
COLOPROCTOLOGÍA

COMUNICACIONES ORALES

O-009. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL COSTE DE LA SIGMOIDECTOMÍA ABIERTA LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER

R.M. Fresnedo Pérez, M.H. Padín Álvarez, P. Lora Cumplido, V. Ramos Pérez, R. Rodríguez García, C.J. Álvarez Laso, G.A. Carreño Villarreal, A.C. Carrocera Cabal, P. Díaz Solís, I. Rodríguez García y R. Álvarez Obregón

Hospital de Cabueñes, Gijón.

Objetivos: Analizar el coste de la sigmoidectomía laparoscópica por cáncer frente al de la sigmoidectomía abierta, con el fin de establecer si existen diferencias significativas entre ambos en nuestro hospital.

Material y métodos: Se realizó un estudio sobre 193 pacientes intervenidos por cáncer de sigma en nuestro servicio desde enero de 2005 hasta diciembre de 2009, divididos en dos grupos según el abordaje quirúrgico: intervenidos por laparoscopia (A) e intervenidos por laparotomía (B), con 95 pacientes en el primer grupo y 98 en el segundo, siendo ambos grupos homogéneos en cuanto a edad, sexo, antecedentes quirúrgicos, riesgo quirúrgico (ASA) y estadio. Los antecedentes médicos también se distribuyeron de forma similar en ambos grupos, excepto la obesidad mórbida, que presentó mayor frecuencia en el grupo A, con significación estadística ($p = 0,008$). Se estudiaron asimismo las complicaciones médicas y quirúrgicas, así como la mortalidad postquirúrgica, sin hallar diferencias significativas en ambos grupos. Se recogió el coste de cada intervención teniendo en cuenta el material quirúrgico utilizado, incluyendo el uso de la torre de laparoscopia; así como el coste del tiempo de quirófano y de personal sanitario. Por otra parte, se registró el coste de la estancia de los pacientes, incluyendo el tiempo que precisaron en Reanimación. Los datos fueron proporcionados por la Gerencia del Hospital, procedentes de los registros de Enfermería y del Servicio de Suministros, siendo independientes del Servicio de Cirugía General, que realiza el estudio. El análisis se llevó a cabo mediante el programa SPSS. Las diferencias entre ambos grupos se estudiaron mediante la prueba de chi-cuadrado para variables cualitativas y t-Student para cuantitativas.

Resultados: En el análisis final, el coste medio por paciente en el grupo A fue de 4.890 euros, frente a 4.553 euros en el grupo B, lo que no supone diferencias estadísticamente significativas. A pesar del mayor coste del material quirúrgico, y de un exceso de tiempo de quirófano que en nuestro hospital es de 20 minutos, el proceso de sigmoidectomía laparoscópica no resulta significativamente más costoso ya que se compensa con una estancia mediana significativamente menor (10 días frente a 12,50) y

con un tiempo menor en Reanimación, abaratando, por tanto, los costes del postoperatorio.

Conclusiones: Aunque el estudio es limitado, dada la amplia variación entre el material requerido por cada paciente y el preferido por cada cirujano, los resultados se acercan bastante a la realidad de nuestro hospital y nos aportan una base sobre la que seguir trabajando. Partiendo de que ambas técnicas son equiparables en resultados, la laparoscopia se perfila no sólo como una técnica menos invasiva para el paciente con cáncer de sigma, sino que además es competitiva en cuanto a costes, lo que debe ser tenido en cuenta en el momento actual.

