó si el índice de Visick se asoció al tipo de funduplicatura, al cierre de pilares o a la reparación con malla del orificio hiatal. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS Statistics y se consideró que existía significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se intervinió 107 pacientes, 64 (60%) hombres y 43 (40%) mujeres, de edad media de 45 años (15-80). Los síntomas preoperatorios más comunes fueron la pirosis (70%), las regurgitaciones (70%) y los síntomas respiratorios (19%). Las indicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron la dependencia de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (64%) y el esófago de Barrett (23%). A la funduplicatura se asoció un cierre de pilares en 40 casos (37%) y 6 (5,6%) precisaron de una malla para cerrar el defecto hiatal. Hubo dos conversiones a laparotomía, una por problemas técnicos y otra por perforación accidental en la cara posterior gástrica. La estancia media postoperatoria fue 3,2 días. Dos casos se reintervinieron precozmente (por síndrome de gas bloat y recidiva herniaria) y no hubo mortalidad. La morbilidad global fue del 5,5%, relacionada en la mayoría de los casos con complicaciones menores de las heridas quirúrgicas. La evaluación inicial del índice de Visick a los 3 meses fue de: 51% Visick I, 36% Visick II, 13% Visick III, sin casos IV ni V, y una pérdida. Al año, 67% Visick I, 21% Visick II, 8%, Visick III, sin casos IV ni V, y 3% de pérdidas. No existieron diferencias significativas en el índice Visick respecto al tipo de funduplicatura. El cierre de pilares mostró un peor resultado Visick aunque las diferencias no fueron significativas. La colocación de malla no presentó resultados desfavorables.

Conclusiones: La cirugía antirreflujo por vía laparoscópica es una técnica con escasa morbilidad, baja estancia hospitalaria y que mejora la calidad de vida de la mayoría de los pacientes con ERGE. La sección de vasos cortos, el cierre de pilares o la colocación de malla no condicionaron el índice de Visick.

P-094. HERNIA PARAESOFÁGICA EN EL PACIENTE OCTOGENARIO. TÉCNICA QUIRÚRGICA DE ELECCIÓN

J. Gironès Vilà, E. Rovira Pujol, E. Artigau Nieto, A. Pigem Rodeja, J. Rodríguez Hermosa, M. Puig Costa, J. Roig García y A. Codina Cazador

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Introducción: En los pacientes octogenarios la morbi-mortalidad es superior a la población general. Después de una intervención quirúrgica el riesgo de presentar complicaciones menores es mayor y la tasa de reintervenciones también se incrementa. El problema radica en que estos pacientes son cada día más habituales en la consulta externa y en los servicios de urgencias. Referente a la hernia hiatal, las de tipo III y IV son más frecuentes en los pacientes octogenarios. La clínica presente depende del volumen de la hernia. A medida que aumenta su tamaño hay un empeoramiento de la disfagia y de la disnea. La cirugía se indica en todos los casos sintomáticos. La finalidad del tratamiento será reducir el contenido herniario, y evitar la recidiva herniaria.

Objetivos: Evaluar la técnica quirúrgica realizada en las hernias tipo III y IV en el paciente octogenario.

Resultados: En los últimos 10 años se han intervenido un total de 10 pacientes con hernia hiatal paraesofágica con edad igual o superior a 80 años. La clínica más frecuente fue la disfagia y la intolerancia alimentaria. Se realizaron 5 gastropexias, todas de manera urgente diferida y por laparoscopia. En los cinco casos restantes se realizó reparación mediante funduplicatura tipo Nissen. La mortalidad ha sido nula.

Conclusiones: En los casos en que sea posible realizaremos funduplicatura tipo Nissen. Pero en los pacientes ASA IV hemos de pensar en técnicas de fácil realización como es el caso de la gastropexia tipo Boerema. Así mismo es de vital importancia la valoración y tratamiento multidisciplinar del paciente, con la implicación del anestesista, intensivista y cirujano.

P-095. HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE ORIGEN IATROGÉNICO ESTRANGULADA EN PACIENTE GESTANTE

I. Pulido Roa

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Las hernias diafragmáticas adquiridas iatrogénicas se producen durante la cirugía o en el momento de la colocación de drenajes

tanto a nivel torácico como abdominal. Mayoritariamente son asintomáticas o de clínica larvada, pero los cambios en la presión intraabdominal presentes en el embarazo o el parto pueden llevar consigo la aparición de síntomas o incluso complicarlas. El tratamiento es siempre quirúrgico y la vía de abordaje la abdominal.

Caso clínico: Mujer de 34 años, gestante de 26 semanas. Como antecedentes personales, esplenectomía y colecistectomía laparoscópica indicadas por microesferocitosis hereditaria y colelitiasis sintomática, con postoperatorio tórpido que requirió drenaje torácico (derrame pleural) y abdominal (colección subfrénica izquierda). Acude con cuadro clínico de dolor retroesternal-hemiaabdomen superior, disnea y náuseas; acompañados de empeoramiento progresivo del estado general. A la exploración física silencio en hemitórax izquierdo y RM que objetiva cámara gástrica en tórax. Intervención emergente con parada cardio-respiratoria tras la inducción; inicio de RCP avanzada, tras laparotomía media y extracción del feto, se objetiva hernia diafragmática postero-medial izquierda con curvatura mayor gástrica estrangulada realizándose frenotomía, reducción, masaje cardíaco directo y frenorrafia. En second look gastoplastia longitudinal por curvatura mayor gástrica necrosada no perforada. Evolución favorable. Ha presentado tres reingresos por obstrucción de intestino delgado, dos por síndrome adherencial resueltos con tratamiento conservador y uno secundario a hernia interna por brida a nivel de HCl que precisó tratamiento quirúrgico.

Discusión: La hernia diafragmática es un factor de riesgo durante el embarazo. Su tratamiento depende del tiempo y, fundamentalmente, de la clínica asociada: Las asintomáticas se tratan de forma conservadora y las sintomáticas requieren intervención; la emergencia de ésta y la posibilidad de favorecer la madurez fetal previa estriba en la estabilidad de la paciente y el feto. La morbi-mortalidad depende de la precocidad del diagnóstico y de las lesiones asociadas.

P-096. HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS NO HIATALES. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

J.M. García Gil, J. Drewniak, A.M. Fernández Pérez, A.I. Ibarra Ariza, J.E. Danés Grases, R. Cuberes Montserrat y G. García-Blanch de Benito Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

Introducción: La hernia diafragmática es la protrusión del contenido abdominal hacia la cavidad torácica a través de un defecto diafragmático. Si se excluyen las hiatales, pueden clasificarse en dos tipos según su origen. Las hernias congénitas, como la de Bochdalek y la de Morgagni-Larrey son debidas a anomalías en el desarrollo embrionario del diafragma, con fusión incompleta de sus componentes estructurales, lo que produce la herniación prenatal del contenido abdominal. Se presentan frecuentemente en el periodo neonatal y requieren una cirugía casi inmediata, pero también pueden ser asintomáticas y descubrirse de forma casual en el adulto. Las hernias adquiridas, infrecuentes, son las lesiones diafragmáticas secundarias a traumatismos abiertos (por arma blanca o proyectil) o cerrados (accidentes de tráfico, laborales, domésticos) o también a lesiones del nervio frénico. Suelen asociar lesiones abdominales o torácicas que determinan la gravedad del pronóstico y dificultan el diagnóstico de la lesión diafragmática. Su tratamiento es siempre quirúrgico. Independientemente de la causa, el tratamiento quirúrgico es la reducción de las vísceras herniadas y la reparación del defecto diafragmático mediante sutura, o si es muy grande, interponiendo una malla.

Casos clínicos: Mujer de 69 años con disnea progresiva de 3 meses de evolución, con el antecedente de caída 9 meses antes en la que se fracturó varias costillas. Rx tórax: derrame pleural y colapso pulmonar izquierdo. TAC: hernia hemidiafragmática izquierda con importante contenido de vísceras abdominales y compresión y colapso pulmonar. Se interviene de forma urgente mediante LPS que precisó ante los hallazgos ampliación a toracotomía anterolateral izquierda por 7º espacio intercostal. Se evidenció prolapsio masivo de vísceras abdominales que incluye epiploón, colon y bazo. Se realiza reducción, frenorrafia y colocación de malla de doble cara. Evolución postoperatoria favorable; asintomática al alta, con mínimo derrame pleural izquierdo residual. En TAC de control elevación discreta de hemidiafragma izquierdo y hernia de hiato. Varón de 68 años con clínica de disnea ocasional, sin antecedente traumático. Presenta como hallazgo incidental en TAC: hernia diafragmática anterior de gran tamaño con contenido de colon transverso y grasa epiploica peritoneal. Se interviene de forma programada por vía laparoscópica y se objetiva hernia diafragmática de Morgagni que contiene epiploón. Se realiza reducción del mismo, y colocación de malla de parietene fijada

con helicosutura. Evolución postoperatoria favorable, recibiendo el alta a los 5 días.

Discusión: Las hernias diafrágmaticas no hiatales pueden ser congénitas y traumáticas. Las primeras pueden precisar reparación quirúrgica perinatal o descubrirse incidentalmente en la edad adulta, como en el segundo caso. Las roturas traumáticas diafrágmaticas suponen un problema diagnóstico por la frecuente asociación a otras lesiones viscerales, de las que dependerá la urgencia en su tratamiento, siempre quirúrgico, pudiendo diagnosticarse tarde, como en el primer caso. El abordaje laparoscópico es preferible, aunque no siempre posible en los casos traumáticos.

P-097. DIVERTÍCULO DE ZENKER

T. Marquina Tobalina, J. Cervera, P. Sendino, A. Urigüen, M. Prieto, H. Marín, M. Santamaría, P. Mifsut, J. Ramos, M. Ulacia y A. Colina

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: Los divertículos de Zenker son una entidad infrecuente, con una incidencia del 2,7% entre las afecciones quirúrgicas del primer tramo del tubo digestivo. A continuación describimos un caso clínico a propósito de este tema.

Caso clínico: Presentamos a un paciente de 73 años, que acude al Servicio de Urgencias por odinofagia y disfagia importantes asociadas a sensación de cuerpo extraño. Como antecedentes personales, es alérgico a AAS, presenta trastorno depresivo, ATIs, una amputación en EID y apendicetomizado. Tanto la exploración física, como la analítica no aportan datos relevantes. Es valorado por ORL, visualizando edema retrocricoideo y de senos piriformes, tras lo cual se solicita una endoscopia que confirma el diagnóstico de divertículo de Zenker. Tras completar el estudio con un transito baritado, se interviene al paciente objetivando un divertículo de Zenker de 3 cm, con importante reacción inflamatoria y contenido de cuerpo extraño en su interior (avellana). Se realizó una diverticulectomía con TA 60 sobre sonda de Fouchard intraesofágica con acceso cervical. La evolución clínica del paciente fue satisfactoria, exceptuando una lesión recurrente que se manejo con rehabilitación y logopedia.

Discusión: El divertículo de Zenker, es el divertículo más sintomático. Aparece comúnmente en varones mayores de 50 años. Se consideran secundarios a una hipertensión mantenida en la cámara faríngea, y se diferencian 2 tipos: por pulsión; constituidos solo por mucosa, y por tracción, los cuales contienen toda la pared del esófago. La puerta de salida del divertículo es el espacio triangular que queda en la pared posterior de la faringe entre las fibras oblicuas del constrictor inferior y las horizontales del cricofaríngeo. En cuanto al diagnóstico, la prueba gold estándar es el tránsito baritado, quedando reservada la endoscopia para los casos de impactación y en los que se sospecha malignidad. El tratamiento debe ser quirúrgico en los casos sintomáticos. Se trata de una entidad poco frecuente, que debemos sospechar en pacientes añosos con clínica de disfagia, atragantamiento y sensación de cuerpo extraño. Su tratamiento, cuando es sintomático es quirúrgico, clásicamente mediante abordaje cervical o mediante toracotomía izquierda, aunque ahora se están desarrollando técnicas con videotoracoscopia con buenos resultados.

P-098. ESTENOSIS ESOFÁGICA PÉPTICA

A.B. Bustos Merlo, M.J. Álvarez Martín, A. García Navarro, J. Valdivia Risco, A. Vilchez Rabelo, C. San Miguel Méndez y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: Casi el 80% de las estenosis esofágicas benignas son debidas a cicatrización transmural localizada, secuela de esofagitis grave prolongada, secundaria a reflujo gastroesofágico (ERGE). Su prevalencia entre los pacientes con ERGE es 10-25%. Suele localizarse inmediatamente proximal a la unión escamocolumnar.

La disfagia es el síntoma más común al diagnóstico. El esofagograma con bario detecta alteraciones anatómicas, y proporciona información sobre la localización, diámetro y longitud de la lesión. La endoscopia (EDA) con toma de biopsias, confirma el diagnóstico y permite excluir malignidad. Las dilataciones mecánicas asociadas a inhibidores de la bomba de protones, para prevenir la esofagitis continuada y, así la recidiva de la estenosis, constituyen el tratamiento inicial de elección consiguiendo la remisión de los síntomas en el 75% de los pacientes. La cirugía antirreflujo, preferentemente laparoscópica, está indicada ante el fracaso del tratamiento conservador (30% de los casos).

Casos clínicos: Caso 1: varón de 51 años con antecedentes de ERGE de 3 años de evolución y hernia hiatal por deslizamiento, que consultó por disfagia. La endoscopia reveló una estenosis esofágica péptica a 35 cm de la arcada dentaria, que precisó varias dilataciones endoscópicas y posterior colocación de prótesis degradable sin éxito. Por ello se decidió cirugía. Se realizó laparotomía media evidenciando hernia hiatal con esófago corto, gran reacción inflamatoria periesofágica. Se realizó dilatación progresiva con sondas de dilatación esofágica desde la vía oral consiguiendo dilatación estable de la luz esofágica. Se comprobó que el esófago no descendía a cavidad abdominal, por lo que se realizó gastroplastia de Collis y posterior funduplicatura de Nissen (Collis-Nissen). Caso 2: varón de 74 años con antecedentes de HTA, DM, IAM con implantación de stent, ictus isquémico carotídeo izquierdo, gastritis crónica. Se nos remite, para valoración de cirugía por disfagia secundaria a estenosis esofágica péptica benigna resistente a tratamiento conservador (tres dilataciones endoscópicas y colocación de dos prótesis sin éxito, la primera mecánica y la segunda biodegradable). EDA: estenosis esofágica ulcerada a 26 cm de arcada dentaria infranqueable con el endoscopio (biopsia negativa para malignidad). TAC: Gran hernia hiatal por deslizamiento y engrosamiento difuso de la pared del esófago distal, con estenosis secundaria. Se realizó laparotomía, evidenciándose gran hernia hiatal por deslizamiento, con un tercio de estómago en cavidad torácica y estenosis esofágica fibrosa con gran componente inflamatorio no dilatable intraoperatoriamente por lo que se decidió realizar esofaguestomía subtotal con plástica gástrica (Akiyama). Postoperatorio adecuado en ambos, con desaparición de la disfagia, sin sintomatología de reflujo y transito de control con buen paso de contraste. Siguen asintomáticos tras 6 meses y un año de seguimiento respectivamente.

Discusión: Ante la indicación quirúrgica por fracaso del tratamiento conservador se debe evaluar, la existencia de esófago corto, en cuyo caso estaría indicado asociar gastroplastia de Collis a la técnica antirreflujo. La resección y reconstrucción esofágica estaría indicada solo en aquellos casos infrecuentes de estenosis no dilatable en los que han fracasado los procedimientos antirreflujo.

P-099. NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE BOERHAAVE

H. Marín Ortega, I. Martínez Rodríguez, A. Sarriugarte Lasarte, P. Mifsut Porcel, L. Agirre Etxabe, T. Marquina Tobalina, M. Prieto Calvo, M. Guerra Lerma, M. Calle Baraja y A. Colina Alonso

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: El neumomediastino espontáneo es una entidad infrecuente que suele afectar a pacientes en edad pediátrica y adolescentes. Su presentación clínica suele resultar más confusa en pacientes de mayor edad, donde en ocasiones es indistinguible de la perforación esofágica espontánea (síndrome de Boerhaave), siendo fundamental un correcto diagnóstico diferencial dadas las diferentes implicaciones pronósticas entre ambas entidades. Presentamos un caso de neumomediastino espontáneo que por su presentación clínica motivó diagnóstico diferencial con la perforación espontánea de esófago (síndrome de Boerhaave).

