

tasis de origen colo-rectal fueron las más frecuentes. La ausencia de morbimortalidad observada puede deberse a la alta proporción de resecciones ahorradoras de parénquima (transegmentarias) realizadas e indica que es una técnica muy segura y complementaria a la quimioterapia.

O-081. RESECCIONES PULMONARES EN MAYORES DE 80 AÑOS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REINA SOFÍA EN 12 AÑOS

E. Arango Tomás, F. Cerezo Madueño, F.J. Algar Algar,
A. Álvarez Kindelan, C.A. Baamonde Laborda
y A. Salvatierra Velázquez

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: Describir los resultados de las resecciones pulmonares realizadas a pacientes mayores de 80 años entre octubre de 1999 a octubre de 2011.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de 21 pacientes sometidos a resección pulmonar entre octubre de 1999 a octubre de 2011. Se recogen datos de antecedentes personales y comorbilidad, estudio preoperatorio, tamaño y localización del tumor, tipo de cirugía, histología tumoral, tratamiento complementario, evolución postoperatoria, y morbimortalidad perioperatoria. Se analizan mediante estadística descriptiva y pruebas estadísticas chi cuadrado y t-Student, utilizando el SPSS-Statistics 20.0.

Resultados: Los 21 pacientes, 17 (81%) varones y 4 (19%) mujeres, con edad de 82 ± 2 años, presentaban la siguiente comorbilidad: HTA (33,3%), DM (19%), dislipemia (14,3%), insuficiencia renal (9,5%), tabaquismo (76,2%) con CA de 71,2 paquetes/año, enolismo (4,8%), EPOC (47,6%), cardiopatía 23,8%. El 62% tenía una neoplasia intervenida; la mayoría (30,8%) adenocarcinoma colorrectal. Se detectaron 90,5% de masas unilaterales y 9,5% bilaterales, afectando con mayor frecuencia al lóbulo superior derecho (33,3%). La distribución según la estadificación clínica fue: cT1a 6,3%, cT1b 37,5%, cT2a 37,5%, cT2b 6,3%, cT3 12,4%, cN0 64,3%, cN1 28,6%, cN2 7,1%, cM0 92,9%, cMx 7,1%. Estudio preoperatorio: TC-craneal (57,1%), PET (52,4%), eco cardio (31,6%), eco abdominal (23,5%), pruebas funcionales respiratorias (100%) [FVC 2.593,6 mL (82,8%) FEV1 1.752 mL/s (80,3%) Tiffeneau 77,8%], FBC 63,2% (afectación en un caso) con cepillado bronquial en 76,9%, PAAF 33,3% [Negativa 16,6%, ca. epidermoide 33,3%, adenocarcinoma 16,7%, ca. células grandes 16,7%, ca. broncoalveolar 16,7%], mediastinoscopias 28,6%. Estudio preanestésico con ASA-II (25%), ASA-III (75%), RISK-I (12,5%), RISK-II (25%), RISK-III (62,5%). La vía de abordaje fue la toracotomía en 20 casos y VATS en 1; realizándose 13 lobectomías, 5 resecciones transegmentarias, 2 segmentectomías regladas, y 1 neumonectomía. Se cumplieron márgenes de seguridad libres en todas. De las linfadenectomías (60%), fueron: 25% de una estación ganglionar, 41,7% de 2 estaciones, 33,3% de 3 estaciones. Sólo existió afectación ganglionar en un caso (N2). Empleo de hemostáticos y aerostáticos: 9,5%. Se dejaron dos drenajes en el 61,9% y uno en el 38,1%. Cinco pacientes (23,8%) ingresaron en UCI tras la intervención. Las complicaciones postoperatorias (28,6%) fueron: 66,6% respiratorias, 16,7% cardíacas y 16,7% digestivas. La estancia postoperatoria fue $9,2 \pm 6,4$ días. La mortalidad perioperatoria fue del 9,5% (2). El 66,7% resultaron neoplasias pulmonares primarias (epidermoide 57,1%, adenocarcinoma 28,6%, CCG 14,3%) y el 33,3% metástasis. El estadiaje postquirúrgico del ca. broncogénico fue: pT1a 6,7%, pT1b 33,3%, pT2a 46,6%, pT2b 6,7%, pt3 6,7%, pN0 95,2%, pN1 0%, pN2 4,8%, pM0 100%. Estadios: Ia 30,8%, Ib 46,1%, IIa 7,7%, IIb 0%, IIIa 15,4%, IIIb 0%. El 33,3% recibió quimioterapia adyuvante y el 11,1% radioterapia. En ningún caso neoadyuvancia. Tras analizar la relación entre mortalidad postoperatoria y otras variables se aprecia relación significativa con la edad ($p = 0,023$), la cT ($p = 0,015$), la cM ($p = 0,004$), el SUV_{dT} ($p = 0,044$), la realización de neumonectomía ($p = 0,002$), la histología de CCG ($p = 0,047$), la necesidad de UCI tras la intervención ($p = 0,008$) y las complicaciones respiratorias en el postoperatorio ($p = 0,004$).

Conclusiones: La cirugía de resección de metástasis pulmonares es una buena opción terapéutica en pacientes con control oncológico de la neoplasia primaria, suficiente reserva funcional y enfermedad neoplásica metastásica limitada al pulmón. En nuestra experiencia las metás-

CIRUGÍA TORÁCICA

COMUNICACIONES ORALES

O-080. CIRUGÍA DE LAS METÁSTASIS PULMONARES. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REINA SOFÍA EN 2011

E. Arango Tomás, F.J. Algar Algar, F. Cerezo Madueño, P.M. Moreno Casado, A. Álvarez Kindelan, C.A. Baamonde Laborda y A. Salvatierra Velázquez

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: Describir los resultados de las metástasis pulmonares sometidas a cirugía en nuestro servicio en 2011.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 30 pacientes sometidos a cirugía de las metástasis pulmonares en 2011. Se recogen antecedentes nosológicos, histología tumoral, estudio preoperatorio, tamaño y localización de las metástasis, tipo de cirugía, quimioterapia y radioterapia complementaria, evolución postoperatoria y morbimortalidad perioperatoria. Se analizan los datos mediante estadística descriptiva con el uso de SPSS Statistics 20.0.