O-010. EVALUACIÓN DE LA QT NEOADYUVANTE COMO TRATAMIENTO INICIAL EN EL CÁNCER COLORRECTAL EN ESTADIO IV. ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

P. Riverola Aso, M. Beltrán Martos, L. Ligorred Padilla, A. Martínez Germán, J.A. Monzón Abad, A. Pons Bosque, P. Ibáñez Mirallas, M.V. Duque Mallén, I. Talal El Abur, M. del Campo Lavilla y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El 20% de pacientes con CCR son estadio IV al diagnóstico. En ausencia de síntomas como sangrado, oclusión o perforación, la resección del tumor primario tiene un beneficio incierto. Se pretende evaluar la frecuencia de intervenciones paliativas necesarias en estos pacientes que reciben como tratamiento inicial QT neoadyuvante sin cirugía profiláctica.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, donde evaluamos los pacientes diagnosticados de CCR estadio IV desde enero de 2006 a diciembre de 2010. Analizamos la edad, el sexo, localización del tumor primario y de las metástasis. También resecabilidad o irresecabilidad del tumor primario tras tratamiento neoadyuvante y si necesitaron durante el mismo la realización de un procedimiento invasivo de urgencia.

Resultados: El número total fue de 151. 62,2% varones con una edad media de 57,7. La localización más frecuente del tumor primario fue sigma con un 45,03%. Las metástasis fueron en el 41,74% hepáticas y en el 38,41% hepáticas con pulmonares. En cuanto a la resecabilidad, en el 65,5% el tumor primario no fue resecable, el 17,2% fueron resecables tras tratamiento neoadyuvante y 17,2% precisó de un procedimiento invasivo de urgencia durante el tratamiento neoadyuvante. De este 17,2% (26 casos) que precisaron de la realización de un procedimiento invasivo de Urgencias, en 16 consistió en la colocación de un stent y en los otros 10 en la realización de una cirugía urgente de entrada.

Conclusiones: Muchos de los pacientes en estadio IV que reciben nuevas líneas de tratamiento neoadyuvante con QT nunca necesitarán cirugía paliativa del tumor primario. Se pretende demostrar que la utilización de QT en estos pacientes es el tratamiento habitual a seguir siempre que no presenten complicación del tumor primario.

O-011. ¿ES EL CALCULADOR DE PREDICCIÓN NSQIP (NATIONAL SURGERY QUALITY IMPROVEMENT PROGRAM) APLICABLE A PACIENTES EUROPEOS-ESPAÑOLES?

C. Zerpa, T. Golda, R. Frago Montanuy, M. Millán Scheiding, E. Kreisler Moreno, D. Fraccalvieri, L. Trenti, B. Miguel, E. Jaurieta Mas y S. Biondo

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La decisión de tratamiento quirúrgico y el consentimiento informado deben tomar en cuenta la patología de base del paciente como elementos importantes de una correcta predicción sobre el riesgo postoperatorio. El predictor de riesgo postquirúrgico en cirugía colorrectal (NSQIP) fue creado por la sociedad americana de cirugía para proveer tanto al paciente como al cirujano, una información detallada sobre la morbilidad general, así como complicaciones severas y la mortalidad postoperatoria en cirugía colorrectal. El objetivo de este estudio fue la aplicación de este predictor en una unidad de cirugía colorrectal española.

Material y métodos: Se incluyeron en este estudio todos los pacientes con tumores malignos de colon y recto, intervenidos de forma electiva en el Hospital Universitario de Bellvitge entre mayo y diciembre de 2011. Las cirugías se realizaron por o bajo supervisión directa de un cirujano colorrectal experto. Los datos analizados incluyen, entre otros, problemas médicos asociados como se definen en NSQIP, la clasificación de ASA, la