Caso clínico: Varón de 20 años de edad, sin antecedentes de interés. Acude a urgencias tras 4 días de molestias abdominales y vómitos. Inquieto y alterado, sudoroso. Tensión arterial 167/67 mmHg, taquicárdico. Afebril. A la exploración destaca dolor abdominal y defensa en epigastrio e hipocondrio derecho. Leucocitosis de 19.200/ μ l. Durante su estancia en urgencias el paciente presenta súbito empeoramiento tras nuevo episodio de vómitos, refiriendo dolor centroráctico seguido de enfisema subcutáneo supraclavicular y cervical. La radiografía de tórax muestra un importante enfisema subcutáneo en partes blandas supraclavulares y axilares. Ante la sospecha de rotura espontánea de esófago se solicita TAC toracoadominal con contraste oral hidrosoluble que identifica un importante enfisema de tejido celular subcutáneo que se distribuye por los espacios cervicales, parafaringeos, paravertebrales, espacio epidural de canal medular y mediastino. No se identifican colecciones mediastínicas ni fugas del contraste oral. Dado el contexto, el estado clínico del paciente y los hallazgos analíticos, se decide ingreso con tratamiento conservador con el posible diagnóstico de perforación espontánea de esófago. Durante las primeras 24 horas de ingreso el paciente persiste con vómitos, dolor torácico, y leucocitosis, por lo que se decide repetir la TAC con contraste oral que revela hallazgos similares a la exploración previa. La evolución posterior es favorable, con disminución progresiva del enfisema subcutáneo, normalización analítica y mejoría clínica, siendo dado de alta al 5º día.

Discusión: El neumomediastino espontáneo es una rara entidad que se define como la presencia de aire en el mediastino de causa no traumática. El desencadenante más frecuente es la crisis asmática. Otros desencadenantes son el Valsalva, ejercicio intenso, vómitos, cetoacidosis diabética o consumo de drogas. Suele presentarse como asociación de dolor torácico y disnea y generalmente se trata de un proceso benigno que se resuelve con tratamiento conservador. No obstante, es importante por sus implicaciones terapéuticas y pronósticas realizar un correcto diagnóstico diferencial con la ruptura espontánea del esófago, sobre todo en pacientes adultos con historia sugestiva y apariencia de gravedad. La presentación clínica puede ser indistinguible. No obstante, los pacientes con perforación esofágica tienden a la sepsis progresiva, con mortalidades elevadas si el diagnóstico se retrasa. En nuestro caso el aspecto del paciente, la leucocitosis, el dolor abdominal y la historia compatible nos hizo plantearnos esa posibilidad. En estos casos está indicado practicar más pruebas diagnósticas, de las cuales la TAC con contraste oral hidrosoluble es de elección pues permite valorar el estado de la pared esofágica y la presencia de colecciones líquidas asociadas.

P-100. TUMOR TIPO GIST DE LOCALIZACIÓN ESOFÁGICA

D.A. Bernal Moreno, A. Vázquez Medina, F. Ibáñez Delgado, E. Prendes Sillero, F. Alcántara Gijón y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Los GIST son tumores mesenquimales con unas características inmunofenotípicas bien establecidas. Se trata del sarcoma más frecuente del tracto digestivo. La localización más frecuente es el estómago, seguido del intestino delgado, representando el esófago sólo el 5% de los casos. Presentamos 2 casos de tumores GIST localizados en el esófago, con manejo quirúrgico exitoso.

Casos clínicos: Paciente 1: mujer de 46 años, fumadora leve, estudiada por hemorragia digestiva alta secundaria a la toma de AINEs y diagnosticada de tumoración en tercio bajo esofágico. La ecoendoscopia oral revela un tumor de 10 x 4,6 cm en tercio distal con características de tumor mesenquimal y con datos que sugieren malignidad (áreas de necrosis). Tanto el EGD como el TC plantean el diagnóstico diferencial entre leiomioma versus GIST, al tratarse de una tumoración en esófago distal de aspecto submucoso. Paciente 2: mujer de 63 años estudiada por melenas y hematemesis, a la que se le realiza endoscopia que objetiva una lesión submucosa de esófago distal, amplia y con úlcera sangrante. El informe del EGD y del TC coinciden objetivando voluminosa lesión submucosa de 7 x 5,5 cm a nivel de esófago distal con estenosis de la luz, que obliga a pensar en la existencia de un leiomioma versus GIST. En posterior ecoendoscopia se toman biopsias diagnósticas de GIST. Se practica intervención de Ivor Lewis, para realizar esofaguestomía de los dos tercios distales con anastomosis gastroesofágica, previa gastroplastia tubular en el tiempo abdominal. Postoperatorio favorable, tolerando ingesta oral al alta y sin presentar complicaciones. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica confirmaba el diagnóstico de GIST de localización esofágica, con márgenes libres.

Discusión: Los GIST suelen presentarse de manera asintomática, siendo la hemorragia digestiva una forma poco común. La ecoendoscopia es necesaria en caso de sospecha de GIST para observar la afectación zonal. El TC ayuda a descartar extensión metastásica, lo cual puede cambiar la estrategia terapéutica. El tratamiento del GIST primario es la resección completa con márgenes microscópicos libres. En el caso de intestino y estómago sería correcta una resección segmentaria, pero en el esófago se requiere una resección más amplia.

P-101. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE TUMORES GIST GÁSTRICOS

C. Medina Achirica, J.L. Esteban Ramos, R. Domínguez Reinado, S. Melero Brenes, R. Estepa Cabello, M. Wilson Sánchez, M. Díaz Oteros y F. Mateo Vallejo

Hospital del Servicio Andaluz de Salud de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: Los tumores GIST (tumores del estroma gastrointestinal) son raros. Tienen su origen en las células intersticiales de Cajal de los plexos mientéricos de la pared gastrointestinal; representan un tipo infrecuente de sarcoma, y comprenden el 0,2% de los tumores gastrointestinales. Asientan en cualquier nivel del tubo digestivo aunque la localiza-

ción más frecuente es el estómago. Las manifestaciones clínicas varían en función de la localización, tamaño y patrón de crecimiento. La mayoría de los pacientes demuestran síntomas como dolor abdominal inespecífico, relacionados con efecto masa, y sangrado gastrointestinal. Además de la sospecha clínica disponemos de distintos procedimientos diagnósticos que nos ayudan a establecer el diagnóstico, como la endoscopia digestiva alta, la ecoendoscopia, el TC abdominal, la colonoscopia y el PET. La confirmación diagnóstica se establece con el estudio anatomoatopológico e inmunohistoquímico (CD-117, CD-34 principalmente). Los factores pronósticos vienen determinados por el tamaño del tumor, el índice mitótico, la localización y la mutación del gen KIT. El tratamiento de elección es la resección oncológica. Presentamos nuestra serie de 4 casos tratados intervenidos por esta vía en los últimos 24 meses.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 70 años con antecedente de valvulopatía degenerativa que consultó por náuseas y epigastralgia ocasional. Se realizó gastroscopia donde observa en zona de cuerpo-curvatura mayor lesión de 2 cm con mucosa normal. Se completó el estudio con TAC que informa de lesión de aprox 4 x 3 x 3 en zona antral que protruye sobre la luz, bien delimitada y bordes lisos. Se realizó resección gástrica segmentaria. Caso 2: varón de 32 años sin antecedentes de interés. Es estudiado por epigastria y pirosis. En la gastroscopia se identifica lesión submucosa en curvatura mayor. En la ecoendoscopia se confirma lesión de 2 cm que parece depender de submucosa y en la TAC describe lesión de 1,5 cm en pared posterior de cuerpo/antró. Se realizó resección gástrica segmentaria. Caso 3: varón de 25 años sin antecedentes de interés que la gastroscopia lesión submucosa de 2 cm en cuerpo gástrico. Ecoendoscopia lesión de 2 cm en cuerpo que depende de submucosa. Se practicó enucleación. Caso 4: varón de 75 años con antecedentes de EPOC, HTA que en el estudio de anemia es diagnosticado de lesión en cuerpo/antró de aprox 5 cm. TAC lesión sólida bien delimitada de 5 x 4 cm. Se realizó resección gástrica segmentaria. Se trata de una serie de 4 pacientes sin morbi-mortalidad y con una edad media de 50,5 años, tamaño promedio del tumor de 3,5 cm, tiempo operatorio promedio de 130 min y con una estancia media de 4,2 días. Todas las resecciones tienen márgenes quirúrgicos de seguridad ni existen indicios de recidiva en el momento actual.

Discusión: Creemos que tratamiento de estos tumores por vía laparoscópica son seguras y efectivas. El manejo debe ser cuidadoso por riesgo de rotura, y con ello de recidiva. Puede ser útil la marcación endoscópica preoperatorio o ecografía intraoperatoria para asegurar resecciones R0.

P-102. TUMOR DE GIST QUÍSTICO QUE SIMULA UN QUISTE DE DUPLICACIÓN GÁSTRICO

A. Morales González, J. Motos Micó, A. Moreno Serrano, P. Moreno Marín y M.A. Felices Montes

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: Presentar un caso de tumor del estroma gastrointestinal de morfología quística, al cual solo se pudo llegar al diagnóstico mediante anatomía patológica, ya que todas las pruebas orientaban al diagnóstico a un quiste de duplicación gástrica.

Material y métodos: Los tumores del estroma gastrointestinal representan un 3% de las neoplasias gastrointestinales, sin embargo es el tumor mesenquimático más frecuente del tracto gastrointestinal. Se define por la expresión del receptor del factor de crecimiento de tirosina kinasa CD 117, lo que lo diferencia de otros. Algunos de estos tumores pueden presentarse con morfología quística, lo que dificulta su diagnóstico preoperatorio, y su diagnóstico diferencial de otras patologías como los quistes de duplicación. Estos quistes son anomalías congénitas de muy baja incidencia, que pueden acontecer de la boca hasta el ano, siendo más frecuentes a nivel ileal y representando de un 4-8% las que asientan en el estómago. El gold estándar diagnóstico es la ecoendoscopia con biopsia, con lo que podríamos llevar a cabo este diagnóstico diferencial, no solo con tumores GIST quísticos, sino con quistes mesentéricos, quistes y pseudoquistes pancreáticos, quistes hidatídicos, etc. Presentamos el caso de un varón de 72 años, con antecedentes de HTA, HBP, hipotiroidismo y apendicectomizado y colecistectomizado, que consulta a urgencias hasta en tres ocasiones por cuadro de dolor abdominal inespecífico, junto con náuseas y vómitos de características bilioalimenticias. Discreta hiporexia. Durante en el estudio, se objetiva en una ecografía, tumoración en curvatura menor del estómago a filiar, para lo cual se realiza ecoendoscopia que informa como lesión anecoica que parece rodeada de todas las estructuras de la pared gástrica, distinguiendo todas las capas, sin apreciar relaciones con estructuras adyacentes. Es informado como quiste de

duplicación gástrico. El paciente se somete a cirugía, debido al tamaño, y al aspecto macroscópico, se realiza antrectomía y reconstrucción en Y-Roux.

Resultados y conclusiones: El resultado anatopatológico definitivo fue de tumor GIST quístico. Queremos presentar este caso, por lo poco usual que es el tumor de GIST quístico y por su difícil diagnóstico diferencial con otras patologías aún menos frecuentes como sería el quiste de duplicación gástrico.

P-103. GIST DUODENAL: UNA CIRUGÍA ECONÓMICA CON IMATINIB

I. del Hoyo Aretxabaleta, C. González Serrano, C. Loureiro González, I. Díez del Val, S. Leturio Fernández, M. García Carrillo, I. Bengoetxea Peña, A.I. Gutiérrez Farreras, M.I.C. Cruz González y A. Gómez Palacios

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más comunes del tracto digestivo. Derivan de la transformación maligna de las células intersticiales de Cajal, que sufren mutaciones activadoras de receptores tirosín-kinasas: KIT-CD117. El órgano más frecuentemente afectado es el estómago (60-70%), mientras que los GIST duodenales suponen menos del 5% del total de los casos. El tratamiento del GIST varía según la resecabilidad del tumor. Presentamos 2 casos clínicos de GIST duodenal, en los que tras neoadyuvancia con Imatinib, se logró una resección quirúrgica segmentaria, sin requerir la realización de una duodenopancreatectomía cefálica.

Casos clínicos: Se trata de una mujer de 42 años y un hombre de 64 años, que ingresan para estudio por anemia. Caso 1: el TAC muestra una gran masa epigástrica de 10 x 9,6 x 7 cm, en contacto con marco duodenal. Se confirma la localización en 3^a porción duodenal de una lesión de crecimiento exofítico mediante tránsito esofagogastrico. Con resultado de GIST en la BAG obtenida por gastroscopia (c-Kit positivo, Ki67 del 5%) se decide intervención quirúrgica, donde se objetiva infiltración de vena cava inferior, que hace desestimar dicha cirugía. Tras tratamiento de inducción con imatinib y respuesta radiológica parcial, se decide reintervención, realizando extirpación completa de la pieza mediante resección segmentaria duodenal y anastomosis T-T. Caso 2: el TAC informa de una masa de 6 x 5 cm adyacente a 2^a porción duodenal. Ante la sospecha clínica de GIST, y tras un resultado negativo en la muestra obtenida bajo ecoendoscopia, se realiza biopsia percutánea que confirma dicho diagnóstico. El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para c-Kit y PDGFR, con Ki67 < del 1%. Se decide tratamiento neoadyuvante con imatinib, con respuesta radiológica parcial al igual que en el caso anterior y haciendo posible una resección segmentaria duodenal y anastomosis T-T. Ambos estudios anatopatológicos informaron de GIST duodenal, de un tamaño de 8,5 cm y 7,5 cm de diámetro respectivamente. Bajo índice mitótico.

Discusión: El tratamiento neoadyuvante con Imatinib en los GIST marginalmente resecables es una opción terapéutica con un alto porcentaje de respuesta positiva. Como tratamiento de inducción mejora las condiciones locorregionales para el tratamiento quirúrgico. Permite la realización de una cirugía más económica y eventualmente la resecabilidad en aquellos GIST de inicio irresecables. Asimismo disminuye el riesgo de rotura tumoral intraoperatoria, y con ello la posible diseminación tumoral.

P-104. GIST DUODENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.C. Zamora Amorós, C.M. Calado Leal, A. Illán Riquelme, R. Ripoll Martín, J. Camacho Lozano, M. Jiménez Fuertes, D. Costa Navarro y M. Diego Esteve

Hospital Marina Baja, Villajoyosa.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GISTS) localizados en el duodeno son muy poco frecuentes. Su localización más frecuente es el estómago (60%), seguido del intestino delgado (35%). Los duodenales suponen < 5% de los GISTS. Normalmente, debutan con dolor abdominal debido a oclusión, con anemia o con sangrado gastrointestinal. Los de pequeño tamaño pueden ser un hallazgo incidental. La mayoría se presenta típicamente como una masa claramente delimitada desde la submucosa, sin extensión linfática. El tamaño tumoral, la actividad mitótica y el lugar anatómico son los criterios pronósticos empleados según la clasificación de Miettinen. Más recientemente, el análisis de la

mutación de los genes KIT y PDGFRA se han utilizado también como factores pronósticos, adquiriendo un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de estos tumores. Todavía la cirugía sigue siendo el tratamiento más importante de estos tumores ya que solamente la resección completa de los GISTS primarios es curativa. Presentamos el caso de una paciente con un GIST duodenal tratada en nuestro servicio.

Caso clínico: Paciente mujer de 77 años que acude a urgencias por presentar durante 48 horas malestar general con epigastralgia, hematemesis y deposiciones melénicas. A su llegada a urgencias se encuentra afebril, con frecuencia cardíaca de 91 lpm y tensión arterial de 167/68 mmHg. Presenta palidez cutáneo-mucosa. La auscultación cardiopulmonar es anodina. El abdomen es blando y depresible, con leve dolor en epigastrio. Al tacto rectal se observan restos melénicos. En la analítica de urgencias destaca una hemoglobina de 5,4 g/dl con un hematocrito del 17,4%. Se transfunden 4 concentrados de hematies. Se realiza una endoscopia urgente hallando signos de hemorragia digestiva alta procedente de tumoración duodenal que se detecta en gastroscopia. En TAC abdominal al ingreso se observa gran tumoración bilobulada dependiente de la 2^a porción duodenal con características de probable origen submucoso, sin signos de extensión ganglionar ni a distancia. Ante los hallazgos, se decide intervención quirúrgica realizando duodenopancreatectomía cefálica con colecistectomía y colectomía derecha ampliada a ileon terminal, conteniendo apéndice. Tras la intervención quirúrgica la paciente es ingresada en la unidad de cuidados intensivos. En el informe anatopatológico se confirma un tumor del estroma gastrointestinal de potencial maligno intermedio (9 x 6 x 5 cm e índice mitótico bajo), encapsulado, originado en pared duodenal, de crecimiento extrínseco, con ulceración de mucosa. 9 ganglios peripancreáticos y mesentéricos libres de tumor. Vesícula biliar y colon derecho sin lesiones. El caso fue presentado al comité de tumores digestivos del hospital, decidiéndose adyuvancia con imatinib.

Discusión: En los tumores GISTS duodenales la resección quirúrgica completa es el único tratamiento curativo, por ello en nuestro caso se decidió realizar una cirugía extensa. El tratamiento neoadyuvante con imatinib ha sido una opción de tratamiento pero la sintomatología de debut de nuestra paciente requirió un tratamiento rápido, optándose primero por la cirugía. En cuanto al pronóstico y curso clínico de estos tumores, son de utilidad los criterios de Miettinen y más recientemente la detección de las alteraciones genómicas.