Resultados: De 30 pacientes [19 (63%) varones y 11 (37%) mujeres] con 68 años de edad (mediana) [rango 2-77]; 25 (83,3%) fueron asintomáticos, en el resto, el síntoma más frecuente fue la tos persistente (6,7%). Antecedentes nosológicos: HTA (40%), DM (6,7%), dislipemia (6,7%), insuficiencia renal (16,7%), tabaquismo (43,3%) [CA medio de 20 paquetes/año], enolismo (6,7%), EPOC (13,3%), cardiopatía (10%). Ninguno tenía trabajos de riesgo y todos ellos fueron intervenidos previamente de su neoplasia primaria. La histología de las metástasis fueron: origen digestivo (66,7%) [adenocarcinoma de: recto (50%), colon, (35%), y sigma (15%)], origen urológico (20%) (carcinoma renal de células claras y cáncer de próstata), melanoma (6,7%) y neoplasias otorrinolaringológicas (6,7%). También encontramos metástasis de sarcoma uterino, seminoma extragonadal, cá. hepático y cá. suprarrenal. El periodo libre de enfermedad (PLE) fue $31,35 \pm 39,30$ (0-144) meses. Se contabilizaron en total 51 metástasis, la mayoría (60%) únicas. Eran unilaterales (83,3%) y bilaterales (16,7%). El lugar más afectado fueron ambos lóbulos superiores (23,3% en cada uno). El tamaño medio de las lesiones en la TC fue de $1,96 \pm 1,42$ cm. Las pruebas complementarias realizadas fueron TC craneal (23,3%), pruebas funcionales respiratorias (100%) [media FVC 2.968 mL (84,2%) FEV1 2.300 mL/s (83,86%) Tiffeneau 79,5%], PET 96,7%, eco cardio 6,7%, eco abdominal 6,7% (por ampliación de TC a abdomen superior en el resto), FBC 10%, PAAF 6,7%. Estudio preanestésico: ASA II RISK III. La vía de abordaje fue: toracotomía (70%) y VATS (30%). De las toracotomías fueron: 71,4% anterolaterales, 19,2% posterolaterales, 4,7% (1) posterior amiotómica, 4,7% (1) axilar. Se realizó resección transegmentaria en 25 casos, 1 segmentectomía reglada, 3 lobectomías y 1 neumonectomía. Todas con márgenes de seguridad libres de afectación, resecando todas las lesiones metastásicas en 26 casos (86,7%) (debido a pacientes con enfermedad contralateral o extrapulmonar). No existió afectación ganglionar en la mayoría, habiéndose realizado linfadenectomía en el 26,7%. En dos casos se emplearon hemostáticos y en 1 aerostáticos. Se dejó un drenaje (66,7%) y dos (33,3%). Dos pacientes fueron a la UCI (1 neumonectomía y 1 paciente pediátrico). La estancia postoperatoria fue $4,48 \pm 1,45$ días, sin complicaciones ni muertes. Se administró quimioterapia neoadyuvante (73,3%), adyuvante (70%) y radioterapia (36,7%).

Conclusiones: La cirugía de resección de metástasis pulmonares es una buena opción terapéutica en pacientes con control oncológico de la neoplasia primaria, suficiente reserva funcional y enfermedad neoplásica metastásica limitada al pulmón. En nuestra experiencia las metás-

O-082. INFLUENCIA DE LA PRESIÓN ATMOSFÉRICA SOBRE LA INCIDENCIA DE NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO

R. Díaz Pedrero, M.M. Díez, M.J. Medrano, C. Vera, L. Diego, S. Hernández, P. Guillamot, A. Sánchez, R. San Román, T. Ratia y J. Granell

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Objetivos: Se analiza la relación entre incidencia de neumotórax espontáneo idiopático (NEI) y presión atmosférica (PA).

Material y métodos: Se incluyen 288 casos de NEI, 229 hombres y 59 mujeres. Se recogió la presión atmosférica el día del diagnóstico, la presión en los 3 días previos y la presión media mensual. Se analizó la asociación entre incidencia de NEI y PA mediante cálculo de razón de incidencia estandarizada (RIE) y regresión de Poisson.

Resultados: La presión atmosférica el día del ingreso (media ± desviación típica $1.017,9 \pm 7$ milibares), fue más elevada que la presión media mensual ($1.016,9 \pm 4,1$ milibares) ($p = 0,005$). Se observó un patrón de distribución mensual del NEI, con mayor incidencia en los meses de enero, febrero y septiembre y menor en abril. Cuando la presión atmosférica fue inferior a 1014 milibares se registraron menos casos de los que estadísticamente hubiera sido esperable encontrar (58/72 casos); por el contrario, cuando la presión fue superior a 1019 milibares se registraron más casos de los esperados (109/82 casos, RIE = 1,25; IC95%: 1,04-1,51). El riesgo de NEI aumentó 1,15 veces (IC95%: 1,05-1,25, $p = 0,001$) por cada milíbar de presión atmosférica, independientemente del sexo, la edad y presión atmosférica media mensual. Se observó relación dosis-respuesta, con aumentos progresivos del riesgo (IRR = 1,06 cuando la presión fue 1014-1016 milibares, 1,17 cuando la presión fue 1.016-1.019 milibares y 1,69 cuando la presión fue superior a 1.019 milibares) (p de tendencia = 0,089).

Conclusiones: La presión atmosférica es factor de riesgo independiente para la aparición de NEI.

O-083. NEUMOTÓRAX TRASLADADOS A UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN CIRUGÍA TORÁCICA (HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES)

A. Sarriugarte Lasarte¹, M. García Carrillo², L. Hernández Pérez¹, M. Sebastián¹, J.C. Rumbero Sánchez¹, U. Jiménez Maestre¹, A. Colina Alonso¹ y J. Pac Ferrer¹

¹Hospital Universitario Cruces, Barakaldo. ²Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: El neumotórax es una patología común que todo médico debe conocer y saber tratar. Habitualmente esta patología suele ser tratada por cirujanos generales consultando a equipos y centros especializados únicamente cuando éste no ha sido resuelto satisfactoriamente. El H.U. Cruces es uno de los dos hospitales de referencia del País Vasco para cirugía torácica, recibiendo pacientes de diferentes hospitales de su área.