técnica quirúrgica, la morbilidad, definida según el NSQIP y la mortalidad postoperatoria. Se entiende como complicaciones severas: infarto de miocardio, ictus, insuficiencia renal aguda, intubación prolongada, necesidad de transfusión, sepsis, tromboembolismo pulmonar, infección profunda de herida quirúrgica o evisceración. Para comparar las medias entre predicción de evento y no evento se usó la prueba estadística U de Mann Whitney.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes consecutivos en este estudio. Se calculó el riesgo postoperatorio individualmente durante la visita preoperatoria, así como la mortalidad y el riesgo de complicaciones en generales y graves. Tras la intervención quirúrgica programada, se analizaron las tres variables descritas (mortalidad, complicaciones generales y complicaciones graves). La morbilidad postoperatoria en general incluyó 24 pacientes 36,4% (IC95% 24,9%; 49,1%) con una morbilidad severa en 22 pacientes 33,3% (IC95% 22,2%; 46,0%). Tres pacientes fueron exitos postoperatorio 4,5% (IC95% 0,9%; 12,7%). La mortalidad prevista por la calculadora fue 9% (DE 7,55) para los pacientes que fueron exitos postoperatorio y 1,7% (DE 1,7) para los pacientes que no murieron en el postoperatorio ($p = 0,0018$). La complicación severa predicha por la calculadora fue de 14,3% (DE 7,4) para los pacientes que se complicaron severamente en el postoperatorio y 10 (DE 2,8) para los pacientes que no ($p < 0,0001$). La complicación en general predicha por la calculadora fue 26,5% (DE 9,7) para los pacientes que se complicaron en el postoperatorio y 20,9% (DE 4,6) para los pacientes que no ($p < 0,0001$). No fue posible realizar una curva de ROC como análisis estadístico debido a la baja n del estudio.

Conclusiones: Comparando la predicción de la calculadora NSQIP con los eventos obtenidos en los pacientes, se observa una concordancia estadísticamente significativa entre ambos. El predictor de riesgo postoperatorio NSQIP es una guía útil para predecir las complicaciones postoperatorias en la cirugía colorrectal aplicable a pacientes españoles.

O-012. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA POSTANASTOMOSIS ILEOCÓLICA: INCIDENCIA Y MANEJO

C. Zerpa, T. Golda, E. Kreisler Moreno, L. Trenti, D. Fraccalvieri, M. Millán Scheiding, R. Frago Montanuy, E. Jaurieta Mas y S. Biondo

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Se han descrito diversas técnicas para confeccionar una anastomosis ileocólica. Se pueden realizar mediante sutura manual o mecánica, existiendo riesgo de hemorragia de la línea de sutura en ambas técnicas. Analizamos la incidencia de complicaciones hemorrágicas comparando la anastomosis término-lateral mecánica circular (G1) con la sutura latero-lateral mecánica (G2) y la sutura latero-lateral manual (G3).

Material y métodos: En este estudio observacional retrospectivo, se incluyen aquellos pacientes a los que se les realizó una anastomosis ileocólica para reconstrucción del tránsito intestinal en el período comprendido entre 2006-2011; analizándoles según la técnica de sutura utilizada (G1, G2 y G3). Las variables que se analizan incluyen comorbilidades, complicaciones postoperatorias enfocados en la hemorragia digestiva baja (HDB), y la necesidad de tratamiento invasivo (colonoscopia o arteriografía) vs conservador (transfusión de concentrados de hemáties) para la resolución del cuadro clínico.

Resultados: El estudio incluye 369 pacientes; 192 (52,0%) en el G1, 132 (35,8%) en el G2 y 45 (12,2%) en el G3. Fue necesaria la transfusión de concentrados de hemáties a un 22,8% de los pacientes del G1, vs un 8% en el G2 y 10% en G3. En total se observó un 4,9% (18 pacientes) de HDB, ocurriendo todos los casos en el G1, además en 5 pacientes (2,7%) se observó HDB grave. Se realizó colonoscopia + esclerosis en los 5 casos de HDB severa, siendo efectiva sólo en 1 caso; en los restantes 4 casos, se recurrió a la arteriografía, observándose extravasación de contraste en 2 de ellos, que se embolizaron. No se reportaron complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la anastomosis ileocólica mecánica circular, está más frecuentemente relacionada con la HDB como complicación del procedimiento que otras técnicas anastomóticas. A pesar de que esta complicación es poco frecuente, y de que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento conservador, en los pacientes con inestabilidad hemodinámica es necesario recurrir a un tratamiento invasivo como la esclerosis por colonoscopia o la embolización guiada por arteriografía.