P-105. LEIOMIOMAS Y TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DE DUODENO: DIFERENTES OPCIONES DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

L. Lesquereux Martínez, P. Parada González, J.A. Puñal Rodríguez y M. Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Introducción y objetivos: Los tumores benignos de localización duodenal son neoplasias poco frecuentes. La complejidad de su tratamiento deriva no tanto de su naturaleza como de su localización, por las características anatómicas especiales del duodeno. El propósito de este estudio ha sido evaluar la experiencia en el tratamiento quirúrgico de este tipo de tumores en nuestro centro.

Material y métodos: Realizamos una revisión retrospectiva entre enero de 2000 y marzo de 2012 incluyendo todos los casos de leiomiomas y GIST duodenales resecados en nuestro Servicio, evaluando fundamentalmente el tipo de resección realizada en cada caso y los resultados obtenidos. Presentamos iconografía de cada intervención ilustrativa del tipo de resección.

Resultados: Fueron identificados un total de 4 pacientes. En 2 casos el diagnóstico anatopatológico de la pieza operatoria fue de GIST; en los otros dos el diagnóstico fue de leiomioma. Caso 1: varón de 75 años con tumor de 8,9 x 2,8 cm a nivel de 2^a porción duodenal. Dado el tamaño se realizó una duodenopancreatectomía cefálica. El estudio AP demostró que se trataba de un GIST de alto grado. A los 3 años de la cirugía desarrolló metástasis hepáticas que fueron tratadas con imatinib, falleciendo a los 6 años. Caso 2: mujer de 60 años con tumor de 4,5 cm en la 4^a porción duodenal. Se realizó resección segmentaria de la 4^a porción duodenal incluyendo ángulo de Treitz y anastomosis duodeno-yeunal monoplano, con puntos sueltos. El diagnóstico AP fue de GIST con diferenciación neural. Tras 8 años de seguimiento no ha recidivado. Caso 3: varón de 66 años con tumor extramucoso de 3,5 cm en 2^a porción duodenal, se realizó resección duodenal atípica antero-externa (visualización de la papila en

cara interna) y sutura con puntos sueltos tipo Gambi. El diagnóstico AP fue de leiomioma. Caso 4: varón de 83 años con tumor de 4,6 cm a nivel de 3^a porción duodenal con protrusión a nivel infrramesocólico a través de mesocolon transverso; se realizó resección en cuña con margen de 1 cm y sutura con puntos sueltos. En todos los pacientes se realizó TC abdominal y EDA preoperatorio. La ecoendoscopia resultó ser de gran utilidad para el diagnóstico en los 2 últimos casos (previamente no disponible). El primer paciente presentó fuga pancreática; en el resto de los casos no se registraron complicaciones postoperatorias, iniciando todos ellos tolerancia oral en los primeros 5 días tras la cirugía.

Conclusiones: La estrategia quirúrgica ante un tumor duodenal benigno dependerá fundamentalmente del tamaño del mismo y de su localización. Siempre que sea posible, una buena opción es la resección local, ya que asocia en general menor morbilidad. Otras alternativas son la resección segmentaria de duodeno con anastomosis o incluso la duodenopancrectomía céfálica. Un aspecto técnico importante durante la intervención es la amplia movilización del duodeno, mediante una maniobra de Kocher completa, para lo que en general es preciso asociar una movilización total del colon derecho (maniobra de Cattell). Se debe asegurar la ausencia de tensión en la sutura y el no compromiso del lumen duodenal.

P-106. GIST DUODENALES. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

J. Drewniak, L. Cortés Lambea, J.M. García Gil, A. Fernández Pérez, A.I. Ariza Ibarra, D. García Teruel, R. Cuberes Montserrat y G. García-Blanch de Benito

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

Introducción: El término GIST (*gastrointestinal stromal tumors*) engloba un conjunto de neoplasias derivadas del mesénquima intestinal que característicamente expresa CD117, CD34 y c-kit. Son infrecuentes, representando el 0,2 -1% de todos los tumores gastrointestinales. Su estirpe histológica es variada, con predominio de los derivados del músculo liso (leiomiomas, leiomirosarcomas). Su incidencia ha aumentado, siendo más frecuentes en varones en la séptima década. Habitualmente son hallazgos endoscópicos o quirúrgicos, o se presentan con hemorragia digestiva, dolor abdominal o masa palpable. Predominan en el estómago (70%). Respecto al intestino delgado (20-30%), asientan sobre todo en el yeyuno, siendo el duodeno su localización más atípica. Son más raros en el colon y recto (5-15%) y en esófago (< 5%). Los GIST duodenales son relativamente más pequeños que los estomacales y se detectan de forma más precoz. La resección quirúrgica es la primera opción terapéutica, sin embargo la dificultad técnica de su abordaje y la particular relación con el páncreas, hace que la localización duodenal de los tumores GIST sea especialmente comprometida.

Objetivos: Estudiar la casuística en tumores GIST de localización duodenal descritos y tratados en el Hospital Universitario de Móstoles en los últimos 10 años. Analizamos su presentación clínica, el diagnóstico, la histología, el tratamiento y la evolución.

Material y métodos: Presentamos siete casos de GIST duodenales reconocidos en nuestro Servicio en los últimos 10 años.

Resultados: Analizamos a 25 pacientes con tumor tipo GIST gastrointestinal, de los cuales 7 presentaron afectación duodenal (28%). 3 eran varones y 4 mujeres, con una media de 70 años. La mayoría presentó hemorragia digestiva y dolor abdominal, y uno fue hallazgo casual en el transcurso de otra cirugía. En cuatro pacientes se obtuvo el diagnóstico AP preoperatorio. En todos el tratamiento fue quirúrgico, salvo en un paciente que rehusó la cirugía. Se realizó resección local con duodenectomía y duodenorrafia simple en 3 casos, páncreas sparing en 1 caso y duodenectomía segmentaria con anastomosis duodeno-yejunal en dos. Los resultados anatomo-patológicos muestran un tamaño tumoral de entre 2-20 cm. El rango mitótico oscilaba entre 1-10. El estudio inmunohistológico reveló c-kit positivo en dos casos, CD 34 en tres y CD 117 en dos. En cuatro pacientes el tumor era de bajo grado, en dos de alto y en uno de características mixtas. En la evolución la supervivencia oscila entre 10 y 2 años, con sólo 1 caso de recidiva, que se reintervino pasados 4 años para resección de implantes peritoneales de GIST. Ningún paciente recibió neoadyuvancia y se realizó tratamiento adyuvante con imatinib en un caso. Para poder concretar más estos resultados se necesitará un período más largo de seguimiento.

Conclusiones: Los GIST duodenales son raros y variables en su comportamiento. En resecciones completas la supervivencia a 5 años oscila entre

30-80%. Su principal peculiaridad es la importancia técnica de la cirugía necesaria para su resección completa. El pronóstico depende fundamentalmente del tamaño, del número de mitosis y de la presencia de metástasis. La quimioterapia y la radioterapia no han aportado resultados aceptables, mientras que el imatinib ha mejorado la evolución en casos de enfermedad avanzada.

P-107. INTUSUSPECIÓN ILEAL POR TUMOR GIST

A.J. Pérez Alonso, C. Olmo Rivas, V. Ruiz García, J.A. Pérez Ramón, C. Pérez Durán y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: GIST responde a las iniciales en inglés de tumor del estroma gastrointestinal. La historia reciente del GIST es una de las más asombrosas de la medicina. Probablemente no existe otro caso en el que una enfermedad maligna haya sufrido tal revolución en tan escaso tiempo. Son tumores infrecuentes que aparecen en tejidos conectivos y cuya sintomatología es muy variada.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 39 años de edad que acude al servicio de urgencias por cuadro de obstrucción intestinal de 48 horas de evolución. No refiere antecedentes familiares ni personales de interés. Durante la exploración se aprecia un abdomen distendido y doloroso de manera generalizada. Se realiza un TAC abdominopélvico que informa gran dilatación de asas de intestino delgado junto con obstrucción mecánica a nivel de ileón terminal, sin poder descartar invaginación intestinal. Dada la mala evolución del paciente se decide realizar laparotomía urgente, en la que se evidencia invaginación intestinal en ileón terminal (10 cm desde válvula ileocecal) junto con gran tumoración a dicho nivel de unos 5 cm de diámetro. Se realizó resección de ileón afectado con márgenes de resección de 5 cm a cada margen, junto anastomosis latero-lateral mecánica. El postoperatorio evolucionó favorablemente sin incidencias. El paciente fue dado de alta hospitalaria a los 5 días postoperatorios. El informe de anatomía patológica diagnosticó la tumoración como afectación GIST, tumor estromal de alto grado tipo epitelioide. El seguimiento y tratamiento fue llevado a cabo por el servicio de oncología.

Discusión: Durante años hemos confundido el GIST con el leiomirosarcoma intestinal que es el cáncer derivado de la transformación maligna, no de las células nerviosas del intestino, sino de las musculares. Ambas células son tan similares que los dos cánceres son prácticamente indistinguibles hasta para el examen microscópico más minucioso. Sin embargo, la diferencia es crucial, ya que mientras el GIST es sensible a un nuevo tratamiento, el leiomirosarcoma es completamente resistente a su acción. Estas diferencias no han sido referente en el tratamiento de estos tumores hasta que se ha podido comprender como surgen los tumores GIST.

P-108. TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL: PRESENTACIÓN COMO URGENCIA QUIRÚRGICA

A.B. Sánchez Casado, O.A. Rozo Coronel, A. Hernández Pérez, R. del Olmo, R. Peláez Barrigón, L.M. González Fernández, F. Gutiérrez Conde, O. Bengoechea, L. Muñoz-Bellvis, J. García García y J.A. Alcázar Montero

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias poco frecuentes de origen mesenquimal (incidencia: 10-20 casos/millón de habitantes). Habitualmente son c-kit positivos y se originan de las células intersticiales de Cajal. Las manifestaciones clínicas de los GIST dependen en gran parte de su tamaño y localización; así, los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, hemorragia digestiva (HD) y masa abdominal, aunque muchos se comportan de forma asintomática. En un 18% hay metástasis en el momento del diagnóstico y éstas pueden ser el síntoma inicial. Son pocos los casos que requieren una actuación quirúrgica urgente, en especial por inestabilidad hemodinámica secundaria a sangrado (HD o hemoperitoneo por rotura tumoral) u obstrucción. Cuando la HD es secundaria a GIST gástrico el diagnóstico es endoscópico, pero se requiere TAC abdominal con contraste en las HD secundarias a GIST intestinal o en los casos de hemoperitoneo. El tratamiento quirúrgico (resección completa evitando la ruptura tumoral) asociado a terapia complementaria con imatinib (en los casos indicados) ofrece buenos resultados disminuyendo el riesgo de recidiva y aumentando la supervivencia de estos pacientes.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los GIST que se presentaron como urgencia quirúrgica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo los pacientes intervenidos por GIST con carácter urgente en el periodo 2005-2012 en el Hospital Universitario de Salamanca. Analizamos la clínica, la localización, el método diagnóstico, el grado de agresividad de los tumores y el tratamiento recibido.

Resultados: Durante este periodo de tiempo se intervinieron 70 pacientes con GIST. Se realizó cirugía urgente en 6 (8,5%). La edad media fue 61 años (rango 38-78 años). 5 eran hombres (83%) y 1 era mujer (17%). El tamaño medio fue de 5,2 cm (rango 2,2- 11 cm). En nuestra serie, la causa de cirugía urgente fue el shock hipovolémico: 4 por HD (66%); 2 de origen gástrico, 1 yeyunal y 1 ileal. 2 (33%) por hemoperitoneo secundario a rotura tumoral de localización yeyunal (uno presentaba carcinomatosis peritoneal). El diagnóstico se realizó mediante TAC abdominal en 3 pacientes (yeyunales); en 2 mediante endoscopia (gástricos) y 1 mediante cápsula endoscópica (ileal). Según la clasificación de Miettinen-Lasota (NCCN 2007): los 2 pacientes que presentaron hemoperitoneo eran de alto riesgo de comportamiento maligno y su tamaño medio fue de 8 cm. Los pacientes que se manifestaron con HD: 3 fueron de bajo riesgo y 1 de muy bajo riesgo, y su tamaño medio fue de 3,8 cm. La cirugía realizada fue resección intestinal en 4 de los pacientes y gastrectomía parcial en 2. Los 2 pacientes de alto riesgo de agresividad están en tratamiento adyuvante con imatinib.

Conclusiones: Del análisis de nuestra serie podríamos concluir: 1) los GIST requieren tratamiento quirúrgico urgente con poca frecuencia; 2) la HD grave asociada a GIST es independiente del grado de agresividad tumoral; 3) el hemoperitoneo se asocia a tumores GIST de gran tamaño y alto riesgo de agresividad.

P-109. TUMOR GLÓMICO GÁSTRICO: UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

S. Linacero Martín, E.A. Celi, L. Vega, M. Jiménez Toscano, M. Pardo de Lama, B. Fernández Escudero, F.J. Salamanca, J.A. Rueda, J. Martín Cavanna, J.M. Fernández Cebrián y A. Quintans Rodríguez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón.

Introducción: Los tumores glómicos son tumores de origen mesenquimatoso, infrecuentes y normalmente de características benignas. La localización más frecuente es la piel y tejido celular subcutáneo, especialmente en las partes distales de las extremidades, preferentemente en la región subungueal.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 61 años con antecedentes personales de HTA, diverticulosis colónica, epiteloma basocelular y tumorectomía renal por cáncer de células claras estadio T2N0. Remitido desde consultas de urología por hallazgos en TAC de lesión submucosa compatible con GIST en cara posterior del fundus gástrico en contexto de seguimiento en urología por antecedente de cáncer de células claras. Se completó estudio con gastroscopia, toma de biopsias, ecoendoscopia + PAAF y estudio de extensión con nuevo TAC abdominal. Analítica sin hallazgos. En gastroscopia se objetivó nódulo submucoso de unos 20 mm en cara posterior de curvadura menor de cuerpo. Las biopsias determinaron cambios reactivos del epitelio inespecíficos. La ecoendoscopia informaba de lesión submucosa gástrica compatible con GIST T2NOMX con citología negativa para células malignas. El TAC confirmaba lesión submucosa inespecífica de 2 cm en la cara inferior del fundus gástrico sin cambios respecto a imágenes previas. Se indicó cirugía para resección de tumor mediante abordaje laparoscópico, que requirió conversión a cirugía abierta por localización del tumor en pared posterior del estómago. Se practicó gastrotomía para resección en cuña y sutura biplano. No hubo complicaciones postoperatorias reseñables y el paciente fue dado de alta el 7º día postoperatorio. El estudio anatopatológico informó de fragmento de pared gástrica con tumor glómico, con invasión vascular y bordes quirúrgicos libres de neoplasia. En la revisión al mes de la cirugía el paciente se encontraba asintomático.

Discusión: Los tumores glómicos gástricos son entidades extremadamente raras con escasa casuística en la bibliografía. Este tipo de tumores suele tener un comportamiento benigno a largo plazo, aunque se han descrito algunos casos de mal pronóstico. El tratamiento ha de ser siempre quirúrgico. La técnica empleada dependerá del tamaño del tumor y de la localización del mismo. Para tumores menores de 3 cm como el caso que presentamos sería suficiente la resección en cuña o la simple enucleación incluso por vía endoscópica si fuera posible. Tumores mayores precisarían resecciones gástricas de mayor entidad. Se debe realizar un

seguimiento en consulta con pruebas de imagen dada la posibilidad de comportamiento maligno de estos tumores.

P-110. AMILOIDOSIS GÁSTRICA EN EL MIELOMA MÚLTIPLE. CASO CLÍNICO

M. Cuadrado Ayuso, R. Franco Herrera, A. Fábregues Olea, L. Álvarez Llano, Y. Al-Lal, M. Burneo Esteves, C. Camarero Mulas, T. Sánchez Rodríguez, M. Sanz Sánchez, C. Rey Valcárcel y F. Turégano Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La amiloidosis se caracteriza por el depósito anormal de proteínas insolubles en el espacio extracelular. La forma primaria (AL) se asocia a la presencia de cadenas ligera monoclonales en suero y/o orina teniendo un 15% de los pacientes un mieloma múltiple. La afectación gastrointestinal aparece en un 50-70% de los casos siendo más rara la afectación aislada del estómago (1%).

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 70 años, con antecedentes de HTA, DL, HBP, hiperuricemia con artropatía gotosa y diagnóstico reciente de mieloma múltiple, productor de cadenas ligera lambda, con escasa respuesta al tratamiento quimioterápico, que consulta por un cuadro de náuseas y vómitos en posos de café de 48 horas de evolución asociado a estreñimiento, dolor abdominal y dispepsia en los últimos meses. Se realiza EDA encontrando en antró distal una lesión circunferencial proliferativa y ulcerada que sangra con facilidad. Se amplía el estudio con ecografía (engrosamiento excéntrico de pared gástrica en antró, duodenal y bulbo) y TC (extenso hemoperitoneo y engrosamiento mural e irregular de región antropilórica que sugiere proceso tumoral complicado). Se realizó de forma programada una gastrectomía subtotal encontrando una neoplasia pilórica obstructiva que no altera la serosa, sin evidencia de afectación adenopática locorregional, sin LOES hepáticas. La histología de la pieza quirúrgica describe un engrosamiento marcado de la pared constituyendo una lesión plana no ulcerada de bordes imprecisos en antró-pilóro de 5x4 cm con extensos depósitos eosinófilos de material acelular que forman agregados irregulares rojo congo positivo y tioflavina positivo extendiéndose desde la mucosa hasta la serosa con afectación de la grasa del epiplón. También se encuentra depósito de este mismo material engrosando la pared de los vasos.