Objetivos: Tenemos como objetivo analizar los casos de pacientes que con el diagnóstico de neumotórax han sido manejados en centros sin Cirugía Torácica y que han precisado traslado al hospital de referencia con dicha especialidad, en este caso el H.U. Cruces, para su completa resolución. Tiene como fin, conocer las causas de traslado de estos pacientes y su tratamiento definitivo en una unidad especializada, para en un segundo tiempo poder diseñar una guía de manejo de estos pacientes en un centro sin cirugía torácica.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo recogiendo todos los pacientes dados de alta en el H.U. Cruces con diagnóstico de neumotórax en los dos últimos años (2010 y 2011) y se han filtrado los recibidos desde otros centros, encontrándose 51 casos. Se realizan análisis estadísticos de los datos.

Resultados: El mayor número de pacientes fue trasladado desde el H. de Galdakao (22) seguido del H. Basurto (16), San Eloy (3) y otros como centros privados, etc. Más del 80% de los pacientes eran varones, con una mediana de edad de 31 años. El 78% fueron neumotórax espontáneos primarios con una edad mediana de 21, de los cuales el 40% fueron recidivados. El otro 22% fueron secundarios con enfermedad pulmonar de base, con 60 años de edad mediana de los cuales 55% fueron recidivados. El traslado se realizó durante su ingreso, de forma preferente, considerándose como tal un traslado a la planta de hospitalización (37%) o a la urgencia (35%), en un 7% de los casos estudiados. El motivo de traslado principal en estos casos fue la fuga aérea mantenida (57%), seguido por la ausencia de reexpansión pulmonar y la recidiva del mismo tras la recidiva de drenaje. De los 37 pacientes trasladados de forma preferente el 89%

requirió ingreso, de los cuales un 48% fue intervenido de urgencia frente a un 52% que se resolvieron con tratamiento conservador. La vía de acceso quirúrgica fue toracoscópica únicamente en 4 casos a diferencia de los pacientes operados de forma programada en el servicio.

Conclusiones: Un número importante de pacientes con neumotórax manejados en centros no especializados, requieren traslado durante su hospitalización al centro de referencia en Cirugía Torácica para su resolución. Aproximadamente la mitad de los casos trasladados pudieron ser tratados de forma conservadora solo con drenaje torácico sin requerir cirugía de urgencia, de lo que se concluye que el adecuado manejo de los principios del drenaje torácico es de vital importancia. A pesar de ser un Servicio donde la vía de acceso quirúrgica utilizada para el tratamiento del neumotórax es la toracoscópica, en estos pacientes se realizó en la mayoría de los casos toracotomía axilar, por tratarse de casos de más tórpida evolución.

O-084. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL DESFILADERO TORÁCICO

M.D.L.A. Sebastián Cuasante, U. Jiménez Maestre, L. Hernández Pérez, M. Fernando Garay, M. Lorenzo Martín, N. Uribe-Etxebarria Lugariza-Aresti, J.C. Rumbero Sánchez, R. Rojo Marcos, J. Casanova Viúdez y J. Pac Ferrer

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Objetivos: El síndrome del desfiladero torácico es causado por la compresión del plexo braquial y/o de los vasos subclavios a nivel del estrecho torácico. El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia en el tratamiento de esta patología durante el período 2000-2011.

Material y métodos: Durante los últimos once años hemos realizado 18 procedimientos sobre un total de 15 pacientes. Hemos revisado de forma retrospectiva los informes clínicos de todos ellos.

Resultados: 5 hombres y 10 mujeres fueron tratados en nuestro Servicio durante los últimos 11 años. Antes de ser evaluados por un cirujano torácico, todos siguieron tratamientos conservadores durante al menos 4 meses. La edad media fue de 35,39 (rango 22-63 años). Despues de las evaluaciones clínicas y las exploraciones complementarias los diagnósticos fueron: 6 primeras costillas patológicas (2 casos bilaterales), 8 costillas cervicales, 2 bandas fibrosas, 1 síndrome del escaleno anterior, 1 clavícula patológica. El abordaje más empleado fue el supraclavicular (14/18). La estancia media postoperatoria fue de 5,86 (rango 2-21 días). Las complicaciones postoperatorias registradas fueron: 1 hematoma extrapleural, 1 neuralgia posquirúrgica, 1 parálisis diafragmática (transitoria) y 1 hemotorax. Aunque los síntomas neurológicos mejoraron en todos los casos, el 60% de los pacientes precisaron tratamientos adicionales para controlar los síntomas durante al menos 6 meses. A nivel vascular se recuperaron todos los pulsos, excepto en dos casos que precisaron reintervención (1 primera costilla, 1 síndrome del escaleno anterior). El seguimiento postoperatorio fue de 14,66 meses (rango 1-53 meses).

Conclusiones: Cuando los tratamientos conservadores no pueden mejorar los síntomas, el tratamiento quirúrgico es de elección. A pesar de ello, en el 60% de los casos persiste clínica neurológica (daño irreversible del plexo braquial). Por el contrario, la mejoría de la clínica vascular es satisfactoria. El abordaje quirúrgico depende de la patología y de las preferencias del cirujano.

PÓSTERS

P-172. CIRUGÍA DE LOS QUISTES BRONCOGÉNICOS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REINA SOFÍA EN 12 AÑOS

E. Arango Tomás, O.D. Gómez Beltrán, J. Illana Wolf, G. Carrasco Fuentes, J.I. Garrido Pérez, P.M. Moreno Casado, F.J. Algar Algar, A. Álvarez Kindelan, F. Cerezo Madueño, C.A. Baamonde Laborda y A. Salvatierra Velázquez

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Los quistes broncogénicos son malformaciones congénitas del mediastino. Constituyen el 12% de las anomalías broncopulmonares y

un tercio de las lesiones quísticas mediastínicas. Aunque su localización más habitual es el mediastino medio, también pueden hallarse inmersas en el parénquima pulmonar o de ubicación cervical, intraabdominal o subcutánea. Su incidencia es difícil de establecer dado que muchas lesiones cursan de modo asintomático. Histológicamente se caracterizan por presentar epitelio columnar pseudoestratificado y cartílago.

Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes con quistes broncogénicos intervenidos en nuestro hospital entre los años 1999 a 2011. Se efectuó un estudio estadístico descriptivo empleando el software SPSS versión 19.0.