O-013. RESULTADOS DE LA SIGMOIDECTOMÍA TRANSVAGINAL HÍBRIDA CON ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA

F. Alba Mesa¹, J.M. Romero Fernández¹, A. Amaia Cortijo¹, E. Fernández Ortega¹, A. Komorowski² y M.A. Sánchez Hurtado³

¹Consortio Sanitario Público del Aljarafe, Bormujos. ²Hospital Virgen del Camino, Pamplona. ³Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres.

Objetivos: Nuestro objetivo ha sido evaluar los resultados de nuestra serie de sigmoidectomías por adenocarcinoma realizadas por vía laparoscópica-transvaginal (MANOS, Minilaparoscopy Assisted Natural Orifice Surgery) con anastomosis intracorpórea. La vagina ha sido considerada como una vía apta para la realización de técnicas NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) así como para la extracción de piezas quirúrgicas. Nuestro equipo modificó la técnica laparoscópica para la realización de la sigmoidectomía a través de un abordaje combinado laparoscópico-transvaginal con realización de anastomosis intracorpórea.

Material y métodos: Desde enero de 2009 hasta diciembre de 2011 hemos realizado un total de 21 sigmoidectomías transvaginales híbridas. El criterio de inclusión fue mujeres multiparas en periodo no fértil. Los criterios de exclusión: infección ginecológica activa, neoplasia con diámetro superior a los 5 cm, infiltración de órganos pélvicos, inestabilidad de suelo pélvico, antecedentes de endometriosis o cirugía pélvica. La técnica se realizó a través de un trocar supraumbilical de 10 mm para la óptica, dos trocáres de 5 mm en región paraumbilical línea medioclavicular, fosa ilíaca derecha y un cuarto trocar de 12 mm transvaginal en fondo de saco posterior. La sección del pedículo vascular se realizó a través del puerto vaginal, la sección distal y proximal de la pieza se realizó por vía transvaginal. La anastomosis se realizó con grapadora-cortadora circular introduciendo el yunque por vaginal y realizándose el cierre del muñón proximal sobre el yunque por vía laparoscópica. La pieza se extrajo a través de vagina protegida por endobag.

Resultados: En ningún caso se realizó conversión a cirugía abierta, no se registró ningún efecto adverso que requiriese transfusión, la pérdida hemática media fue de 70,5 cc (50-160 cc). No se registraron lesiones ureterales, perforación de asa intestinal ni perforación de la neoplasia. Se aisló una media de 14,5 adenopatías de la pieza quirúrgica (rango 13-18). En todas las piezas quirúrgicas se estableció unos márgenes distales y proximales superiores a 5 cm (mediana 6 cm). No se han detectado recidivas locales ni metástasis a distancia en el periodo de seguimiento. El 85,71% de los pacientes toleraron dieta líquida en las primeras 24 horas sin suspensión de la tolerancia posterior. La estancia media fue de 6 días (4-12 días). En las primeras 24 horas se registró una media de VAS (Visual Analogue Scale) de 1,8 (analgesia 3 g de paracetamol diarios más 75 mg de dexketoprofeno) que descendió a 1,2 en las siguientes 24 horas. Se registraron dos casos de flujo seroso por vagina en las primeras 72 horas, y tres casos de infección del tracto urinario.

Conclusiones: Las cirugías híbridas aportan la ventaja de la disminución de las morbilidades asociadas a las incisiones de asistencia laparoscópicas, necesarias cuando se extraen piezas quirúrgicas o cuando se realizan anastomosis extrabdominales. La vía vaginal es factible aunque limitada por su dependencia del sexo. Son necesarias series más extensas aleatorizadas que demuestren las virtudes de estas técnicas híbridas.