Discusión: En las amiloidosis sistémicas la afectación del tracto gastrointestinal es frecuente siendo rara la afectación gástrica. Constituye un reto diagnóstico debido a la inespecificidad de los síntomas, náuseas, vómitos, hemorragia digestiva alta o dolor abdominal, así como de los hallazgos radiológicos y endoscópicos, donde aparece como un engrosamiento de la pared gástrica que puede confundirse con una linitis plástica o bien como una lesión ulcerada sospechosa de malignidad, siendo el diagnóstico definitivo AP al encontrar los depósitos de amiloide. No hay un tratamiento específico, la indicación quirúrgica deriva de las potenciales complicaciones asociadas: hemorragia, perforación y obstrucción.

P-111. SHOCK HEMORRÁGICO COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA GÁSTRICO

R. Martínez Díaz, L.M. Díez, B. Pérez Saborido, D. Pacheco Sánchez, A. Barrera Rebollo, P. Pinto Fuentes, E. Asensio Díaz, F. Labarga Rodríguez, M. Gonzalo Martín, M. Rodríguez López y R. Velasco López

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: La ruptura espontánea del bazo es una rara entidad que por lo general se asocia con enfermedades oncológicas, infecciosas y hematológicas. En el bazo hematológico aparece con mayor frecuencia en el linfoma no Hodgkin (34%), en la leucemia aguda (34%) y en la leucemia mieloide crónica (18%). Es muy infrecuente que el primer síntoma de aparición de la enfermedad hematológica sea la ruptura espontánea esplénica. Se debe pensar en una ruptura espontánea esplénica cuando un paciente presenta dolor en hipocondrio izquierdo y signos de shock hemorrágico sin antecedente traumático previo. El linfoma gástrico primitivo es la localización extranodal más común en el linfoma no Hodgkin y representa el 5% de los cánceres de estómago. La extensión esplénica y pancreática de un linfoma gástrico es poco común.

Caso clínico: Paciente varón de 48 años de edad sin antecedentes previos. El paciente acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal en hipo-

condrio izquierdo con irradiación al hombro izquierdo, que inició hace un mes tras realizar un esfuerzo y hace dos días, al repetir el esfuerzo físico el dolor se hace más intenso. Niega traumatismo abdominal y/o torácico. El paciente se encuentra hemodinámicamente estable y como única alteración analítica una intensa anemia (7,7 g/dL). Al realizar TAC abdominal se observa un gran hematoma esplénico encapsulado. Dados dichos hallazgos, el paciente ingresa con el diagnóstico de hematoma esplénico gigante para monitorización estrecha y tratamiento antibiótico de cobertura. A las 48 horas del ingreso, el paciente presenta dolor abdominal, mareo, sudoración y taquicardia. Ante la aparición de signos de inestabilidad hemodinámica se decide intervención quirúrgica urgente. En la laparotomía exploradora se encuentra una gran tumoración esplénica, de aspecto patológico tumoral, íntimamente adherida-fusionada a curvatura mayor gástrica, retroperitoneo, diafragma y cola de páncreas con sangrado intratumoral. Se realiza resección en bloque con: esplenectomía, gastrectomía lineal vertical y pancreatectomía distal. El estudio anatomo-patológico es informado como linfoma no Hodgkin difuso "B" de célula grande gástrico que sobrepasa todas las capas de la pared gástrica invadiendo páncreas y bazo. Con el diagnóstico de linfoma gástrico, se inicia tratamiento quimioterápico con terapia sistémica e intratecal R-CHOP con buena tolerancia.

Discusión: Es vital la rápida evaluación del paciente y la realización de un diagnóstico radiológico mediante ecografía o TAC abdominal. Es tratamiento de elección es la esplenectomía urgente. El tratamiento conservador puede ser una buena opción en el hematoma contenido esplénico, siendo necesaria una estrecha monitorización del paciente. Hasta en un 70% de los pacientes con linfoma gástrico se asocia infección con Helicobacter pylori, por lo que se recomienda su tratamiento erradicador.

P-459. HEMATEMESIS 2ª A CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES CON INFILTRACIÓN ESOFÁGICA

J.F. Reoyo Pascual, M.C. Reguilón Rivero, R. León Miranda, X. Valero Cerrato, R.M. Martínez Castro, M. Álvarez Rico, E. Alonso Alonso y J.L. Seco Gil

Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos.

Introducción: La patología tiroidea puede producir, entre otros muchos síntomas, aquéllos derivados de fenómenos de compresión local a nivel traqueoesofágico, descritos sobre todo en la variante retroesternal del bocio. Si bien, en la literatura actual, sólo existe un caso documentado en el que un bocio retroesternal fue la causa de una hematemesis que acabó con la vida del paciente sin objetivarse la presencia de varices esofágicas. Nosotros presentamos el caso de una paciente que debutó con hematemesis secundaria a infiltración esofágica por una neoplasia de tiroides.

Caso clínico: Mujer de 65 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que ingresa por cuadro de hematemesis con importante repercusión hemodinámica de 3 días de evolución que no se asocia a disfagia ni a dolor abdominal. En la exploración física encontramos una masa dura cervical derecha que se moviliza con la deglución sin observarse otros datos patológicos. En la analítica, hemoglobina de 7,5 y hematocrito de 22,8 con hormonas tiroideas dentro de la normalidad. Se realiza gastroscopia urgente en la que se observa tras pasar la boca de Killian, una compresión extrínseca de esófago proximal, ulcerada y sanguinolenta, de unos 2 cm de longitud y posteriormente a ella, una lesión submucosa de 1,5 cm. de diámetro revestida de mucosa endoscópicamente normal. En TC cervical se objetiva bocio multinodular endotorácico y en RMN cervical, bocio multinodular que produce desplazamiento traqueal. Se realiza interconsulta a Endocrinología, que diagnostica bocio multinodular normofuncionante compresivo realizando PAAF que viene informada como sospechosa de malignidad, compatible con papilar. Una vez que se comprueba la estabilidad hemodinámica de la paciente y la ausencia de sangrado activo evidente, se indica tratamiento quirúrgico de la neoplasia papilar de tiroides. En la intervención, a través de incisión cervical anterior, se observa lóbulo tiroideo derecho con nódulo pétreo de unos 4 cm que infiltra músculo esternotiroideo y que se extiende lateral y posteriormente infiltrando el esófago cervical superior. Se envía biopsia intraoperatoria de fragmento de pared esofágica que viene informada como tejido tumoral, posiblemente carcinoma. Se realiza tiroidectomía derecha resecando dicho nódulo y el espesor de la pared esofágica infiltrada suturando transversalmente con puntos sueltos biplano la pared del esófago libre de tumor. Se realiza también tiroidectomía izquierda y vaciamiento ganglionar central. No se observan adenopatías yúgulo-carotídeas bilaterales. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica viene informada como carcinoma papilar de tiroides, extenso que ocupa prá-

ticamente todo el lóbulo tiroideo derecho con afectación de tejidos blandos peritiroideos y ganglios linfáticos. Durante su postoperatorio, la paciente evoluciona satisfactoriamente descartándose mediante estudio esófago-duodenal la presencia de fistula esofágica o estenosis.

Discusión: A la vista del caso presentado por nosotros, ante la coexistencia de un cuadro de hemorragia digestiva alta y patología tiroidea, se ha de pensar, entre otras opciones diagnósticas, en una infiltración esofágica secundaria a un problema tiroideo.

P-460. ANÁLISIS DE LAS ÚLCERAS GASTRODUODENALES PERFORADAS. ESTUDIO DE 76 CASOS

C. Nofuentes Riera, A. García Marín, M. Mella Laborde, S. Pérez Bru, E. Soliveres Soliveres, R. Rumenova Smilevska, M. Gil Santos, F. Orts Micó y S. García García

Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante.

Objetivos: Estudio de las úlceras gastroduodenales (UGD) perforadas intervenidas y búsqueda de factores predictores de complicaciones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos por UGD perforada en nuestro hospital en un período de 20 años (1992-2012). Los datos fueron analizados mediante el SPSS definiendo las variables cuantitativas por la mediana y percentiles (25; 75) y las cualitativas por frecuencia y porcentaje. Test estadísticos: a) Variables cualitativas: chi cuadrado. b) Variables cuantitativas: Mann Whitney y t de Student si se demostró una distribución normal (test de Kolmogorov-Smirnov). Se consideró un resultado significativo cuando la $p < 0,05$. El estudio multivariante fue realizado mediante una regresión logística.

Resultados: De los 76 pacientes analizados, 23 eran mujeres (30,3%) y 53 varones (69,7%) con una mediana de edad de 52 años (39; 64). Presentaron antecedentes personales 52 (68,4%): 31 (40,8%) eran fumadores y/o bebedores, 15 (19,7%) tenían un diagnóstico previo de UGD y 14 (18,4%) habían consumido AINES o corticoides los días previos. La mediana de índice de Charlson fue 0 (0; 0) y ajustado a la edad de 1 (0; 2). Constantes al ingreso: TAS 120 mmHg (110; 140) y TAD 75 mmHg (60; 88), FC 86 lpm (80; 100), temperatura 36,2 °C (36; 37). Los principales parámetros analíticos: hemoglobina 15 g/dl (13,2; 16), leucocitos 12.600/mm³ (8.700; 16.900), neutrófilos 79,5% (70; 87,7) y creatinina 0,7 mg/dl (0,8; 1,1). Presentaron criterios de SRIS 26 (34,2%) y de sepsis grave 11 (14,5%). A todos se les realizó radiografía de tórax, que fue diagnóstica (neumoperitoneo) en 41 (53,9%) casos; ecografía abdominal en 6 (7,9%) y TC en 27 (35,5%). Presentaron complicaciones 24 (31,6%) pacientes; 10 médicas (13,2%), principalmente neumonía (8,10,5%) y 20 quirúrgicas (26,3%), principalmente infección de herida (10,13,2%). 25 pacientes fueron ingresados en la UCI (32,9%), requiriendo 9 drogas vasoactivas (11,8%) y hubo 1 exitus (1,3%). La mediana del tiempo de resolución fue de 7 días (6; 10). Se tomó cultivo en 15 pacientes (19,7%), siendo positivo en 14. Los microorganismos más frecuentes fueron cocos grampositivos, principalmente estreptococo (9 casos, 11,8%). El estudio univariante mostró que los parámetros significativos predictores de complicaciones fueron: cardiopatía previa ($p = 0,032$), los valores de tensión arterial ($p = 0,012$) y leucocitos ($p = 0,005$) al ingreso y la necesidad de drogas vasoactivas ($p = 0,003$). El estudio multivariante creó un modelo predictivo: probabilidad de morbilidad es $1/1 + e^{-a}$, donde $a = 0,457 + 0,0001$ (leucocitos) + 2,018 (uso de drogas vasoactivas), adecuadamente calibrado (Hosmer-Lemeshow = 0,592) y con área bajo la curva de 0,751 (0,636-0,867). Las escalas de Boey y Mannheim se validaron en nuestra población (Hosmer-Lemeshow = 0,777) no presentando buena capacidad discriminativa (área bajo la curva de 0,565 y 0,624 respectivamente).

Conclusiones: 1. Los factores predictores de morbilidad fueron la cardiopatía previa, valores de tensión arterial y leucocitos al ingreso y el uso de drogas vasoactivas. 2. Escalas predictoras de morbilidad previas (Boey y Mannheim) no mostraron buena capacidad discriminativa.

P-461. METÁSTASIS INTESTINAL DE MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO COMO CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN YEVUNAL RECURRENTE

F. Carvajal López, E. Muñoz Muñoz, X. Rodríguez Alsina, N. Pérez Romero, J. Osorio Aguilar, J.M. Rodríguez Santiago y E. Veloso Veloso

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: El melanoma maligno cutáneo es una neoplasia común y de comportamiento sumamente agresivo. Constituye el 1-3% de todas las

neoplasias y puede producir metástasis por vía hematólica y linfática. El melanoma maligno superficial es la forma cutánea más frecuente, y también la que con mayor frecuencia produce metástasis en intestino delgado, afectando por igual a yeyuno e ileon. Existen cuatro tipos de melanoma metastásico en intestino delgado: cavitario, infiltrante, exoentérico y polipoideo. Siendo el polipoideo el tipo más propenso a producir invaginaciones. La intususcepción intestinal es una entidad rara en adultos, el 95% de los casos ocurre en niños, y es la causa de sólo el 1-3% de los casos de oclusión intestinal en adultos. En los adultos con diagnóstico de intususcepción intestinal se identifica una causa demostrable en el 90% de los casos, siendo el 50% debido a neoplasias malignas, particularmente melanomas metastásicos.

Caso clínico: Hombre de 77 años de edad intervenido previamente (03/2009) de extirpación de melanoma maligno en escápula izquierda con biopsia de ganglio centinela, que resultó positiva para metástasis de melanoma, por lo que se realizó posteriormente un vaciamiento ganglionar axilar izquierdo, sin encontrar evidencia de invasión neoplásica en 15 ganglios aislados. El estudio anatomico patológico de la lesión escapular describe una exérésis completa de melanoma sin fase de crecimiento radial (Nodular) con ulceración superficial. Breslow 7 mm, nivel de Clark III, con un índice mitótico de 5/mm². Inmunohistoquímica: p16 (-), Bcl6 (-) MIB1 15-20%. Catorce meses después de la intervención consulta por cuadro de suboclusión intestinal precedido de dos cuadros suboclusivos que se resolvieron con tratamiento conservador. Analíticamente destacó una anemia microcítica (Hb: 4,4 g/dL, Hto: 17,7, VCM 62,6 fL). La TC abdominal mostró una tumoración de asa intestinal ileal asociada a una invaginación de intestino delgado. Se realizó una laparotomía exploradora en la que se observó invaginación de intestino delgado (yeyuno) ocasionada por una tumoración endoluminal. Se realizó una resección segmentaria de intestino delgado. El estudio anatomico patológico describió una lesión de configuración nodular polipoide de 5,5 cm, compatible con metástasis transmural de melanoma maligno. El paciente es dado de alta el 6^º día del postoperatorio. Actualmente el paciente sigue controles 20 meses después del diagnóstico y se encuentra libre de enfermedad.

Discusión: En la literatura existe consenso acerca de que el tratamiento quirúrgico es de elección para las metástasis intestinales de melanoma maligno, siendo muy eficaz para la reducción de la sintomatología (80-90%) y mejorar la calidad de vida. Además, la resección completa de las lesiones podría tener un efecto positivo en la supervivencia. Sin embargo, no reduce la mortalidad. La supervivencia media es de 6-28 meses posterior al tratamiento de las metástasis intestinales. La supervivencia a 5 años es menor al 10%. En los pacientes con antecedentes de melanoma cutáneo que presentan síntomas gastrointestinales debería tomarse en cuenta la posibilidad de metástasis intestinales como parte del diagnóstico diferencial.

P-462. COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE DIVERTÍCULO DE MECKEL

M. Alvite Canosa, J.M. Couselo Villanueva, R. González López, E. Iglesias Porto, P. Montoto Santomé, L. Dorado Castro, M. López López, L. Alonso Fernández, I. Pérez Moreiras y F. Arija Val

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal con una incidencia cercana al 2% de la población general. Normalmente es asintomático y supone un hallazgo incidental en laparotomías y autopsias, pero hasta en un 4% de los casos puede desarrollar complicaciones, siendo las más frecuentes la hemorragia, la obstrucción y la inflamación. La gangrena del divertículo de Meckel secundaria a su torsión axial es una complicación muy rara, con pocos casos descritos en la literatura, siendo excepcional que además cause obstrucción intestinal.

Caso clínico: Varón de 23 años de edad sin antecedentes que acude a urgencias por dolor en FID e hipogastrio de 2 días acompañado de importante afectación del estado general, vómitos y fiebre. A la exploración: dolor abdominal generalizado aunque más intenso en FID e hipogastrio con Blumberg positivo y peritonismo. La analítica muestra 23.300 leucocitos/ul con 91% de neutrófilos. La radiografía abdominal muestra dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroáreos. En ecografía no se evidencia datos de apendicitis por lo que se realiza TC abdominal que demuestra dilatación de asas de intestino delgado con colapso de todo el marco cólico sugestivo de obstrucción sin poder determinar la causa. Se

interviene al paciente de urgencia mediante laparotomía media evidenciándose dilatación de asas de intestino delgado, torsión axial y gangrena de divertículo de Meckel a aproximadamente 80cm de la válvula ileocecal que se además en su extremo distal se encuentra adherido a pared abdominal provocando una obstrucción mecánica por atrapamiento de asa ileal, el apéndice es normal. Se realiza diverticulectomía con endoGIA y apendicectomía. La histología confirma isquemia de divertículo de Meckel de 6 cm de largo.