Resultados: Entre los años 1999 a 2011 se intervinieron 8 pacientes (3 mujeres y 5 hombres) con diagnóstico de quiste broncogénico. La edad media de los pacientes fue de 22,6 años (rango de 1 a 48 años). Los síntomas más comunes fueron dolor torácico (3 pacientes) y fiebre secundaria a sobreinfección del quiste (3 pacientes). Un paciente presentó hemoptisis y vómito y otro caso debutó con disnea. En un paciente se presentó como un hallazgo casual durante el estudio de extrásistoles ventriculares. La localización más frecuente fue en mediastino posterior (3 casos), seguida de lóbulo superior derecho (2 casos), mediastino superior (2 casos) y lóbulo superior izquierdo (1 caso). La media del diámetro mayor de las lesiones en el TAC fue de 4,71 cm (rango de 3 a 8 cm). 7 pacientes se intervinieron mediante toracotomía abierta y resección de la lesión y 1 caso por medio de abordaje toracoscópico con drenaje y destechamiento del quiste. El tiempo medio quirúrgico fue de 146,25 minutos (rango de 85 a 180 minutos). En un caso se presentó apertura accidental de la cara membranosa del bronquio principal derecho durante la cirugía, que se resolvió con sutura de la misma. La tasa de complicaciones postoperatorias fue del 12,5%. La anatomía patológica informó quiste multiloculado en una paciente y quiste broncogénico coincidente con malformación adenomatoida quística en un caso. La estancia media fue 8,25 días. El seguimiento medio de los pacientes fue de 15,8 meses. Ningún caso ha presentado recurrencia de la lesión.

Conclusiones: Los quistes broncogénicos, aunque pueden cursar de modo asintomático y ser un hallazgo incidental, suelen generar complicaciones relevantes tales como infección, sangrado, rotura, compresión de estructuras adyacentes y degeneración tumoral. El porcentaje de complicaciones posquirúrgicas señalado estriba entre el 0 y el 27%, siendo en nuestra serie del 12,5%. Por tal razón, nuestra casuística reafirma, en concordancia con la literatura, que el abordaje quirúrgico de los quistes broncogénicos es seguro y eficaz y se debe realizar incluso en los casos que cursen asintomáticos, en aras de prevenir la aparición de complicaciones. La cirugía mínimamente invasiva es en la actualidad la técnica de elección en muchos centros.

P-173. PERFORACIÓN YEYUNAL POR METÁSTASIS DE MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

M.I. Navarro García, A. Sánchez Pérez, J.C. Castañer Ramón-Llín, E. Romera Barba, M.B. Agea Jiménez, M. Carrasco Prats, A. Lage Laredo, C. Duque, J.I. Ramos González, J.A. García Marcilla y J.L. Vázquez Rojas

Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Introducción: El mesotelioma pleural maligno es una neoplasia agresiva que se origina en el mesotelio pleural, siendo el asbestos el principal factor implicado en su patogénesis. Se clasifica desde el punto de vista histológico en: epitelioide (60%), bifásico (30%) y sarcomatoide (10%). Por lo general, se manifiesta a nivel local en el hemitorax afecto, y su presentación como enfermedad metastásica es poco común. Pudiendo diseminarse por vía linfática y/o hematólica. Son raros los casos de mesotelioma pleural maligno que manifiestan complicaciones gastrointestinales secundarias a implantes metastásicos. Solo hay descritos tres casos en la literatura con afectación de intestino delgado, un caso de hernia inguinal incarcerada, un caso de hemorragia digestiva baja y un caso como perforación aguda yeyunal. Tiene muy mal pronóstico, siendo su supervivencia media global entre 9 y 17 meses. Recientemente, la adyuvancia con nuevos quimioterápicos ha prolongado ligeramente la supervivencia. Pero a pesar de los progresos realizados en el diagnóstico y tratamiento de esta entidad y sus manifestaciones extrapleurales, el tratamiento óptimo sigue siendo un tema de debate. Presentamos un nuevo caso de perforación aguda yeyunal por metástasis de mesotelioma pleural maligno de tipo epitelioide.

Caso clínico: Varón de 67 años con antecedentes de mesotelioma pleural maligno (T3N2M0) intervenido en julio 2010, realizando pleureneumec-

tomía radical con linfadenectomía, recibiendo quimioterapia adyuvante y en seguimiento por Oncología. Acude a Urgencias en agosto 2011 por dolor abdominal de 4 horas de evolución, de inicio súbito, localizado en hipogastrio y posteriormente se generaliza, asociando síndrome miccional sin otra sintomatología. A la exploración presenta abdomen con defensa generalizada y signos de irritación peritoneal. La analítica está dentro de los límites de la normalidad y se realiza TC abdominal con contraste intravenoso que informa de neumoperitoneo, con engrosamiento mural circunferencial de un corto segmento de intestino delgado en hipogastrio (yeuno) con marcados cambios inflamatorios y pequeñas burbujas de aire adyacente. Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica mediante laparotomía media supra-infraumbilical, hallando peritonitis aguda purulenta inframesocólica por perforación única de yeyuno sobre placa isquémica, sin otros hallazgos. Se realiza resección intestinal y anastomosis termino-terminal manual. El postoperatorio fue satisfactorio y la anatomía patológica informó de metástasis de mesotelioma maligno epitelioide en la pared intestinal y en los dos ganglios aislados. El paciente fue remitido a Oncología iniciando tratamiento con quimioterapia.

Discusión: El mesotelioma pleural maligno se suele manifestar como un tumor localmente invasivo en el tórax, siendo muy pocos los casos descritos de metástasis gastrointestinales, debido probablemente a su difícil diagnóstico. Se suelen interpretar los síntomas abdominales como secundarios a la quimioterapia, ya que son poco específicos y además la ecografía y la TC abdominal tienen baja sensibilidad para detección de tumores intestinales. El PET-TC puede ayudar a la detección de este tipo de implantes metastásicos. La posibilidad de metástasis de intestino delgado debe ser tenida en cuenta en pacientes con antecedentes de mesotelioma pleural maligno y clínica compatible con dolor abdominal agudo o sangre en heces.