O-014. CÁNCER DE COLON. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EVALUACIÓN DE LA SUPERVIVENCIA: DESDE LA EVOLUCIÓN EN LA ESTADIFICACIÓN (ÚLTIMAS EDICIONES TNM) A LOS NUEVOS MÉTODOS PREDICTIVOS (PARTE I)

M. Gómez García, F.J. Blanco González, D. Álvarez Martínez, S. Mariner Belvis, J. Lorenzo Pérez, M. Enguix Soriano, C. Redondo Cano, D. Iborra Cebriá, J.V. García Díez y B. Ballester Sapiña

Hospital Universitario de La Ribera, Alzira.

Introducción: El cáncer colorrectal es un problema de salud de primer orden a nivel mundial, con una incidencia anual estimada en España de 22.000 casos nuevos/año, siendo la segunda neoplasia en cuanto a mortalidad diferencial por sexos tras pulmón y mama. En las últimas décadas, los esfuerzos por la detección precoz y las mejoras terapéuticas han sido constantes y, la profundización en el conocimiento de los factores de riesgo y pronósticos ha condicionado una progresión en la estadificación

con la pretensión de ofrecer un óptimo manejo diagnóstico-terapéutico, acorde a la agresividad y grado de evolución de la enfermedad. Sin embargo, pese a los innumerables esfuerzos por implementar la caracterización/clasificación, las sucesivas ediciones de TNM/AJCC, no han logrado resultados uniformes en cuanto a supervivencia ajustada por estadios, y la siguiente cuestión surgida es si no sería beneficioso incluir/modificar variables o asociar otras herramientas que aportaran información adicional del riesgo/potencial metastásico. Alentados por los indicios que han dejado patentes autores como O'Connell en su revisión de registro poblacional, en el que encontró disparidad en la distribución de la supervivencia ajustada a estadios (fundamentalmente en lo referente al II vs III), con la pretensión de aportar más luz a esta cuestión pendiente de una interpretación unánime, en parte en lo que respecta a la influencia (sesgo?) de la quimioterapia, se ha trasladado el análisis de eventos (OS, CSS, DFS) a nuestra población a través de las últimas ediciones propuestas por el "American Joint Committee of Cancer".

Material y métodos: Se recogieron los datos epidemiológicos, quirúrgicos y oncológicos de los pacientes intervenidos por cáncer de colon en nuestro centro entre 2005-2007 con objeto de evaluar supervivencia en 5 años de seguimiento por estadios (5ª/6ª ediciones TNM/AJCC).

Resultados: Se documentaron 146 resecciones segmentarias; 120 por adenocarcinoma siendo el grado en un 44,9% G1, 47,5% G2, 7,6% G3. La edad media fue 68,06 (41-88) y el seguimiento 45,08 meses (0,01-82). La distribución por sexos: 44,1% mujeres, 55,9% hombres. La localización: 44,1% c. derecho, 4,2% c. transversal, 12,7% c. izquierdo, 35,6% c. sigmoide, 3,4% unión rectosigmoidea. Recibieron quimioterapia postoperatoria un 55,9% y se constató recaída o progresión de enfermedad en un 38,1%. La supervivencia fue: 95,5%/86,7%/69,2%/50% (estadios 1/2/3/4 5ª Edición) y 95,5%/87,5%/80%/100%/78,9%/43,8%/50% (estadios 1/2A/2B/3A/3B/3C/4 6ª Edición). Los resultados disponibles, especialmente los concernientes a los estratos con menor número muestral, obligan a una interpretación cautelosa pero apuntan diferencias en supervivencia global (OS) y libre de enfermedad (DFS) influidas por un presumiblemente existente "Stage migration phenomenon" condicionado por un insuficiente análisis ganglionar, con una tasa del 55,9% de examen de ganglios < 12.