Discusión: El DM es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, consistente en un saco ciego intestinal resultado de la obliteración incompleta de la parte proximal del conducto onfalomesentérico durante la quinta semana de gestación. Presenta un tamaño variable con una longitud media de 2,9 cm y un ancho medio de 1,9 cm, definiéndose como gigante cuando el DM mide > 5 cm de largo. Hasta en un 4% de casos puede desarrollar complicaciones. La hemorragia digestiva baja es la más frecuente en el 25-50% de los casos y es más frecuente en niños. La obstrucción intestinal es la segunda en frecuencia (25-40%), sobre todo en adultos, generalmente por invaginación o formación de volvulos alrededor de uniones a la pared abdominal, mientras que la diverticulitis de Meckel supone el 20%. La torsión axial del DM es una complicación muy rara, en la que se torsiona sobre su propio eje por una base estrecha, lo que obstruye el flujo sanguíneo del divertículo pudiendo producirse isquemia y necrosis del mismo. La asociación de torsión axial y gangrena con obstrucción intestinal por adherencias a pared abdominal de DM, como ocurrió en nuestro paciente, es muy rara con pocos casos descritos en la literatura. El diagnóstico preoperatorio es muy difícil, siendo muchas veces indistinguible de otros cuadros como la apendicitis aguda. El tratamiento de las complicaciones del DM es quirúrgico, abarcando desde la diverticulectomía a la resección de asa intestinal si es necesario. El retraso en su diagnóstico produce un aumento de la morbilidad y mortalidad por lo que se debe sospechar ante un paciente con abdomen agudo de presentación atípica.

P-463. ABDOMEN AGUDO EN MUJER POSMENOPÁUSICA

M. Alvite Canosa, L. Alonso Fernández, R. González López, P. Montoto Santomé, L. Dorado Castro, M. López López, E. Iglesias Porto, I. Pérez Moreiras, I. Monjero Ares, A. Álvarez Gutiérrez y J.A. Costa Buján

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Objetivos: La evisceración vaginal espontánea es un fenómeno raro. Desde que McGregor comunicara el primer caso en 1907 se han descrito poco más de un centenar de casos en la bibliografía. Presentamos un caso de evisceración vaginal espontánea en una mujer posmenopáusica.

Material y métodos: Mujer de 77 años con antecedentes de histerectomía vaginal 13 años antes, que acude a urgencias por salida de asas de intestino delgado a través de vagina de 1 hora de evolución tras ataque de risa en su domicilio. En la exploración física se aprecia evisceración de aproximadamente 1 metro de asas de intestino delgado de aspecto congestivo a través de vagina, por lo que se indica cirugía urgente.

Resultados: La intervención quirúrgica se realiza de forma conjunta con el servicio de ginecología con un abordaje combinado abdominal y vaginal. Mediante laparotomía media infraumbilical se evidencia la cúpula vaginal abierta a través de la que se introduce el intestino delgado eviscerado que correspondía a ileon. Se reduce el intestino delgado a la cavidad abdominal comprobando su viabilidad y se cierra el defecto vaginal con material irreabsorbible. Se utiliza una malla Dual Mesh para reforzar la sutura vaginal y se cierra el peritoneo del fondo de saco de Douglas. Presentó postoperatorio favorable siendo dada de alta a los 5 días de la cirugía. Tras 2 años de la cirugía la paciente permanece asintomática.

Conclusiones: La principal etiología de la evisceración vaginal es la cirugía vaginal previa, sobre todo tras histerectomía. Es una patología mucho más frecuente en mujeres posmenopáusicas en las que contribuye el hipoeestrogenismo y la atrofia de las estructuras ginecológicas, siendo un factor desencadenante descrito el incremento de la presión intraabdominal, como pudo haber sido en nuestro caso el ataque de risa que refería la paciente. La aparición en mujeres antes de la menopausia suele estar en relación con traumatismos durante el coito, violaciones, lesiones iatrogénicas e introducción de cuerpos extraños. La víscera más frecuentemente afectada es el ileon, aunque también se han descrito casos de herniación de epíplón, trompa o apéndices epiploicos. La evisceración vaginal supone una urgencia quirúrgica. La cirugía depende del tipo y viabilidad de la víscera herniada y puede realizarse por vía vaginal, abdominal o combi-

nada, mediante laparotomía o laparoscopia. Lo primero es la reducción del contenido abdominal eviscerado, evaluando la viabilidad del mismo y resección segmentaria si existe compromiso vascular. Posteriormente se repara el defecto vaginal con puntos de material generalmente irreabsorbible, aunque en algunos casos también se han utilizado materiales reabsorbibles. La decisión de proceder a la reparación de la disfunción del suelo pélvico en el mismo acto quirúrgico o en un segundo tiempo depende de la calidad y viabilidad de los tejidos. Algunos autores prefieren retrasar la corrección del enterocele a un segundo acto, generalmente con un refuerzo de la cúpula vaginal con los ligamentos cardinales o uterosacros, o mediante una sacropexia.

P-464. DIVERTICULITIS DUODENAL PERFORADA: MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

R. González López, M.I. Pérez Moreiras, E. Iglesias Porto, C. Gegúndez Gómez, J. Cao Pena, J. Conde Vales y J.F. Arija Val
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Introducción: La prevalencia de divertículos duodenales en la población general es del 22%. La mayoría son adquiridos y se localizan en la 2^a porción duodenal. La diverticulitis es una de sus infrecuentes complicaciones y sus manifestaciones clínicas son inespecíficas. La localización retroperitoneal del duodeno, hace que el diagnóstico preoperatorio de la diverticulitis duodenal perforada (DDP) sea difícil. Presentamos un caso de DDP tratada de forma conservadora, y se revisan las distintas opciones terapéuticas.

Caso clínico: Mujer de 53 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 3 días de evolución, en región epigástrica e hipocondrio derecho, acompañado de vómitos y fiebre. No refiere abuso de alcohol, traumatismo abdominal reciente, ni ingesta de cuerpos extraños. En la analítica presenta leucocitosis con neutrofilia, amilasa y bilirrubina sin alteraciones. En la tomografía computarizada (TC) abdominal se objetiva: el marco duodenal, la segunda y tercera porción duodenales, engrosados y una colección entre duodeno y cabeza de páncreas con burbujas aéreas, sugestivas de perforación duodenal. Se inicia tratamiento conservador, mediante reposo intestinal, antibioterapia intravenosa empírica de amplio espectro, y nutrición parenteral total, presentando mejoría clínica. Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) con insuflación controlada de aire, evidenciándose una mucosa edematosas y con signos inflamatorios a nivel de la rodilla duodenal, y en la resonancia nuclear magnética abdominal, se visualiza un divertículo en la segunda porción duodenal, con componente inflamatorio perilesional. Por lo que se mantiene el tratamiento antibiótico intravenoso y el reposo digestivo hasta completar 12 días. Al mes del alta, mediante un tránsito intestinal con doble contraste se evidencia a nivel de la segunda porción duodenal una lesión sugestiva de pequeño divertículo.

Discusión: La perforación es una complicación rara de la diverticulitis duodenal. La prueba diagnóstica de elección es la TC abdominal, aunque los resultados no siempre son concluyentes. El diagnóstico diferencial más difícil es con la úlcera duodenal perforada, que también presenta gas extraluminal y líquido libre en retroperitoneo, aunque, la mayoría se localizan en el bulbo o en la primera porción duodenal, mientras que los divertículos duodenales tienen preferencia por la 2^a y 3^a porción, aun así, a veces es imposible distinguirlos por TC. La EDA puede ofrecer una valiosa información complementaria, aunque su utilización es controvertida por el riesgo de diseminar la infección al espacio retroperitoneal. El manejo de la DDP depende de las condiciones clínicas en las que se encuentre el paciente. Tradicionalmente el tratamiento era quirúrgico, recientemente se han publicado buenos resultados con el manejo conservador de estos pacientes, aunque a veces es preciso drenaje percutáneo de colecciones asociadas. De todos modos es la estabilidad hemodinámica del paciente, la que marca la pauta terapéutica a seguir.

P-465. VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

B. Marenco, J. López, A. Gordillo, F. del Río, L. Sánchez, J. López y F. Oliva
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Introducción: El vólvulo gástrico se trata de una rara entidad de muy difícil diagnóstico, definida como una rotación mayor a 180° del estómago

o a lo largo de su eje longitudinal (organoaxial) o transversal (mesentero-axial) creándose una obstrucción en bucle cerrado y estrangulación gástrica, que suele presentarse principalmente en la quinta década de la vida secundarios en la mayoría de los casos (70%) a defectos diafragmáticos.

Caso clínico: Exponemos el caso de una mujer de 63 años de edad, con antecedentes personales de HTA y Hernia de Hiato, que acude a urgencias por cuadro emético de 48h de evolución en probable relación con ingesta previa de marisco. A la exploración la paciente presenta MEG, con tendencia a la hipotensión, dolor abdominal de predominio en epigastrio y HI. En analíticas al ingreso se objetiva un fallo renal, hepático, alteraciones en la coagulación y una importante acidosis metabólica. Ya en sala de recuperación presenta un empeoramiento progresivo y fugaz del estado general, con necesidad de maniobras de resucitación y traslado a UCI para su estabilización. En UCI se objetivando en control radiológico post vía central, imagen sugestiva de neumoperitoneo. Se decide IQ urgente objetivándose gran cantidad de líquido oscuro libre y una gran hernia de hiato que consta de fundus y cuerpo gástrico volvulado, necrosado y perforado en su cara anterior. Tras estos hallazgos se decide realizar gastrectomía total de urgencias y drenaje de cavidad, dejando esofagostoma cervical y yeyunostomía de alimentación. La paciente tras la intervención se mantiene en situación de fracaso multiorgánico, siendo exitus en las horas posteriores.

Discusión: Esta entidad puede presentarse tanto de forma aguda como crónica, requiriendo en ambos casos un alto nivel de sospecha para su diagnóstico. Los casos agudos debemos considerarlos como una emergencia quirúrgica, que requieren un diagnóstico y tratamiento precoz, puesto que en caso contrario suponen una mortalidad de hasta el 50% debido al desarrollo de hemorragia, isquemia o perforación gástrica. Para llegar al diagnóstico precoz, es necesario sospecharlo a partir de una clínica característica, aunque poco específica (triada Borchard) de dolor epigástrico, vómitos seguidos de náuseas no productivas e imposibilidad de colocación de SNG y su confirmación radiológica. En los casos en los que no existe sospecha de isquemia gástrica en pacientes de alto riesgo, puede llevarse a cabo un devolvolvimiento endoscópica, siendo sin embargo el tratamiento quirúrgico, de elección en esta patología.

P-466. VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO DE LOCALIZACIÓN INTRATORÁCICA

M. Arana de la Torre, P. Sendino, M. Calle, M.A. Ulacia y A. Colina
Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: El vólvulo gástrico es una entidad clínica poco frecuente que consiste en la rotación anómala del estómago sobre su propio eje. La prevalencia no se encuentra claramente establecida y no hay predilección racial ni por sexo. La edad de presentación es variable, con un pico entre los 40-50 años. Se clasifican según su anatomía en organoaxial (60%), mesentérico-axial (29%) y mixta (2%), quedando un 10% de los casos sin clasificar. A su vez, se clasifican según su grado en parcial o total; y según su dirección en anterior o posterior. Las formas agudas son más frecuentes en neonatos y niños pequeños y suelen asociarse a defectos diafragmáticos. Las formas idiopáticas se correlacionan con el defecto de fijación del estómago, que es mantenido en su lugar por los ligamentos gastrocólico, gastrohepático, gastrofrénico y gastroesplénico. Clínicamente la forma aguda se caracteriza por la "triada de Borchardt" (dolor y distensión abdominal, vómitos violentos o imposibilidad para vomitar y dificultad para progresar la sonda nasogástrica), siendo una verdadera urgencia quirúrgica.; mientras que la forma crónica se manifiesta como dolor epigástrico, vómitos y distensión gástrica intermitente.

Caso clínico: Mujer de 62 años que acude a la Urgencia por dolor abdominal intenso de 48 horas de evolución junto con vómitos en posos de café. Intervenida de histerectomía con doble anexectomía en el año 2000 y eventración secundaria en el año 2009. A la exploración el abdomen es blando, depresible, con dolor y distensión en hipocondrio izquierdo y fosa iliaca izquierda. Entre las pruebas complementarias, la analítica revela 13.000 leucocitos, la radiografía de abdomen muestra el estómago dilatado y ascendido, y el TAC es compatible con vólvulo gástrico mesentero-axial. Ante la clínica y los hallazgos, se realiza intervención quirúrgica urgente, hallándose una hernia hiato paraesofágica con el fundus y el cuerpo gástrico intratorácicos. Se realiza reducción del estómago, cierre de pilares y funduplicatura Nissen. El postoperatorio transcurre de forma favorable. Controlada posteriormente en las consultas refiere clínica oca-

sional de atrapamiento aéreo con distensión gástrica, que se resuelve tras ventoseo, realizándose gastroscopia, esofagograma y TAC sin hallazgos patológicos.

Discusión: En 1866 Berti observó la torsión gástrica en una necropsia y describió por primera vez el vólvulo gástrico. Fue Berg en 1897 quien estableció el diagnóstico durante una intervención. A su vez en 1920, la radiología estableció su diagnóstico por primera vez. En 2/3 partes de los casos el vólvulo gástrico se asocia a defectos diafragmáticos; siendo otros factores predisponentes los traumatismos diafragmáticos, la parálisis diafragmática, la neoplasia o la úlcera gástrica y la compresión extrínseca por masa abdominal. La presentación aguda es una emergencia médico-quirúrgica con una alta tasa de mortalidad. La clínica más frecuente suele ser inespecífica, realizándose el diagnóstico de sospecha mediante la clínica y la exclusión de otras patologías y confirmándose mediante TAC. La rapidez en el diagnóstico es fundamental y el tratamiento de elección es quirúrgico.

P-467. ROTURA DE ANEURISMA DE ARTERIA CORONARIA ESTOMÁQUICA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

M. Ruiz Marín, E. Peña Ros, M. Vicente Ruiz, A. Sánchez Cifuentes, M.E. Tamayo Rodríguez, F.M. González Valverde, M. Méndez Martínez, J.A. Benavides Buleje, P. Pastor Pérez, M. Maestre Maderuelo y A. Albarraín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Los aneurismas de las arterias viscerales representan una entidad rara y de difícil diagnóstico. Su prevalencia en la edad adulta se estima alrededor del 2%. El aneurisma de la arteria coronaria estomáquica es una entidad clínica extremadamente infrecuente, con pocos casos comunicados en la literatura médica. Presentamos un caso de rotura de aneurisma de arteria coronaria estomáquica en un paciente con artritis reumatoide y vasculitis y discutimos la patogenia, manifestaciones y tratamiento de esta infrecuente patología.

Caso clínico: Varón de 71 años con antecedentes de HTA, artritis reumatoide, IRC leve, vasculitis p-ANCA e intervenido de colecistectomía y RTU prostática. Ingresa por cuadro de insuficiencia renal, siendo diagnosticado de glomerulonefritis rápidamente progresiva tipo 3. Durante el ingreso presenta cuadro de shock hipovolémico-hemorrágico, con hematoma periumbilical inestabilidad hemodinámica por lo que se decide laparotomía urgente. En la cirugía se halla un hemoperitoneo masivo con masa pulsátil en curvatura menor y sangrado activo a través de ella. Se evidencia tras disección aneurisma de arteria coronaria estomáquica, realizándose ligadura de la misma en su nacimiento y gastrectomía con reconstrucción en Y de Roux. Durante las horas posteriores a la cirugía el paciente fallece por inestabilidad hemodinámica y coagulopatía. El informe histológico reveló la presencia de dilatación, trombosis y disección hemorrágica de arteria coronaria estomáquica con signos malformativos, gran calibre. El estudio microscópico reveló una pared irregular con zonas de engrosamiento de las capas musculares y otras con disminución de la misma y desaparición en otras, sustituido por tejido de granulación y fibrosis, así como trombosis organizada de la misma y hemorragia discente.

Discusión: Los aneurismas de las arterias esplácnicas son relativamente raros, siendo los más frecuentes los de la esplénica, seguidos de la hepática y mesentérica, siendo los de la arteria coronaria estomáquica enormemente raros. En cuanto a su etiología, suele destacar la congénita, la arteriosclerosis, el traumatismo abdominal cerrado, la patología pancreática inflamatoria, la arteritis, la endocarditis y antiguamente la etiología luética. Pacientes con enfermedades del tejido conectivo, entre ellas la artritis reumatoide, pueden presentar y desarrollar vasculitis, que suele afectar a arterias musculares de pequeño tamaño, arteriolas y venas. En nuestro caso además, presentó GNRP compatible con vasculitis, que suelen desarrollar síntomas sistémicos de vasculitis, y que puede afectar, entre otros, vasos viscerales y desarrollar aneurismas en los mismos. Los aneurismas viscerales suelen presentarse como sintomatología vaga e inespecífica, siendo sólo en ocasiones palpable una masa pulsátil y generalmente diagnosticados durante la realización de exploraciones complementarias por otros motivos. El riesgo de rotura depende del tamaño y de la localización y presenta elevada tasa de mortalidad. Su tratamiento es la cirugía, bien abierta o laparoscópica, o procedimientos intervencionistas para la embolización selectiva. En caso de rotura, la cirugía urgente debe indicarse sin demora alguna.