P-174. HIDATIDOSIS TORÁCICA CON INVASIÓN DEL CANAL VERTEBRAL

M.I. Navarro García¹, F.J. Espinosa López¹, M.J. Fernández Carrión², P. Martínez Martínez², M.J. Roca Calvo², A. Arroyo Tristán², J. Torres Lanzas², M.D. Balsalobre Salmerón¹, A. García López¹, J.A. García Marcilla¹ y J.L. Vázquez Rojas¹

¹Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena. ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria grave provocada por larvas de *Echinococcus granulosus*, ingeridos accidentalmente en alimentos contaminados. La enfermedad es común en áreas no desarrolladas de la cuenca del Mediterráneo, Medio Oriente, Sudáfrica y América del Sur. El hígado es el órgano más frecuentemente afectado, seguido de los pulmones. Con menor frecuencia afecta al riñón, bazo, serosas, mediastino, músculo y hueso. A nivel óseo la afectación de la columna vertebral es la más frecuente (50%), siendo un cuadro grave, por su crecimiento lento y progresivo. Las complicaciones más frecuentes son la infección y la rotura del quiste, que cuando es hacia serosas produce una hidatidosis secundaria. El diagnóstico de sospecha suele ser el hallazgo de una LOE en un examen radiológico, siendo las pruebas serológicas de sensibilidad variable. El tratamiento es la exérésis quirúrgica y el abendazol pre o post-operatorio para evitar las recurrencias. Presentamos un caso clínico de localización muy poco frecuente.

Caso clínico: Varón de 31 años de nacionalidad marroquí, residente en España desde hace 2 años. Acude a la puerta de Urgencias de nuestro Hospital por presentar dificultad progresiva para la marcha de unos 3 meses de evolución y masa vertebral a nivel D6-D7. La analítica está dentro de los límites de la normalidad y en la radiografía de tórax se observa un aumento de opacidad en el hemitorax derecho. Es paciente es derivado al Servicio de Neurocirugía que completa el estudio. Se realiza RM dorsolumbar, hallando lesiones quísticas en mediastino posterior derecho que invaden el canal vertebral a la altura D6-D7, con importante compromiso medular a dicho nivel, produciendo osteolisis de costillas derechas, pedículos D6-D7 y lámina D6. Existiendo gran quiste en contigüidad localizado en musculatura paravertebral derecha. También se realiza TC toraco-abdominal observando lesión quística de 10,5 × 7,5 cm con finos tabiques y calcificación grosera de su pared, que rompe la cortical de 6^a y 7^a costilla y de las vertebrales dorsales ocupando el canal medular, resto de parénquima pulmonar, mediastino y abdomen

sin alteraciones. Se realiza punción percutánea del quiste paravertebral siendo compatible con hidatidosis. Ante los hallazgos, el paciente es intervenido de forma conjunta por el Servicio de Neurocirugía y Cirugía Torácica. Realizando toracotomía posterolateral derecha, sección de arcos costales posteriores de 5^a, 6^a y 7^a costilla y acceso a cavidad pleural, liberación de quiste hidatídico de adherencias pleuropulmonares y espacio paravertebral, resección en bloque de pared costal y descompresión de médula espinal. Reconstrucción con prótesis de Gore-Tex. El paciente evolucionó satisfactoriamente del cierre de la herida quirúrgica, pero con escasa mejoría de su clínica neurológica. En el control postoperatorio se evidenció en RM malacia del cordón medular sin compromiso de espacio. Medicina Infectiosa instauró tratamiento con abendazol.

Discusión: La hidatidosis torácica es rara y sus síntomas son inespecíficos, siendo su forma de presentación de etiología compresiva. La RM es el gold standard en el diagnóstico de la hidatidosis vertebral. La exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección, pero rara vez se consigue la extirpación por completo, siendo la tasa de recurrencia alta.

P-175. OSTEOSARCOMA ANAPLÁSICO RADIOINDUCIDO TRAS CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA

V. Gumbau Puchol, E. García del Olmo, N. Martínez Hernández, S. Figueroa Almánzar, J. Martínez Baños, A. Arnau Obrer y R. Guijarro Jorge

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: La radioterapia adyuvante juega un papel esencial en la prevención de las recidivas locorregionales del cáncer de mama y su eficacia ha sido ampliamente demostrada en estudios aleatorizados. Los sarcomas radioinducidos son una complicación excepcional, con un periodo de latencia variable y de pronóstico sombrío. Presentamos el caso de una paciente con un sarcoma parietal radioinducido tras cirugía conservadora de mama.

Caso clínico: Paciente de 43 años intervenida de carcinoma ductal infiltrante de mama con QT y RT adyuvantes que presenta, seis años después, dolor en hemitórax derecho a nivel posterior mal controlado con analgesia. En la TC torácica se aprecia tumoración quística heterogénea de 90 × 64 mm localizada en musculatura intercostal anterior derecha, con rotura de la cortical del tercer arco costal. Se realiza PAAF que informa de sarcoma pleomórfico. El estudio de extensión es negativo. Se procede a intervención quirúrgica con exéresis en bloque de la pared torácica, con posterior reconstrucción de la pared costal con malla de PTFE y colgajo de dorsal ancho. La paciente es dada de alta a los 13 días. El estudio anatomo-patológico informa de osteosarcoma anaplásico con áreas telangiectásicas.

Discusión: La radioterapia puede inducir cáncer después de un periodo de latencia de muchos años. El riesgo individual es bajo, con una incidencia estimada del 0,09-0,11%. El primer caso descrito en la literatura de osteosarcoma tras radioterapia en un cáncer de mama fue una lesión parietal descrita por Beck en 1922. Para que un sarcoma sea considerado radioinducido debe cumplir los criterios de Cahan's: (a) prueba radiológica o histología que demuestre que no existía tumor previo en el área ósea afecta, (b) desarrollo del sarcoma en la zona irradiada, (c) intervalo prolongado entre la irradiación y el desarrollo del sarcoma, (d) diagnóstico histológico de sarcoma. Dentro de los osteosarcomas los subtipos osteoblástico, condroblástico y fibroblástico suponen el 80% de casos, representando el osteosarcoma anaplásico el 7% del total y la variante telangiectásica tan sólo un 2% de los casos. Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, con dolor sordo en la zona de la lesión que se intensifica a medida que la tumoración aumenta de tamaño. El diagnóstico es tardío en muchos casos, lo que reduce las posibilidades terapéuticas. La PAAF es una prueba no concluyente en muchos de estos tumores ya que puede ser filiada como benigna debido a los cambios posradioterapia de los tejidos afectos. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección de los sarcomas con márgenes de resección amplios. Cuando la cirugía falla, la supervivencia es corta (27,7% a los 5 años) debido a la falta de tratamiento adyuvante efectivo (curativo o paliativo). El papel de la quimioterapia y la irradiación no está bien establecido. Recientemente, el tratamiento con Mesilato de Imatinib se ha descrito para pacientes con sarcomas que presentan expresión del marcador KIT.