Conclusiones: Aun asumiendo las limitaciones condicionadas por la subdivisión muestral en estadios, la inferencia negativa resultante en su potencia estadística y la necesidad de aumentar el tamaño poblacional para poder asumir una validez óptima, la insuficiente concordancia, distribución lineal y homogeneidad intra-grupo constatada (6ª vs 5ª edición) se adhiere a datos ya disponibles en la literatura y apoya, por ende, la necesidad de alternativas en la estratificación, estimación del riesgo y predicción de recurrencia de enfermedad. Esta inquietud nos ha inducido a evaluar/comparar la capacidad predictiva y utilidad adicional de los normogramas y el análisis ganglionar según la razón de positividad o "Lymph Node Ratio" (Parte II/III).

O-015. ANÁLISIS DE LOS CRITERIOS QUE INFLUYEN EN EL TIPO DE CIRUGÍA A REALIZAR EN EL CÁNCER COLORRECTAL SINCRÓNICO ASÍ COMO EN EL POSTERIOR DESARROLLO DE TUMORES METACRÓNICOS

C. Alegre Torrado, J. Perea García, E. Álvaro Cifuentes, I. Osorio Silla, J. Trapero Díaz, M. García Nebreda, J. García Borda y M. Lomas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) ha presentado un aumento de su prevalencia en los últimos años. El cáncer colorrectal primario múltiple es la presencia de 2 o más neoplasias primarias en un mismo individuo, que pueden producirse de forma simultánea en forma de cáncer colorrectal sincrónico (CCRS) y/o consecutivo o cáncer colorrectal metacrónico (CCRM). La incidencia de CCRS es del 1,1-7%, mientras que del CCRM de hasta el 10%. Desde el punto de vista quirúrgico, sólo en aquellos casos en los que está descrito el patrón hereditario (poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Lynch) se indica la realización de cirugía ampliada (colectomía total o panproctocolectomía) para prevenir la aparición de CCRM. Sin embargo, no hay nada establecido en el manejo quirúrgico de casos de CCRM sin factores hereditarios.

Material y métodos: Se recogieron 50 pacientes diagnosticados de CCRS consecutivamente en 2005. Se analizaron las características anatómicas y familiares así como los criterios que se emplearon de manera empírica para decidir entre una resección segmentaria o una colectomía subtotal. Además se han analizado las características que se pueden asociar al desarrollo de un CCRM posterior.

Resultados: En los pacientes diagnosticados de CCRS, se realizó una colectomía subtotal frente a una resección segmentaria en: los más jóvenes al diagnóstico (68,9 años vs 71,7 años de edad media al diagnóstico); el 100% de los pacientes con cirugía extensa presentaron la localización del CCR en todo el colon, mientras que sólo la presentaron en el 33% de los pacientes con resección segmentaria ($p = 0,001$); el tumor de mayor estadificación fue en colon derecho (62,5%) y mayor número de pólipos asociados (100% los presentaban), y con un número medio mayor de pólipos de (6,7). Además presentaron mayor porcentaje de tumores mucinosos (25%). En cuanto a aquellos pacientes con CCRS que tras una cirugía segmentaria desarrollaron un CCRM, fueron preferentemente los más jóvenes al diagnóstico (menos de 65 años), con el tumor de mayor estadificación localizado en recto (100%) ($p < 0,05$), con una alta predisposición a presentar pólipos (100% con un número medio de pólipos de 9,2), más frecuentemente hiperplásicos o mixtos (todos con $p < 0,05$), y mayor porcentaje de tumores productores de mucina (22% vs 9,1% para aquellos que no desarrollaron CCRM) no resultando esto último significativo. Apuntar que los antecedentes familiares no presentaron ninguna influencia para ambos análisis, tanto en la decisión de cirugía ampliada, como en el riesgo de desarrollo de CCRM.