P-468. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR DIVERTÍCULO DUODENAL

A.J. Pérez Alonso, C. Olmo Rivas, C. Pérez Durán, J.A. Pérez Ramón, M. Zurita Saavedra y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: La formación diverticular del tubo digestivo es una enfermedad frecuente (siendo más en el sexo femenino con una relación 6:1); la localización duodenal es la 2º en frecuencia, tras el colon, en el desarrollo de estos procesos. Los divertículos se forman por saculación de la mucosa y submucosa, la cual se hernia a través de un defecto muscular, suelen ser congénitos y solo producen sintomatología en un 5% de los casos: se pueden manifestar como una diverticulitis, perforación (con mortalidad de un 50%), hemorragia, mala absorción, dolor abdominal crónico.

Caso clínico: Paciente varón de 57 años de edad, sin intervenciones quirúrgicas previas. El paciente ingresa a través del servicio de Urgencias por un cuadro abdominal de 14 meses de evolución localizado en el epigastrio e hipocondrio derecho, el cual no mejora con inhibidores de la bomba de protones. Como sintomatología acompañante presenta, melenas, palidez cutáneo-mucosa, taquicardia, hipotensión y síndrome anémico. Tras la estabilización hemodinámica del paciente, se ingresa en planta hospitalaria, en el Servicio de Digestivo. Se realiza endoscopia digestiva alta, no evidenciándose nicho ulceroso u otra lesión que explicase el estado del paciente. Se realiza colonoscopia, donde tampoco se encuentran hallazgos explicativos. En último lugar, se realiza radiología baritada, informándose de la presencia de un divertículo en la 3ª porción duodenal. Debido a la persistencia de la sintomatología, se decide intervención quirúrgica: maniobra de Kocher exponiendo la arcada duodeno-pancreática, para realización de diverticulectomía simple con cierre transversal de los planos. Postoperatorio que evolución favorable. El octavo día postoperatorio se realiza TAC abdominal de control. Debido a la correcta evolución del proceso, se decide alta hospitalaria, citando al paciente un mes después en consulta para seguimiento de la evolución. Resultados de Anatomía Patológica: divertículo con signos hemorrágicos, no signos isquémicos ni de ectopia ni angioplastia.

Discusión: El divertículo duodenal como causa de hemorragia digestiva alta se considera una complicación infrecuente, pero siempre debe tenerse presente, en pacientes con hemorragia digestiva sin causa evidente a nivel gastroesofágica. Principalmente la sintomatología de estos divertículos se relaciona con las complicaciones pancreatobiliares, apareciendo ictericia obstructiva. Debido a que en general, la sintomatología es poco frecuente, es importante destacar la dificultad diagnóstica. Es un reto diagnóstico y terapéutico esta entidad, ya que suma la dificultad de hallazgos en la endoscopia digestiva alta. Los contrastes baritados son muy útiles en estos casos, al igual que el TAC abdominopélvico o la capsula endoscópica, esta última siempre que el estado del paciente lo permita. En la bibliografía descrita hay casos donde se realiza control del sangrado con la administración endoscópica de epinefrina o realización de embolizaciones arteriales. El tratamiento debe ser individualizado y la indicación quirúrgica se hará cuando se aprecie sintomatología, siendo en estos la mejor alternativa terapéutica.

P-469. PERFORACIÓN DUODENAL POR CONSUMO DE COCAÍNA

N. Farhangmehr Setayeshi, K. Cuiñas León, A. Sánchez Ramos, M. Pérez Seoáne de Zunzunegui, L. de Gregorio Muñiz, A. García Pavía, M. Artés Caselles, J. González González, V. Rojo Blanco y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Presentar un caso de perforación yuxtagástrica en consumidor de cocaína y revisión de la literatura.

Caso clínico: Varón de 22 años de edad fumador de 1 paquete de cigarrillos/día. Consumidor habitual de cocaína y tratamiento habitual con Almax. Fue diagnosticado en Urgencias de gastritis en los 3 meses previos sin seguimiento. Acude a Urgencias por dolor abdominal intenso generalizado tras consumo de cocaína y alcohol reciente. Constantes: TA: 120/70. fc: 100 lpm. Analítica: leucocitosis 20.140 céls/mm³ con desviación izquierda. Resto normal. Radiografía toraco-abdominal: neumoperitoneo bilateral. Con el diagnóstico de perforación se decide tratamiento quirúrgico urgente. Intervención quirúrgica: Laparoscopia exploradora.

Se objetiva perforación subcentimétrica a nivel yuxtapilórico. Se realiza sutura simple y epiplastia. Evolución satisfactoria con alta hospitalaria a los 4 días de la intervención con terapia anti-H. pylori empírica. En la tercera semana de postoperatorio presenta un absceso subfrénico derecho con buena evolución tras drenaje percutáneo. Revisión clínica ambulatoria permaneciendo el paciente asintomático y con resultados de test de ureasa negativo tras erradicación.

Discusión: Se ha descrito el consumo de cocaína tanto como causa de úlceras gastroduodenales como precipitante de la perforación gastroduodenal. El mecanismo subyacente descrito en la literatura es su acción alfa-adrenérgica vasoconstrictora, disminución de la motilidad gástrica, aumento de concentración de ACTH y cortisona, aumento de secreción de LTC4 y disminución de PGE2 y la trombosis vascular in situ por la agregación plaquetaria causada por la cocaína. La mayoría de estudios está en relación con la cocaína fumada o inhalada (crack) cuyo uso es más amplio en Estados Unidos. El tiempo medio de instauración de los síntomas es de 2 a 4 horas tras su consumo, aunque se han comunicado casos en las primeras 48 horas. Se ha observado que las perforaciones yuxtapilóricas en los consumidores de cocaína presentan peculiaridades: pacientes varones unos 8-10 años menores que el grupo control que presentan perforaciones puntiformes de 3-5 mm. Lo que está aún por determinar es el papel del Helicobacter pylori. En algunos estudios se plantea el tratamiento erradicador sistemático aunque suelen ser pacientes con bajas tasas de cumplimiento y difícil seguimiento. En resumen el consumo de cocaína asociado a otros factores de riesgo conocidos (AINEs, alcohol, tabaco, H. pylori...) favorece la perforación gastroduodenal.

P-470. DIVERTICULITIS YEYUNAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.C. Zamora Amorós, C.M. Calado Leal, A. Illán Riquelme, R. Ripoll Martín, J. Camacho Lozano, M. Jiménez Fuertes, D. Costa Navarro y M. Diego Esteve

Hospital Marina Baja, Villajoyosa.

Introducción: La diverticulosis de intestino delgado es una patología infrecuente (excepto el divertículo de Meckel) y suele estar infradiagnosticada por causar síntomas gastrointestinales inespecíficos. En la mayoría de ocasiones, el diagnóstico se produce por aparición de complicaciones asociadas como diverticulitis, hemorragia, perforación u obstrucción. La oclusión intestinal puede ser debida a estenosis inflamatoria por episodios repetidos de diverticulitis o a válvulas, intususcepción o ileo biliar. Presentamos el caso de un paciente intervenido en nuestro servicio por presentar diverticulitis yeyunal con clínica de dolor y distensión abdominal.

Material y métodos: Paciente varón de 58 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude a urgencias con dolor abdominal, de mayor intensidad en fossa ilíaca izquierda (FII) y fiebre. En la exploración física presenta temperatura de 37,5 °C y resto de constantes dentro del rango normal. El abdomen está distendido y timpánico con dolor a la palpación en cuadrante inferior izquierdo, más intenso en FII, sin evidencia de masas ni megalías. El tacto rectal no muestra alteraciones. En analítica al ingreso presenta leucocitosis de 16.560/mmC sin neutrofilia. Proteína C reactiva: 14,50 mg/l. En radiografía simple de abdomen no se observan signos de oclusión intestinal ni otros hallazgos patológicos. En la tomografía computarizada (TAC) abdominal de urgencias se visualiza un divertículo yeyunal, con la pared engrosada e hipercaptante, que asocia aumento de la densidad grasa adyacente peridiverticular y engloba varias pequeñas burbujas de aire extraluminales, compatible con diverticulitis yeyunal complicada con perforación. El divertículo yeyunal mide aproximadamente 39 × 26 × 24 mm de ejes anteroposterior × transversal × craneo-caudal. No hay líquido libre intraperitoneal. Resto de estructuras abdominales estudiadas sin hallazgos patológicos. Ante el hallazgo radiológico y la clínica del paciente se decide intervención quirúrgica urgente en la que se objetiva divertículo inflamado y perforado en segmento de intestino delgado localizado a 30 cm del ángulo de Treitz, sin evidenciar diverticulosis en resto de asas inspeccionadas. No se aprecia líquido libre ni signos de peritonitis. Se realiza resección quirúrgica de 15 cm de yeyuno afecto y se realiza anastomosis yeyuno-yeyunal terminal.

Resultados: El paciente presenta una evolución postquirúrgica favorable con desaparición de sintomatología y buena tolerancia digestiva siendo dado de alta a los 7 días tras la intervención. El resultado anatopatológico

muestra segmento de intestino delgado de 14 cm de longitud con dos divertículos de 2 y 3 cm de diámetro a 2 y 5 cm de ambos márgenes quirúrgicos laterales, con serosa adelgazada y violácea (diverticulitis). Los márgenes quirúrgicos son viables y no existe evidencia de malignidad. El paciente permanece asintomático en el seguimiento de los primeros 6 meses postquirúrgicos.

Conclusiones: Debido a la baja incidencia de esta patología con sintomatología normalmente inespecífica, la TAC será en la mayoría de ocasiones necesaria para establecer el diagnóstico exacto. El tratamiento de elección en la diverticulitis yeyunal, normalmente realizada de urgencias, es la resección de todo el segmento afectado por diverticulosis para así evitar complicaciones futuras, como se efectuó en nuestro paciente que ha permanecido asintomático durante todos los controles posquirúrgicos.

P-540. METÁSTASIS CEREBELOSA COMO PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO. MANEJO MULTIDISCIPLINAR

O. Gutiérrez, M. Calle Baraja, I. Martínez Rodríguez, J.I. Santidrián Martínez, Y. Kataryniuk de Constanza y J.M. Oleagoitia Cilaurren

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: Las metástasis cerebelosas por carcinoma esofágico son una entidad sumamente infrecuente. En la literatura se han descrito una incidencia del 1-5% de metástasis cerebrales en series de casos clínicos y autopsias. El adenocarcinoma es el subtipo histológico que más frecuentemente causa metástasis cerebrales en los países occidentales. Los signos y síntomas de presentación son debilidad motora (58%), cefalea (28%), convulsiones (22%) y síndrome cerebeloso (14%). Presentamos el diagnóstico, manejo multidisciplinario, hallazgos anatopatológicos e iconografía de este caso; así como una breve revisión de la literatura sobre este tema.

Caso clínico: Paciente de 48 años que inicia estudio por cefalea que no mejora con medicación pautada. Inicialmente se realiza RMN cerebral donde se objetiva lesión ocupante de espacio cerebelosa derecha de componente mixto que obliga a descartar lesión secundaria a tumor extraneuronal. Se continúa estudio con PET que presenta captación en tercio esofágico inferior y TAC de estadiaje sin hallazgos. Se realiza esofagoscopia y ecoendoscopia donde se ve lesión proliferativa de 4 cm en tercio distal esofágico y mucosa altamente sugestiva de esófago de Barrett (uT2N0). Se decide cirugía cerebelosa inicialmente, realizándose extirpación completa de lesión mediante craniectomía, siendo el análisis anatopatológico compatible con metástasis de adenocarcinoma intestinal. Tres semanas más tarde, plenamente recuperado de la cirugía cerebral, se practica esofaguestomía trashatal y anastomosis cervical. El estudio anatopatológico revela un adenocarcinoma de tipo intestinal con escasa afectación de la capa muscular, con cuatro adenopatías periesofágicas afectadas y márgenes libres (pT2N2 R0). El postoperatorio transcurre sin incidencias. Posteriormente tras realización de RMN de planificación y colocar marco de estereotaxia el paciente recibe radiocirugía en área de lecho quirúrgico cerebral con dosis única de 15 Gy. Tras ello inicia tratamiento con quimioterapia con 5FU-folínico con radioterapia concomitante. Dos meses tras la cirugía el paciente comienza con cuadro de disfagia, objetivándose estenosis de anastomosis cervical en esofagograma. Se procede a dilatación con balón de 20 mm, consiguiéndose un buen paso tras la realización de la misma.

Discusión: A pesar de la extrema rareza de las metástasis cerebrales en cáncer esofágico, parece según la literatura, que pueden llegar a ser más comunes que lo previamente establecido, dado el aumento en la supervivencia en estos pacientes y el avance en las técnicas de neuroimagen. En la mayoría de las series se indica que las metástasis cerebrales tienden a aparecer en pacientes con estadios avanzados. Aunque el mecanismo más frecuente de metástasis cerebrales es la vía hematogena a través de la circulación arterial, varios autores reflejan la ausencia de metástasis pulmonares en el momento de diagnóstico de las cerebrales hasta en un 85% de los casos, lo que podría implicar otra vía de diseminación como la propuesta por Batson a través del sistema venoso vertebral. El pronóstico de estos pacientes con metástasis cerebrales de carcinoma esofágico es generalmente muy pobre, aunque puede que, en casos seleccionados que se beneficien del control local del tumor cerebral, el tratamiento multimodal proporcione mejores resultados.

P-541. SARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE

A.J. Pérez Alonso, C. Pérez Durán, V. Ruiz García, J.A. Pérez Ramón y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Los sarcomas retroperitoneales se originan de células derivadas del mesodermo esplácnico ubicado en el área dorsal de la cavidad celómica por debajo del nivel del "septum transversum". Son una patología poco frecuente, se observan en torno 2 casos cada 100.000 habitantes por año. Los sarcomas de localización retroperitoneal constituyen el 15-20% de los sarcomas de partes blandas. Valorando los tumores retroperitoneales primarios de origen extravisceral los sarcomas constituyen el 50% de los mismos.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente de 58 años de edad que es valorado por nuestro servicio por masa abdominal de reciente descubrimiento que deformaba el perímetro abdominal del paciente, sobretodo en hemiabdomen derecho. Se solicita TAC abdominal con contraste que informa de masa de más de 30 cm de longitud probablemente retroperitoneal que contacta con riñón derecho, Angulo hepático del colon, segmentos inferiores del hígado; y que además se halla en comunicación con la vena cava. Analíticamente no se observan alteraciones, ni afectación de los marcadores tumorales. Se decide escisión quirúrgica dados los hallazgos. Durante el acto quirúrgico se evidencia masa heterogénea de coloración amarillo-grisácea, íntimamente adherida a riñón derecho y ángulo hepático del colon, así como a vesícula biliar. Gran aporte sanguíneo a través de neoformaciones vasculares procedentes de tronco celíaco y arteria mesentérica superior. Su drenaje vascular se realizaba a través de vasos que desembocaban directamente en vena cava. Dados los hallazgos se decide extirpación de la masa en conjunción con colecistectomía, colectomía derecha y nefrectomía derecha. Se obtiene una pieza quirúrgica de peso superior a los 5 kg. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dado de alta el paciente a los 7 días. El diagnóstico definitivo se estableció tras el informe de anatomía patológica, liposarcoma retroperitoneal.

Discusión: El tratamiento de elección de los sarcomas aún hoy continúa siendo la cirugía, la cual para lograr resultados oncológicamente aceptables debe resear toda la pieza con márgenes de resección adecuados; lo cual es prácticamente imposible en los tumores retroperitoneales de gran tamaño como era el caso de nuestro paciente en donde el tumor presentaba íntimo contacto con estructuras irresecables. La supervivencia al igual que el tiempo libre de recidiva dependen del subtipo histológico y del margen de resección quirúrgica. En múltiples estudios se observó que el subtipo desdiferenciado y la necesidad de resear órganos contiguos (excluyendo la nefrectomía) se asocia con un aumento del riesgo de recidiva local y a distancia. Se han descrito casos en los que se emplea quimioterapia adyuvante, sin resultados muy óptimos. Las drogas más utilizadas son la Adriamicina y la ifosfamida. Se obtiene respuesta hasta en un 50% de los casos sin poder demostrar un aumento en la supervivencia. La recidiva tumoral es la regla y las mismas aparecen alrededor de los 45 meses de la resección quirúrgica; estas generalmente son más agresivas con invasión de estructuras vecinas y un rápido crecimiento. La posibilidad de metástasis a distancia es aproximadamente de un 11%, siendo el pulmón el órgano más afectado seguido por el hígado. La posibilidad de metástasis aumenta con el número de recidivas.