P-176. SARCOMA FUSOCELULAR DE MAMA Y FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO PULMONAR DESPUÉS DE RADIOTERAPIA POR CARCINOMA MAMARIO

M.I. Navarro García¹, F.J. Espinosa López¹, M.J. Fernández Carrión², P. Martínez Martínez², M.J. Roca Calvo², A. Arroyo Tristán², J. Torres Lanzas², E. Romera Barba¹, M.D. Balsalobre Salmerón¹, J.A. García Marcilla¹ y J.L. Vázquez Rojas¹

¹Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena. ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Los sarcomas son tumores poco frecuentes. Dentro de su etiología los radioinducidos presentan una baja incidencia (3%). Siendo los más frecuentes secundarios a tratamientos con radioterapia de neoplasias de mama, próstata, cuello uterino y linfomas. En 1948 Cahan estableció los criterios diagnósticos para esta entidad: tratamiento con radioterapia previo, periodo de latencia mínimo de 4-5 años, aparición del sarcoma en área irradiada y existencia de una histología diferente entre el sarcoma y la neoplasia primaria que requirió radioterapia. Hoy día no podemos distinguir morfológicamente los sarcomas radioinducidos de los tumores espontáneos de una determinada zona. Hay datos a favor para la génesis con dosis administradas por encima de 45-60 Gy. En el caso del cáncer de mama, el aumento del uso de la radioterapia (cirugía conservadora) y la mayor supervivencia tras su diagnóstico ha aumentado el interés por el desarrollo de tumores secundarios. Presentamos un caso clínico poco frecuente, donde la paciente 13 años después de recibir radioterapia por cáncer de mama presenta 2 neoplasias radioinducidas en la zona irradiada.

Caso clínico: Mujer de 50 años en cuyos antecedentes destaca que fue intervenida en el año 1999 por carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda (pT1N0Mo) realizando cirugía conservadora y recibiendo posteriormente adyuvancia con quimioterapia (6 ciclos) y radioterapia locorregional. En seguimiento desde entonces por Oncología sin evidencia de enfermedad. En el año 2009 es diagnosticada de sospecha de recidiva tumoral, tras el estudio de nueva tumoración a nivel de la mama izquierda. Es intervenida realizándose mastectomía radical modificada y reconstrucción inmediata con colgajo miocutáneo de dorsal ancho. La anatomía patológica informa de sarcoma pleomórfico fusocelular de alto grado, recibiendo quimioterapia posterior con adriamicina (4 ciclos). Durante su seguimiento por Oncología, a los dos años, se observa en TC toraco-abdominal de control, lesión en lóbulo superior izquierdo a mediastino de 30 × 21 mm con escaso infiltrado intersticial adyacente y pequeña imagen nodular subpleural de 2,5 mm en segmento anterior de LSI. Tras ser valorada por Cirugía Torácica se decide quimioterapia neoadyuvante. Tras finalizar el tratamiento, la paciente es reevaluada de nuevo realizando angioTC y PET-TC, donde se observa ausencia de respuesta al tratamiento, con crecimiento de la lesión con probable extensión a arteria pulmonar, cayado aórtico y arteria subclavia. Ante los hallazgos la paciente es intervenida, mediante toracotomía posterior izquierda, hallando gran tumoración en lóbulo superior izquierdo que infiltra arteria pulmonar a nivel de ventana aortopulmonar, realizando neumonectomía izquierda intrapericardica. La anatomía patológica informa de fibrohistiocitoma maligno pulmonar. La evolución fue satisfactoria siendo dada de alta a domicilio.

Discusión: Cuando la radioterapia y quimioterapia se utilizan como tratamientos adyuvantes de la cirugía, la posibilidad de aparición de un sarcoma dentro del campo irradiado debe ser considerada. La radioterapia en el cáncer de mama puede tener efectos adversos agudos, como edema, eritema o descamación, y complicaciones tardías, como tumores secundarios. La exéresis quirúrgica cuando es posible, es el tratamiento de elección, aunque tienen mal pronóstico. No está demostrado que la radioterapia y quimioterapia adyuvante tengan efectos significativos en la supervivencia.

P-177. TUMORES DE PARTES BLANDAS: FIBROMIXOSARCOMA DE PARED TORÁCICA

M. Garay Solà

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción y objetivos: Los tumores de pared torácica es una entidad infrecuente entre las que se incluyen lesiones óseas y de partes blandas, pudiendo ser éstas primarias o secundarias, sin olvidar los tumores de estructuras adyacentes al tórax (pulmón, mama) que puedan compro-

meter la pared torácica. La distinción entre tumores benignos y malignos es difícil clínicamente y radiológicamente, a menos que exista destrucción cortical y/o invasión de tejidos blandos. Se presenta el caso de una tumoración de partes blandas de pared torácica con recidivas locales múltiples requiriendo asimismo actuación multidisciplinaria entre Cirugía Torácica, Cirugía Plástica y Cirugía General.