Conclusiones: Parece existir una tendencia a la realización de colectomía subtotal en pacientes con CCRS con tumores distribuidos por todo el colon y con una alta predisposición a asociar pólipos. En aquellos casos de CCRS en que el tumor de mayor estadificación esté en recto, jóvenes, y con mayor predisposición a pólipos se debería realizar un seguimiento endoscópico más estrecho y duradero, a pesar de no asociarse a ningún síndrome de CCR hereditario conocido, por el riesgo de CCRM, mientras no se identifiquen marcadores moleculares propios en este grupo de CCRS. Proyecto financiado mediante una Ayuda a la Investigación de la Fundación Mutua Madrileña.

O-016. CÁNCERES DEL ÁNGULO ESPLÉNICO DEL COLON. INFLUENCIA DEL TIPO DE RESECCIÓN SOBRE LA SUPERVIVENCIA

M. Díaz Tobarra, J. Martín Arevalo, S. García Botello, D. Moro Valdezate, V. Pla Martí y A. Espí Macías

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Objetivos: Determinar los resultados de supervivencia global de los cánceres del ángulo esplénico del colon en función de la técnica quirúrgica utilizada en su tratamiento.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio de la supervivencia global de pacientes intervenidos por cáncer de ángulo esplénico del colon entre enero 1995 y diciembre 2011 a los que se les realizó una resección oncológica radical. Se ha definido como cánceres de ángulo esplénico aquellos situados entre el tercio distal del colon transverso y el tercio proximal del colon descendente. Las variables que se estudiaron fueron las características histopatológicas de los tumores, su forma de presentación, las técnicas quirúrgicas utilizadas y la supervivencia global. Se ha realizado una estadística descriptiva junto con un análisis de supervivencia basado en las curvas de Kaplan-Meier y en el modelo de regresión de Cox. El análisis de supervivencia se ha realizado excluyendo los casos de mortalidad postoperatoria precoz (30 días postoperatorios) y los de mortalidad atribuible a causas ajenas a la progresión de la enfermedad neoplásica.

Resultados: Durante el periodo del estudio fueron intervenidos 158 pacientes con cáncer de ángulo esplénico del colon. En 11 casos se realizó una descompresión intestinal mediante la colocación de una prótesis transtumoral previa a la cirugía electiva. La edad media de los pacientes fue de $67,36 \pm 13,25$ años, con mayor afectación del sexo masculino (88 hombres/70 mujeres). La distribución por estadios fue: estadio I 8,9%, estadio II 46,8%, estadio III 32,9% y estadio IV 11,4%. Las técnicas quirúrgicas realizadas fueron: colectomía derecha ampliada (CDA) en 56 casos (35,4%); colectomía izquierda (CI) en 59 casos (37,3%) y resección segmentaria del ángulo esplénico del colon (RSAE) en 43 casos (27,2%). No hubo diferencias significativas entre estos tres grupos por lo que respecta a sus características demográficas, la estadificación patológica y la necesidad de realización de ostomías. Tampoco el tipo de cirugía realizada (urgente: 58 casos o electiva: 100 casos) mostró diferencias en la supervivencia global a 5 años ($p = 0,62$). La supervivencia media global fue mejor para los pacientes con CI ($58,08 \pm 1,08$ meses), seguidos por la CDA ($53,56 \pm 2,13$ meses) y peor para la RSAE ($50,36 \pm 3,28$ meses) ($p = 0,017$). La técnica quirúrgica resultó factor pronóstico para el tiempo de supervivencia

global según la regresión de Cox ($p = 0,013$). Al comparar las técnicas entre sí, no hubo diferencias entre CI y CDA ($p = 0,272$). Un nuevo grupo constituido con las CI y CDA se comparó finalmente con la RSAE, apreciándose que existían diferencias significativas en la supervivencia global ($p = 0,018$), y además eran pronósticas del tiempo de supervivencia ($p = 0,024$).

Conclusiones: Según nuestros resultados, el tratamiento del cáncer del ángulo esplénico del colon debería consistir en una CDA o CI, mientras que la resección segmentaria debería reservarse para casos seleccionados con una expectativa de vida limitada por la comorbilidad del paciente. La preferencia de nuestro grupo es realizar la CI ya que es la que ha conseguido mejores resultados.