P-542. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE UN CASO DE SÍNDROME DE BOUVERET

G. Sugrañes Naval¹, D. Coroleu Lletget¹, C. Ribera Serra¹, M. Alarcón Alcaraz¹, A. Gómez de la Cruz¹, J.C. Espinós² y A. Gil Goñi¹

¹Hospital Sant Joan de Deu, Martorell. ²Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: Se analiza el caso de una paciente diagnosticada de Sd. de Bouveret atípico tratado endoscópicamente. Revisamos la bibliografía relacionada.

Caso clínico: Paciente de 70 años que acudió a urgencias por dolor abdominal epigástrico y vómitos de 2 días de evolución. La exploración mostraba malestar epigástrico. La radiografía de abdomen fue normal y la analítica presentaba hiperamilasemia. Se ingresó bajo la orientación diagnóstica de pancreatitis. La ecografía abdominal mostraba colelitiasis y signos de colecistitis aguda. A las 48h del ingreso presentó aumento del dolor abdominal y distensión gástrica. El primer escáner realizado evi-

denció conglomerado litiasico condicionando efecto compresivo sobre la región piloro-duodenal y distensión secundaria de la cámara gástrica sin aerobilia. La SNG drenó 2.000 cc de líquido de retención y se inició NPT. El segundo escáner (7 días) mostró el paso del cálculo biliar antró gástrico con aerobilia (fistula bilioenterica). La FGS evidenció cálculo en dos fragmentos, uno en el piloro y el otro libre. Se fragmentaron ambos y retiraron. Se apreció la fistula colecistoantral. La evolución clínica tras la extracción del cálculo fue correcta, siendo alta al tercer día.

Discusión: El ileo biliar es una complicación rara de la colelitiasis. La obstrucción ocurre mayoritariamente en el ileón terminal y muy raramente en el duodeno. El sd. de Bouveret (obstrucción gástrica por cálculo biliar) se presenta con clínica inespecífica de malestar en epigastrio y vómitos. La radiología puede evidenciar dilatación gástrica, aerobilia y cálculos biliares ectópicos. La TC abdominal puede confirmar el diagnóstico. El tratamiento incluye la cirugía y la endoscopia. La singularidad de este caso es que inicialmente se etiquetó como pancreatitis y resultó tratarse de un sd. de Bouveret. Visto a posteriori, creemos que en ese instante se estaba produciendo el "paso" del cálculo de la vesícula al tubo digestivo. Además, el cálculo no migró vía duodenal hacia intestino delgado, sino que logró migrar al piloro, provocando una obstrucción gástrica. Esto permitió el tratamiento endoscópico del caso.

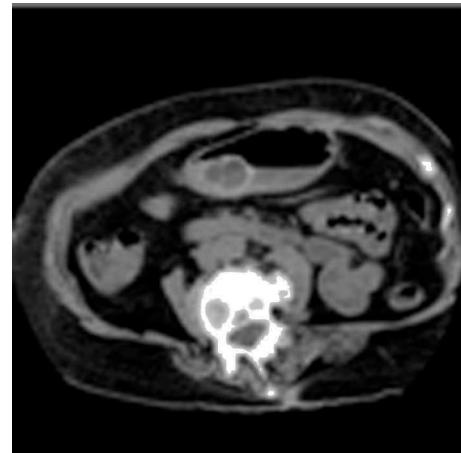


Figura 1. Aerobilia. Litiasis en región antro-pilórica.



Figura 2. Extracción endoscópica del cálculo en la región antro-pilórica.

P-543. EXTIRPACIÓN LAPAROSCÓPICA DE PÁNCREAS ECTÓPICO GÁSTRICO

C. Medina Achirica, R. Estepa Cabello, M. Díaz Oteros, J.L. Esteban Ramos, R. Domínguez Reinado, S. Melero Brenes y F. Mateo Vallejos

Hospital del Servicio Andaluz de Salud, Jerez de la Frontera.

Introducción: Se define páncreas ectópico como la presencia de tejido pancreático en posición aberrante, sin comunicación a través de vasos ni

conductos con el páncreas normal. Se puede encontrar en cualquier tramo del tubo digestivo y puede presentar todas las variaciones histológicas del páncreas. Su incidencia es variable, con cifras que oscilan entre un 1-14%. Es más frecuente en hombres que en mujeres. Las localizaciones más frecuentes son el estómago con un 25-35% de los casos, el duodeno y yeyuno. Dentro del estómago, se localiza fundamentalmente a nivel submucoso, en la curvatura mayor del antró. Se presenta generalmente como un nódulo único, firme y redondo de dimensiones variables desde milímetros a cinco centímetros. Cuando la lesión se localiza en la submucosa gástrica, se puede observar un orificio característico. La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos. Sin embargo, hasta un 40% de los mismos pueden presentar síntomas abdominales inespecíficos o similares a los de la úlcera péptica. En otras ocasiones debutan como complicaciones similares a las que ocurren en un páncreas normal. Esta enfermedad supone un reto diagnóstico. Se realiza mediante endoscopia, ecoendoscopia y TAC. La biopsia endoscópica ofrece poca rentabilidad, que aumenta hasta 80-100% con la PAAF ecoendoscópica. El tratamiento es la resección, ya sea endoscópico o quirúrgico, vía convencional o laparoscópico.

Caso clínico: Mujer de 41 años sin antecedentes de interés, con historia de pirosis de larga evolución en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. En el contexto del estudio de se realizó gastroscopia donde se detectó lesión submucosa antral de 2,5 cm, se solicitó ecoendoscopía para completar estudio que informa de lesión submucosa sólido-quística antral de 2,5 cm sugestivo de páncreas ectópico pero sin poder determinar origen. Con diagnóstico de tumoreación gástrica antral se realiza resección gástrica atípica laparoscópica siendo necesario gastroscopia intraoperatoria para localizar la lesión. El postoperatorio cursa sin incidencia siendo dada de alta al 4 día postoperatorio.

Discusión: Pensamos que el abordaje laparoscópico de estas lesiones es el más indicado por su menor morbilidad y más rápida recuperación. Intentar estudio histológico mediante ecoendoscopia-PAAF. Se debe tener siempre en cuenta otras lesiones mesenquimales en el diagnóstico diferencial. En la cirugía laparoscópica es de gran utilidad el marcaje previo con tinta china o la realización de gastroscopia intraoperatoria para la localización de la lesión.

P-544. METÁSTASIS CEREBRALES SECUNDARIAS A ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

J.G. Alonso Roque, C. Garde Lecumberri, A.P. Martínez Domínguez, F. López-Rodríguez Arias, M. Corominas Cisheck, T. Gallart Aragón y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: El adenocarcinoma gástrico representa el 90% de las neoplasias malignas del estómago. Sus vías de diseminación son, por orden decreciente: linfática, invasión directa a órganos vecinos y metástasis a distancia por vía hematólica. De estas últimas las más frecuentes son las hepáticas y las pulmonares siendo menos frecuentes las esqueléticas y las que afectan al SNC. Las metástasis cerebrales por adenocarcinoma gástrico son muy infrecuentes pero extremadamente graves, con un pronóstico sin tratamiento de unas 6 semanas. Suelen presentarse en estadios avanzados y cursan con síntomas neurológicos diversos siendo los más frecuentes las crisis epilépticas,cefalea, hidrocefalia, disminución del nivel de conciencia y alteraciones de los pares craneales. Su diagnóstico requiere la realización de pruebas de neuroimagen como el TAC craneal con contraste iv y la RM con gadolinio, siendo de ayuda el estudio del líquido cefalorraquídeo (para evidenciar si hay hallazgos típicos de carcinomatosis meníngea asociada) y confirmándose el diagnóstico mediante biopsia cerebral. El tratamiento más indicado es la radioterapia asociada con quimioterapia intratecal con citarabina o metrotexate si bien su finalidad es meramente paliativa.

Caso clínico: Paciente de 67 a de edad con AP de enolismo crónico, EPOC, y anemia microcítica que es diagnosticado mediante endoscopia digestiva alta de neoplasia maligna de estómago situada en toda la curvatura menor con confirmación histológica de Adenocarcinoma con células en anillo de sello. Estudio de extensión negativo. Se interviene quirúrgicamente confirmándose el diagnóstico de sospecha de neoplasia gástrica en curvatura menor, de unos 6 cm, no estenosante, que infiltra al mesocolon transverso y que llega a 3 cm del piloro y a 5 cm del cardias con Hígado sin LOES evidentes. Se realiza gastrectomía total D1 con anastomosis esofagoyeyunal T-L mecánica en Y de Roux con CEEA 25, R0. AP: Adenocarcinoma de células en anillo de sello que infiltra pared y alcanza

serosa; metástasis en 2 de las 30 adenopatías aisladas; Bordes libres de tumor; pT3 N1 M0 E-III. Tras buena evolución postoperatoria sin complicaciones y alta hospitalaria, reingresa 40 días después por cuadro de deterioro del nivel de conciencia, crisis, relajación esfinteriana y cefalea. Tras descartar foco séptico se realiza TAC craneal que informa de múltiples lesiones nodulares con captación en anillo e importante edema perilesional en cerebro y ambos hemisferios cerebrales que sugiere metástasis cerebrales. La RM con gadolinio confirma dicha sospecha. Es ingresado a cargo de oncología para tratamiento con RT y QT paliativa que no llega a recibir por completo porque debutó con cuadro de insuficiencia respiratoria grave que agrava y descompensa su estado, provocando la muerte del paciente.

Conclusiones: Las metástasis cerebrales por adenocarcinoma gástrico son muy infrecuentes, y más aun con ausencia de metástasis en otra localización, como sucede en el caso que presentamos. A pesar de ello se deben tener en cuenta durante el estudio de extensión tanto pre como postoperatorio y dentro del diagnóstico diferencial de las complicaciones posquirúrgicas en pacientes intervenidos de adenocarcinoma gástrico.

P-545. PÓLIPO FIBROIDE INFLAMATORIO YEYUNAL

A. Bengoechea Trujillo, D. Pérez Gomar, M. Alba Valmorisco, M.A. Mayo Ossorio, M.D.C. Bazán Hinojo, S. Roldán Ortiz, M. López Zurera, J.M. Pacheco García y J.L. Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: El pólipos fibroide inflamatorio es una rara entidad que afecta a diversas partes del tubo digestivo representando el 3% de los pólipos intestinales. Su clínica más frecuente es el dolor abdominal de duración variable pudiéndose producir complicaciones como la invaginación, hemorragia o signos de afectación sistémica. Presentamos el caso de una paciente con esta entidad con diagnóstico radiológico preoperatorio de mucocele apendicular.

Caso clínico: Paciente de 70 años con antecedentes de HTA, cardiopatía isquémica, EPOC e intervenida de sigmoidectomía por diverticulitis, hernioplastia umbilical y apendicectomía. Es estudiada en consulta de cirugía por dolor abdominal de 4 meses de evolución sin otra clínica asociada. Presenta a la exploración un abdomen blando, depresible, con molestias a la palpación en hipogastrio sin otros signos relevantes. Entre los estudios que se realizan se encuentra anemia normocítica, así como una ecografía abdominal en donde se encuentran colecciones quísticas que recomiendan valoración por TC abdominal donde se informa de imagen tubular de 10,3 x 3,2 cm yuxtacecal sugestivo de mucocele apendicular. Durante la espera de la intervención quirúrgica de dicho mucocele la paciente ingresa por clínica de dolor en FID junto con fiebre y leucocitosis con realización de nuevo TC abdominal de urgencia con aumento de tamaño de la masa tubular de hasta 15 x 3 cm de con diagnóstico mucocele apendicular infectado resolviéndose con tratamiento conservador y antibioterapia durante 3 días de hospitalización. Con este diagnóstico se realiza laparotomía de forma programada encontrándose masa de 10 cm en yeyuno medio intraluminal completándose resección intestinal de segmento de intestino delgado que comprendía la masa y anastomosis L-L mecánica. Fue dada de alta a los 7 días con una evolución favorable. La anatomía patológica tuvo como diagnóstico pólipos fibroide inflamatorio.

Discusión: Los pólipos fibrosos son una entidad benigna rara que puede presentarse a lo largo de todo el tubo digestivo, representando alrededor del 3% de los pólipos gastro-intestinales aunque su principal lugar es el estómago (70%) y en orden decreciente ileon, colon, duodeno, yeyuno y esófago. Epidemiológicamente suele aparecer entre los 20 y los 80 años de vida con una incidencia máxima en la sexta o séptima década, como es nuestro caso, con leve predominio del sexo masculino (60%). Clínicamente dependen de su localización, los gástricos se asocian a HDA crónica, gastritis con HP +, adenomas y carcinomas. Los intestinales con sárgado crónico, perforación y obstrucción intestinal por invaginación; en nuestra paciente presentaba anemia por sangrado crónico. El diagnóstico de presunción aparte de la clínica citada junto con pruebas de imagen como la TC-abdomen. La confirmación patológica viene dada por la presencia de un pólipos submucoso pediculado con proliferación de células fusiformes, con núcleo ovoide, cromatina granular fina y citoplasma eosinófilo. El tratamiento siempre es la resección del mismo con márgenes libre de tumor ya sea por vía endoscópica en los pólipos gástricos y colónicos o quirúrgica en los de intestino delgado.

P-546. HIPERTROFIA PRIMARIA DE PÍLORO EN EL ADULTO

S. Montón Condón, J. Ariceta Iraola, I. Poveda Lasheras, M. Cires Beztanilla, R. Erce Egúaras y J. Ruiz Montoya

Hospital García Orcoyen, Estella.

Introducción: La hipertrofia idiopática o primaria de píloro (HIPA) en el adulto fue descrita por primera vez por Cruveilheir en 1835. Es una entidad rara y poco común, de la cual sólo se han descrito 200 casos en la literatura. Aunque su etiología sigue poco clara, se han propuesto algunas teorías como la que defiende que la forma adulta sería una continuación de la infantil mantenida en el tiempo con un intervalo de ausencia de síntomas hasta la reaparición de los mismos en la época adulta. La edad de aparición en los adultos oscila entre los 30 a 60 años y es más frecuente en hombres. Su diagnóstico se basa en la historia clínica (dolor posprandial y vómitos como más frecuente) y la radiología siendo el tránsito intestinal y la gastroscopia las pruebas más concluyentes. El tratamiento de elección, cuando hay síntomas es la cirugía. Hoy en día sigue siendo controvertida la técnica quirúrgica de elección. Presentamos un caso de hipertrofia pilórica primaria en el adulto.

Caso clínico: Varón de 38 años de edad que acude a la consulta remitido por Digestivo por cuadro de dispepsia, pesadez posprandial y eructos molientes de 6 meses de evolución. El paciente refiere dicha sintomatología desde la infancia, con períodos sin síntomas pero que al aparecer de nuevo han ido aumentando de intensidad en esos últimos meses. Se asocia a pérdida de peso y anorexia con alivio de los síntomas al vomitar. El tránsito intestinal y la gastroscopia revelan un estómago retenciónista y un píloro rígido que se franquea con cierta dificultad con ausencia de otras alteraciones gastrointestinales como una úlcera prepirolírica o gastritis crónica. La ecoendoscopia informa de un píloro engrosado de más de 2,2 cm a expensas de la muscular propia. Se biopsia el píloro con el resultado de negativo para patología tumoral. Dada la clínica del paciente se interviene realizándose una piloroplastia y vagotomía troncular. El postoperatorio inmediato transcurre sin incidencias y es dado de alta a los 5 días con buena tolerancia a la ingesta oral. Controles posteriores en consulta, el paciente se encuentra asintomático sin dolor abdominal y con buena tolerancia a la ingesta oral. Pero dos años después el paciente refiere dolor epigástrico intenso con necesidad de vomitar para aliviar los síntomas así como pérdida de apetito y de peso que condicionan su estado de ánimo y su vida normal. Se realiza primero un nuevo tránsito y endoscopia con biopsia que descubren un nuevo engrosamiento regular del píloro, pero negativo para enfermedad tumoral. Se realiza una TAC abdominal para descartar compresión extrínseca por otra patología sistémica que es negativa. Ante el diagnóstico de recurrencia de la hipertrofia de píloro se ofrece al paciente la posibilidad de intervención quirúrgica, en esta ocasión de gastrectomía limitada al antró con reconstrucción Billroth I.

Discusión: Existen diferentes opciones terapéuticas para esta patología que van desde la dilatación endoscópica hasta la resección gástrica. No existe duda entre los diferentes autores que la dilatación endoscópica se limita sólo para aquellos casos de alto riesgo quirúrgico, por su alto índice de recidivas. Se habla de la piloromiotomía con el inconveniente de laceración de la mucosa o futuros divertículos. Las dos más aceptadas son la piloroplastia con el problema de que se queda el píloro en su sitio y que por lo tanto puede tener un porcentaje de recurrencias, como en nuestro caso, y la gastrectomía limitada con reconstrucción (la más eficaz, Billroth I por menor morbimortalidad), hoy por hoy la más aceptada en la literatura actual. A pesar de ello sigue siendo un tema controvertido todavía sin aclarar.