Caso clínico: Paciente mujer de 78 años diagnosticada en 2006 de tumoración a nivel de músculo dorsal ancho derecho intervenida el mismo año con resección completa en bloque. El resultado anatopatológico fue de sarcoma fusocelular grado II-III/III costal derecho de 9 × 5 × 6 cm con afectación de márgenes, realizándose posterior radioterapia. Siguió controles periódicos sin evidencia de recidiva local los cuatro años posteriores a la intervención. En agosto de 2010 consulta nuevamente por aparición de nueva tumoración a nivel de pared costal derecha. En la resonancia magnética se objetiva una masa de 5 × 7 × 3 cm en el interior del músculo dorsal ancho juntamente con una segunda tumoración en zona caudal de cicatriz cutánea anterior. Se decide actuación conjunta de Cirugía Torácica con Cirugía Plástica realizándose toracotomía posterolateral derecha con exéresis en bloque de la tumoración junto con fracturas costales X-XI-XII, reconstrucción posterior y reinserción diafragmática. Se practicó cobertura del tercio superior del defecto con colgajo dorsal ancho izquierdo tunelizado basado en perforantes lumbares y cobertura del resto con colgajo dermograso de transposición-rotación basado en perforantes lumbo-glúteas. El estudio anatopatológico confirmó la presencia de un sarcoma fusocelular de grado intermedio/alto con estroma mixoide compatible con fibromiosarcoma. En 2012 presenta una segunda recidiva, con aparición de nódulo en región costolateral y con afectación de musculatura paravertebral (en contacto con apófisis transversa derecha de L2 sin signos de invasión de la misma ni progresión del tumor en el canal raquídeo) en el límite inferior de la cirugía previa. Se realizó nueva exéresis en bloque, colocación de malla y cubrimiento con colgajo anterior. El último estudio anatopatológico practicado muestra recidiva de fibromiosarcoma de grado intermedio con márgenes de resección libres de neoplasia.

Discusión: Los sarcomas de tejidos blandos de la pared torácica representan aproximadamente el 45% de los tumores malignos primarios de la pared del tórax, y aproximadamente el 6% de los sarcomas globales de partes blandas. Se originan a partir de las células mesenquimales localizadas en el tejido conectivo y se presentan típicamente como tumores palpables o visibles, indoloros o mediante síndromes compresivos de órganos vitales o estructuras nerviosas si su localización es profunda. La conducta clínica de estos tumores está caracterizada por una tendencia a invadir extensamente tejidos blandos circundantes, por lo que son tumores localmente agresivos cuyo único tratamiento curativo es la resección quirúrgica en bloque con márgenes libres más una terapia coadyuvante (quimioterapia más radioterapia) en la mayoría de los casos. La principal causa de muerte es la recidiva local cuya aparición varía según el subtipo histológico y el grado de diferenciación tumoral.

P-178. HERNIA DIAFRAGMÁTICA COMPLICADA CON FECONEUMOTÓRAX. ANÁLISIS DE 2 CASOS

R. Gianchandani Moorjani, J. Casimiro, J. Marchena, D. Armas, Y. Sosa, A. Acosta, L. Piñero, C. Roque, M. Sánchez-Lauro y J.A. Ramírez

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Las hernias diafragmáticas, pueden ser congénitas o secundarias a un traumatismo o intervención previa a nivel del diafragma. Suelen ser poco sintomáticas, pero en ocasiones pueden desarrollar complicaciones potencialmente graves tras su perforación en el tórax: insuficiencia respiratoria, empiema pleural de origen fecal y/o neumotórax a tensión. Presentamos dos casos de pacientes con hernia diafragmática complicada con un feconeumotórax.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 29 años, sin antecedentes de interés, que debutó con dolor abdominal difuso, vómitos y cese de expulsión de gases y heces. Posteriormente presentó disnea brusca. En las pruebas complementarias se objetivó un neumotórax izquierdo, con el colon incarcerado en el tórax con signos de perforación. Caso 2: varón de 64 años, con antecedente de esofagectomía transhiatal por carcinoma epidermoide de esófago hacia 4 meses, que acudió a urgencias por dolor abdominal difuso, junto con disnea. En el TC se objetivó hernia diafragmática a través del hiato, que contenía colon transverso con signos de complicación, jun-

to con neumotórax izquierdo. Ambos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, en el primer caso se realizó hemicolectomía izquierda con anastomosis termino-terminal y reparación de la hernia. En el segundo caso se realizó colectomía subtotal, junto con ileostomía y cierre orificio del hiato. Los pacientes evolucionaron favorablemente en el postoperatorio.

Conclusiones: Las hernias diafragmáticas pueden presentar complicaciones potencialmente graves secundarias a la víscera incarcerada, provocando en algunos casos feconeumotórax. Este cuadro se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del neumotórax espontáneo atípico.

P-179. AMILOIDOSIS PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Domínguez Serrano, E. Fernández Martín, L. Milla Collado, I. Cal Vázquez, O. Cano Valderrama, L. Rodríguez Gómez, J.R. Jarabo, J. Galatayud Gastardi, A.M. Gómez Martínez, F. Hernando Tranco y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La amiloidosis pulmonar es una de las variantes de amiloidosis localizada menos frecuente. Al igual que el resto de estas formas de presentación, suele ser un hallazgo casual y posee un mejor pronóstico que la amiloidosis sistémica.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 72 años con EPOC como único antecedente personal de interés que es remitido a consultas de Cirugía Torácica por hallazgo casual de nódulo pulmonar en LII objetivado en radiografía de tórax realizada a raíz de cuadro catarral. No presentaba otra sintomatología. Se realiza posteriormente TAC, donde se describe el nódulo, de 1,7-1,9 cm de diámetro mayor, con calcificaciones centrales en su interior, sugerentes de granuloma o hamartoma, y algún borde espiculado que no descarta malignidad. Se realiza PAAF, que no es diagnóstica. Además se completa estudio con broncoscopia, que es negativa y con marcadores tumorales, también negativos. Con estos hallazgos se decide intervención quirúrgica, y se realizan pruebas de función respiratoria así como estudio preanestésico completo, que no contraindican la cirugía. Se accede a cavidad torácica mediante toracoscopia izquierda y se realiza segmentectomía atípica con máquina de segmento 8 de LII, donde se encontraba el nódulo, de consistencia dura. Se envía pieza a AP intraoperatoria, sin encontrarse malignidad. La evolución postoperatoria es satisfactoria y el paciente es dado de alta a las 36 horas de la intervención. La anatomía patológica definitiva informa de tumor amiloide pulmonar, con masas de material amorfo eosinófilico, con áreas de calcificación, rodeadas de un componente inflamatorio linfo-plasmocitario con presencia de células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño. Estas masas muestran birrefringencia positiva (verde manzana) con luz polarizada, y tinción marcada para rojo congo.