P-547. MELANOMA PRIMARIO RETROPERITONEAL EXTRAADRENAL

M.J. Álvarez Martín, J. Turiño, A. García Navarro, S. Gil, A. Bustos, A. Vilchez, N. Zambudio, J. Valdivia, M. Segura, F. González Pérez y A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: El melanoma maligno es un tumor derivado de los melanocitos, los cuales derivan de la cresta neural. La cresta neural migra durante el desarrollo embrionario y pueden encontrarse melanocitos en localizaciones no cutáneas, con una predisposición a la posibilidad de desarrollar melanoma en la vida adulta. Sólo el 4%-5% de todos los melanomas se originan en localizaciones extracutáneas. De ellas las más fre-

cuentes son la cavidad bucal, laringe y bronquios, el esófago, el recto, el sistema genitourinario, las meninges, plexo coroideo (ojos) los ovarios, el cérvix uterino, la vagina y las glándulas suprarrenales. Estas localizaciones suelen presentar un curso clínico muy agresivo. Los melanomas poseen avidez por FDG-PET, lo cual nos permite usar al PET como medio para monitorizar la actividad de la enfermedad. Los melanomas malignos que derivan del retroperitoneo son extremadamente raros y la mayoría de los casos publicados hasta ahora derivan de la medula adrenal. Presentar un caso excepcional de melanoma primario retroperitoneal extraadrenal.

Caso clínico: Paciente de 45 años con antecedentes de carcinoma de cérvix de células escamosas intervenido hacia un año (Histerectomía, doble anexectomía y linfadenectomía). Durante tratamiento radioterápico posterior comienza con dolor abdominal leve, intermitente, asociado a náuseas y vómitos. TAC abdominal de control que informa de la presencia de una tumoración retrocrural, paraaortica izquierda de captación heterogénea de unos 37,4 × 22 mm que sugiere adenopatía. RNM corroboró la presencia de una masa hipermetabólica retrocrural izquierda de 3,8 × 2 cm. PET-TAC: masa hipermetabólica retrocrural izquierda que parece corresponder a adenopatía-conglomerado adenopático. Biopsia-PAAF: metástasis de melanoma. Ante este hallazgo es examinada por Dermatología y Oftalmología que descartan la existencia de enfermedad mucocutánea y retiniana respectivamente. Se completó el estudio para descartar otras localizaciones con RNM cerebral, Endoscopia digestiva alta y baja sin hallazgos patológicos. Con el diagnóstico de melanoma primario se interviene realizando exéresis en bloque de la lesión que se extiende, recubierta por músculo diafragmático, por el margen izquierdo del pilar izquierdo del diafragma desde tórax hasta glándula suprarrenal ipsilateral, con íntimas adherencias a pared de aorta en su vertiente medial y a la columna (cara lateral izquierda de cuerpos vertebrales) posteriormente y que desplaza anteriormente a cuerpo y cola de páncreas. No metástasis hepáticas, implantes peritoneales ni ascitis. Anatomía patológica de la pieza quirúrgica: melanoma (HMB 45+, MELAN A+/-, S100+). El postoperatorio evolucionó de forma adecuada. Actualmente la paciente tras tratamiento quimioterápico postquirúrgico y al año de seguimiento se encuentra asintomática y en remisión completa clínica-radiológica y metabólica.

Discusión: Para considerar el diagnóstico de melanoma primario extracutáneo, no metastásico, se debe realizar como fue en nuestro caso, un exhaustivo estudio previo siguiendo además los criterios de Ainsworth, puesto que además, ni los estudios histológicos ni de inmunohistoquímica hacen posible diferenciar tumores metástasis de melanoma primario. La cirugía es el pilar fundamental de su tratamiento y dado que su comportamiento suele ser más agresivo debe asociarse, como fue nuestro caso, quimioterapia adyuvante. El PET-TAC posee gran papel para el seguimiento del melanoma.

P-548. INVAGINACIÓN YEYUNO-ESOFÁGICA EN PACIENTE INTERVENIDO POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

C. Arcos Quirós, J. Mena Raposo, J.A. Guerra Bautista, E. Hernández Ollero, D. Candil Comensal, F. Acedo Díaz, J.L. Muñoz Boo, A.K. Moalla Massa y L. Mendizábal Rosales

Hospital de la Merced, Osuna.

Introducción: La invaginación intestinal consiste en la introducción en forma telescopica espontánea de una porción de intestino en otra asa o segmento intestinal. La invaginación yeyuno-esofágica es una complicación rara tras gastrectomía total. La patogénesis de la intususcepción en pacientes con historia de cirugía gástrica es desconocida, la teoría más aceptada es la peristalsis antero grada o retrograda produciendo la intususcepción de asas eferente o aferente. Otras teorías incluyen causas mecánicas como el incremento de la presión intraabdominal y adherencias postoperatorias. El primer caso de invaginación intestinal fue descrito en 1674 por Barbette, realizándose la primera reducción quirúrgica con éxito en 1871. En adultos en hasta en el 90% de los casos existe una anomalidad patológica bien definida. La intususcepción primaria o idiopática se presenta en el 8-20% de los casos y afecta con mayor frecuencia al intestino delgado, existiendo en el 6-30% de los casos lesiones malignas intestinales asociadas. Pueden aparecer invaginaciones yeyuno-gástricas y yeyuno-esofágicas en paciente con antecedentes de gastrectomías, sin embargo, los casos publicados son escasos. A continuación presentamos el caso de una invaginación yeyuno-esofágica en paciente intervenido por adenocarcinoma gástrico.

Caso clínico: Varón de 76 años sin AP de interés, intervenido por adenocarcinoma gástrico antral hacia un año (realizándose gastrectomía total y linfadenectomía con anastomosis esófago-yejunal). Acudió por presentar dolor abdominal asociado a episodios de regurgitación con disfagia a sólidos de 3 semanas de evolución. Se practicó examen físico y analítico sin hallazgos. A continuación, se realizó TAC toracoabdominal, encontrándose una dilatación esofágica sin causa aparente, decidiéndose practicar un tránsito esófago-yejunal, donde se observaba una dilatación esofágica con anastomosis estrecha de paredes lisas, y una endoscopia, que mostraba a 38 cm la anastomosis esófago-yejunal amplia y permeable, sin rigidez ni estenosis a dicho nivel con protrusión importante de la mucosa yeyunal. Dado los hallazgos, se decidió colocar una endoprótesis a nivel de la anastomosis, evolucionando el paciente favorablemente y permaneciendo asintomático.

Discusión: La invaginación intestinal es una patología relativamente frecuente en niños, sin embargo, en adultos se presenta únicamente en un 1-5% de los casos, siendo la incidencia de invaginación yeyuno-gástrica y yeyuno-esofágicas del 0,1%. Pueden aparecer invaginaciones yeyuno gástricas (existen 200 casos publicados de invaginación yeyuno-gástrica en pacientes con antecedentes de gastrectomía subtotal o reconstrucción Billroth II) y yeyuno-esofágicas en paciente con antecedentes de gastrectomías, sin embargo, los casos publicados son escasos. Las localizaciones más frecuentes son las uniones entre los segmentos de movimiento libres y el retroperitoneo, como la región ileocecal, o segmentos fijos por adherencias y la mayoría de los casos se producen en el intestino delgado, secundario a lesiones benignas. Con respecto a la sintomatología suele ser inespecífica, y con frecuencia aparecen síntomas de obstrucción intestinal, masa palpable, hematemesis y disfagia. Para el diagnóstico son fundamentales las pruebas de imagen como radiografía, ecografía, TAC de abdomen y estudios baritados. Existen signos radiológicos patognomónicos característicos como son el signo de Diana en el corte transversal y el signo de pseudoriñón en la longitudinal. La endoscopia es el procedimiento de elección en caso de hematemesis y disfagia. El tratamiento usualmente suele ser quirúrgico aunque en ocasiones es posible una reducción endoscópica con colocación de endoprótesis, como muestra el caso. El diagnóstico precoz es fundamental para reducir la morbilidad asociada a la intususcepción asociada frecuentemente a la obstrucción y la isquemia intestinal secundaria.

P-549. OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A LINFOMA

L. Comín Novella, M. Oset García, M. González Pérez,
D. Escribano Pérez, C. Yáñez Benítez, D. Fernández Rosado,
C. Pastor Espuig, J.M. del Val Gil y J. Torres Nuez

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Introducción: La oclusión intestinal es una patología prevalente, siendo su causa más frecuente las adherencias en los pacientes intervenidos previamente y la hernia de la región inguinocrural en los no operados. Presentamos un caso de una oclusión intestinal con una etiología poco frecuente.

Caso clínico: Mujer de 80 años con antecedente de vagotomía troncular más piloroplastia por perforación duodenal y laminectomía discal (D9-D10) por meningioma con paraparesia, vejiga neurógena e intestino neurógeno como complicaciones de dicha intervención. Acude a urgencias por dolor abdominal, estreñimiento y vómitos de una semana de evolución. A la exploración física presentaba gran distensión abdominal y dolor a la palpación con predominio en hipocondrio derecho. La radiografía de abdomen era anodina. En la analítica se apreciaba una anemia con leucocitosis y PCR > 90. Se realizó TC descubriendo una masa sólida de unos 15 cm en región pancreatoduodenal, que engloba la 2ª porción duodenal y la cabeza y proceso uncinado del páncreas, desplazando periféricamente las estructuras vasculares mesentéricas adyacentes con las que mantiene una estrecha relación. Se realizó gastroscopía que observa contenido retenciónista en la cavidad gástrica, deformación antral y pilórica y, al paso a duodeno, compresión extrínseca a nivel bulbar. Se realiza biopsia guiada por TC que informa de linfoma B difuso de células grandes de fenotípico no centrogerminal. Tras quimioterapia con R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, Adriamicina, vincristina y prednisona) se objetivó disminución de la masa. Al mes, se repitió la gastroscopía en la que se apreció persistencia de la compresión extrínseca pero con buen paso del endoscopio a la 2ª porción duodenal. En la actualidad persiste ingresada y con tratamiento quimioterápico a los 40 días del ingreso.

Discusión: El linfoma B difuso de células grandes es un linfoma no hodgkiniano de fenotípico B y gran agresividad. Representa el 80% de los linfomas agresivos y el 30-35% de todos los LNH en el adulto. Es el linfoma más frecuente en la edad adulta, siendo propio de los ancianos, con una edad media en el momento del diagnóstico de 70 años. Se trata de una neoplasia potencialmente curable, aunque con el esquema CHOP sólo se consigue una tasa de curación del 40-50%. En nuestro caso se localizaba en los ganglios de la región pancreatoduodenal, produciendo una obstrucción duodenal completa que le producía intolerancia a nutrición enteral, y distensión abdominal. A pesar de ello son tumores con buena respuesta a la quimioterapia, por lo que con este tratamiento puede producirse una remisión completa de la enfermedad, desapareciendo la clínica y con ello reestableciendo el tránsito normal.

Conclusiones: El linfoma es una patología no muy frecuente y una rara causa de oclusión intestinal. El TC abdominal y la biopsia de la lesión nos darán el diagnóstico que permitirá su correcto tratamiento.

P-550. GANGLIO DE VIRCHOW-TROSIER EN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE NEOPLASIA GÁSTRICA AVANZADA

A.P. Martínez Domínguez, C. Garde Lecumberri, A.L. Romera López,
A. Ortega Carrasco, A. Szuba y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Objetivos: Las adenopatías supraclaviculares situadas en la región donde desemboca el conducto torácico en la proximidad de la unión de la vena yugular interna y la vena subclavia, sobre todo izquierda, pueden ser la primera manifestación de un carcinoma localizado en órganos intraabdominales (signo de Virchow-Trosier). Fue descrito en el siglo XIX por Rudolf Ludwig Virchow y puede contener metástasis que se diseminen a través de los conductos linfáticos retroperitoneales y mediastínicos posteriores. Se presenta el caso de un paciente diagnosticado de neoplasia gástrica en el que durante el estudio de extensión apareció un ganglio de Virchow-Trosier.

Caso clínico: Paciente de 51 años con antecedentes personales de poliomielitis con secuelas en MID, hepatitis A en la infancia. Consulta por disfagia progresiva de 3 meses de evolución acompañada de síndrome constitucional. Se le realiza EDA en la que se aprecia tumoración subcardial estenosante (biopsia: adenocarcinoma). TAC: Engrosamiento parietal en cardias y lesión mal definida retrocava que sugiere adenopatía. Durante los días en que se completa el estudio aparece en fossa supraclavicular izquierda una tumoración de unos 5 por 4 cm, indurada, y adherida a planos profundos que se biopsia con resultado de metástasis de adenocarcinoma. Se coloca sonda nasogástrica para nutrición enteral y comienza con tratamiento oncológico.

Resultados: El paciente recibe 6 ciclos de quimioterapia con TPF apreciándose respuesta inicial con disminución de tamaño de la adenopatía supraclavicular. Tras finalizar QT se aprecia en PET depósito moderado en FSI y en cardias, y uT2N1 en ecoendoscopia. Marcadores pre y post QT normales. Dada la respuesta de la QT y que el paciente sigue con disfagia se plantea cirugía paliativa. Se interviene a los 7 meses del diagnóstico inicial encontrando gran tumoración cardial que infiltra los pilares diafrágmiticos, zona del tronco celíaco y preaórtica; se realiza gastrectomía total con esofagostomía de tercio inferior y reconstrucción en Y de Roux. Anatomía patológica: adenocarcinoma de unión esofagogastrica pobremente diferenciado, tipo difuso que se extiende a esófago y que infiltra la pared gástrica; marcada invasión perineural, vascular y linfática; PT3, N1. En el décimo tercer día de la intervención se detectó fístula de la anastomosis esofagoyeyunal que precisó antibterapia y colocación de tubo de tórax para drenaje de colección pleural derecha. En el momento actual el paciente está pendiente de recibir tratamiento con RT del ganglio de Virchow, que prácticamente no se palpa, y nuevo tratamiento con QT.

Discusión: La propagación más frecuente del adenocarcinoma gástrico es hacia el sistema linfático, aunque se puede producir invasión de órganos vecinos. El drenaje linfático se dirige hacia las 16 estaciones ganglionares cuya afectación no siempre es secuencial. Hay neoplasias gástricas avanzadas con afectación ganglionar distante y metastásica con signos como el de Virchow-Troisier y el de Irish (adenopatía axilar izquierda). Estos signos que son clásicamente descritos en la literatura médica, en la práctica actual son excepcionales. En nuestro paciente el ganglio de Virchow no se apreció al comienzo del estudio apareciendo a los pocos días de iniciado este.

**P-551. SITUS AMBIGUOUS: PRESENTACIÓN DE UN CASO
Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

J. Gómez Sugrañes, C. Valero Valdivieso, C. Yáñez Benítez,
I. Goded Broto, F. Martín Anoro y F. Baqué Sanz

Hospital General San Jorge, Huesca.

Introducción: El situs ambiguous es una rara anomalía congénita que en la cual algunos órganos del tórax o abdomen no se encuentran claramente lateralizados, diferenciándose del situs inversus en el cual todos los órganos se encuentran en el lado contrario al normal, como en espejo. El situs ambiguous está relacionado con malformaciones cardiovasculares complejas y son pacientes que presentan alteraciones esplénicas o malrotaciones intestinales de forma más frecuente que la población general.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 43 años sin alergias conocidas ni antecedentes de interés que consulta por un cuadro de hemorragia digestiva alta leve asociada a pirosis. Se realiza una gastroscopia en la cual no se evidencian lesiones de la mucosa gástrica pero si se diagnostica de gran hernia de hernia de hiato. Es remitida al servicio de cirugía general y del aparato digestivo de nuestro hospital para evaluar la posibilidad de una corrección quirúrgica. Durante el estudio diagnóstico se realiza un tránsito digestivo que muestra esófago normal con estómago en la derecha y bulbo, marco duodenal y yeyuno en situación izquierda. No se visualiza hernia de hiato. Se complementa el estudio con una TAC abdominal que confirma lo anteriormente descrito realizando diagnóstico de situs ambiguous sin hernia de hiato. Además, en la ecografía abdominal se diagnostica una poliesplenia. Se desestima intervención quirúrgica y se decide tratamiento con Inhibidores de la bomba de protones y seguimiento por el servicio de digestivo.

Discusión: El situs ambiguous es también llamado heterotaxia o síndrome de Ivermark, fue descrito por primera vez en 1929 y su diagnóstico se hace generalmente de manera incidental. No se sabe si existe una transmisión genética llegándose a plantear una transmisión autosómica dominante, recesiva o ligada al gen X. Su diagnóstico es muy raro debido que estos pacientes fallecen antes de la edad adulta por las malformaciones cardíacas. El situs ambiguous asociado a poliesplenia, como nuestro caso, es una anomalía que se presenta generalmente en mujeres y los bazos generalmente se ubican en el mismo lado del estómago, a lo largo de la curvatura mayor. Las anomalías vasculares consisten en interrupción de la vena cava inferior por encima de la desembocadura de las venas renales, con prolongación por medio de la vena ácigos o hemiácigos y drenaje hepático directamente a las cavidades cardíacas a través de un tronco común, por lo general único. Además, el hígado y la vesícula biliar están más centrados, lo cual puede dificultar el diagnóstico clínico de las enfermedades de estos órganos. Es necesario conocer la existencia del situs ambiguous estando al tanto de sus singularidades viscerales para evitar la confusión con otros procesos patológicos.