Discusión: La amiloidosis pulmonar es una entidad rara, que suele presentarse como un hallazgo casual. Pese a compartir características anatopatológicas con los depósitos de la enfermedad sistémica, su pronóstico es más favorable. El tratamiento quirúrgico, con resección del nódulo suele ser suficiente para tratar estos pacientes.

P-180. NEUMOTÓRAX YATRÓGENO POR MALPOSICIÓN DE SNG. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M. Gil Santos¹, A. García Marín¹, F.J. Orts Micó¹, I. Ortega Vázquez², R. Rumenova Smilevska¹, E. Soliveres Soliveres¹, S. Pérez Bru¹, M. Ruiz-Piquer Lecroisey¹, M. Mingorance Alberola¹ y S. García García¹

¹Hospital San Juan, Alicante. ²Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid.

Introducción: El objetivo es la presentación de dos casos de neumotórax por malposición de SNG. Descripción de dos casos clínicos y revisión de la literatura.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 72 años con antecedentes de Alzheimer evolucionado, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria que ingresó por bronconeumonía aspirativa con insuficiencia respiratoria global y desconexión del medio. Se instauró tratamiento con oxigenoterapia, antibióterapia empírica y broncodilatadores nebulizados, decidiéndose la colocación de una SNG para soporte nutricional. Su colocación no fue difícil, comprobándose su ubicación mediante insuflación de aire y auscultación en epigastrio. La paciente no presentó ningún síntoma respiratorio durante el procedimiento. En el control ra-

diológico posterior, se apreció neumotórax secundario a la intubación selectiva del bronquio principal derecho con la SNG, que se resolvió satisfactoriamente tras la retirada de la SNG y la colocación de un drenaje torácico, lográndose una adecuada expansión pulmonar. Caso 2: mujer de 79 años con antecedentes de fibrilación auricular y Alzheimer avanzando es remitida a Urgencias por disnea y síndrome febril siendo diagnosticada de infección respiratoria pautándosele tratamiento médico domiciliario con antibioterapia y colocación de SNG para soporte nutricional. Al día siguiente es remitida de nuevo por aumento de su disnea y empeoramiento del estado general. A la exploración la paciente se encuentra taquipneica y saturación de oxígeno a 88%. Se realizó TAC torácico sin contraste que informa de importante hidroneumotórax izquierdo. Se coloco tubo de drenaje torácico con salida de 1.5 litros de nutrición enteral y se instauró tratamiento antibiótico, BIPAP, y fluidoterapia; a pesar de tales medidas la paciente evolucionó desfavorablemente falleciendo.



Discusión: La colocación de una sonda nasogástrica (SNG) es un procedimiento habitual en la práctica clínica; aunque su técnica de colocación es relativamente sencilla, no está exenta de complicaciones graves. Estas son más frecuentes en pacientes con enfermedades neurológicas o bajo nivel de conciencia, en los que el reflejo laringeo se encuentra alterado. En estos casos, se recomendaría su colocación ayudada mediante laringoscopia. Su correcta colocación se debería confirmar mediante datos clínicos (ausencia de sintomatología respiratoria, insuflación de aire y auscultación simultánea en región gástrica, aspiración de fluidos gástricos) y una radiografía simple, sobre todo, en pacientes intubados o con bajo nivel de conciencia y siempre antes del inicio de la nutrición enteral.

P-181. HERNIA DE MORGAGNI INCARCERADA

P. Álvarez de Sierra, M. Burneo Esteve, J.M. Monturiol Jalón, F.R. Atahualpa Arenas, M.A. Salamanca Steiner, F.J. Turégano Fuentes y J.L. García Sabrido

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Revisión del abordaje terapéutico de la hernia diafragmática a propósito de un caso de hernia de Morgagni incarcerada.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 55 años con antecedentes de trasplante renal, obesidad mórbida y asma extrínseca que ingresó de urgencia por un cuadro de vómitos, diarrea, deshidratación e hipotensión. La situación hemodinámica no mejoró con la infusión de volumen por lo que ingresa en UCI para soporte intensivo, con diagnóstico de gastroenteritis aguda grave. La paciente presentó deterioro de la función renal, insuficiencia respiratoria y dolor abdominal por lo que se realizó un TAC en el que se aprecia una hernia diafragmática anterior con colon transverso en su interior sin signos indirectos de sufrimiento intestinal y con dilatación de asas de intestino delgado. Ante los datos radiológicos y el empeoramiento clínico, se indicó cirugía urgente. El abordaje fue por laparotomía media con hallazgo de una hernia con anillo de 6 cm contenido el ángulo hepático del colon y transverso junto con el epíplón mayor en un saco intratorácico de gran tamaño, sin signos de sufrimiento intestinal y asociando dilatación intestinal proximal al colon derecho. Se redujo manualmente la hernia, se extirpó el saco y se realizó un cierre primario del defecto con puntos sueltos de sutura no absorbible.

Discusión: Las hernias de Morgagni son infrecuentes (2-5% de las hernias diafragmáticas) y asintomáticas en su mayoría, producidas por un defecto congénito de la fusión del septum transverso del diafragma con los

arcos costales. En adultos el diagnóstico suele ser un hallazgo radiológico en un estudio por otro motivo. La evolución crónica de la hernia diafragmática en esta paciente con los antecedentes descritos explica las dimensiones del saco encontrado. La obstrucción intestinal o la estrangulación son las presentaciones clínicas más graves, y el tratamiento es quirúrgico. El abordaje puede ser transabdominal, transtorácico o laparoscópico. La laparotomía ofreció el acceso más seguro en este caso debido a la dilatación intestinal asociada, se desestimó la laparoscopia por el compromiso respiratorio de la paciente y por la esperable dilatación intestinal que no hubiera permitido una maniobrabilidad adecuada. La laparoscopia puede ser el abordaje de elección en cirugía electiva. En casos de incarceración herniaria debido a la dificultad de reducción, consideramos más seguro el abordaje por laparotomía. La extirpación del saco herniario y la reparación con malla son opciones válidas pero no hay suficiente evidencia en la literatura para recomendarlas sistemáticamente. La evolución de la paciente ha sido favorable, se trató una neumonía por broncoaspiración durante la intubación, por lo que se prolongó su ingreso a 15 días.