O-017. PROTEÍNA C REACTIVA Y PROCALCITONINA PARA DIAGNOSTICAR LA FÍSTULA CÓLICA

N. Lagoutte, O. Facy, A. Ravoire, C. Chalumeau, L. Jonval, P. Rat y P. Ortega Deballon

Service de Chirurgie Digestive et Cancérologique, CHU Dijon, Francia.

Introducción: La fístula post-operatoria es la complicación más temida después de una cirugía colorrectal. Sus consecuencias dependen de la rapidez del diagnóstico. La proteína C reactiva (PCR) ya demostró su utilidad en la detección precoz, mientras la procalcitonina utilizada en unidades de reanimación, fue poco estudiada en ese contexto.

Material y métodos: De mayo 2010 hasta octubre 2011, un estudio prospectivo, incluyendo 100 pacientes operados de cirugía colorrectal programada. La PCR y la PCT, fueron medidas hasta el cuarto día postoperatorio. Todas las infecciones postoperatorias se consideraron como fístula aunque no todas tuvieron consecuencias clínicas. Las cinéticas fueron analizadas, y la AUC (Area Under Curve) ROC fueron comparadas.

Resultados: La incidencia de la fístula es de 13%, y la mortalidad global de 2%, la PCR y la PCT son significativamente más elevadas cada día en los pacientes con fístulas. La mejor capacidad predictiva es la de la PCR en el cuarto día (AUC ROC: 0,869 vs 0,75).

Conclusiones: La PCT no parece ser más precoz ni más discriminante que la PCR para detectar fístulas después de la cirugía colorrectal programada.

O-215. ANÁLISIS COMPARATIVO DEL FENOTIPO METILADOR ENTRE DIFERENTES GRUPOS DE CÁNCER COLORRECTAL EN FUNCIÓN DE LA EDAD DE INICIO

I. Osorio, J. Perea García, D. Rueda, A. Canal, Y. Rodríguez, A. Pérez Zapata, E. Álvaro, C. Alegre, J. Traperro, J. García Borda y M. Urioste

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El cáncer colorectal (CCR) es un grupo heterogéneo de enfermedades causadas por un sustrato genético/epigenético diferenciado. Se conocen tres grandes vías de carcinogénesis, y la del fenotipo metilador (FM) es la más recientemente identificada, caracterizándose por la metilación de islas CpG promotoras de genes supresoras de tumores. Nuestro objetivo es describir las características anatomoclínicas y familiares que sigue la vía del FM en dos grupos diferentes de aparición del CCR, y consecutivamente identificar posibles rasgos diferenciales entre ambos grupos: población joven y anciana.

Material y métodos: Se estudiaron patrones de metilación de promotores de los genes siguientes: CACNA1G, CDKN2A, CRABP1, IGF2, MLH1, NEUROG1, RUNX3 y SOCS1. Menos de dos genes metilados son FM cero, entre 2 y 5 son consideradas FM bajo, y con más de 5, FM alto. Se comparan desde el punto de vista estadístico los tres grupos en cada categoría de edad, tanto las características anatomoclínicas como familiares; y se comparan entre ambos grupos de edad. Se muestran las diferencias estadísticamente significativas.

Resultados: Dentro del grupo de CCR en jóvenes, 20% presentan FM alto, el 29% FM bajo y el 51% FM cero. Las principales características de los casos con FM alto fueron: la localización del tumor, con un mayor predominio por el colon proximal (67%), mayor porcentaje de tumores con bajo grado de diferenciación (29%), y productores de mucina (57%), así como mayor frecuencia de pólipos de tipo mixto durante el seguimiento (83%). Dentro del grupo de CRC en ancianos, 24% presentan FM alto, el 26% FM bajo y el 50% FM cero. Las principales características, con significación estadística, de los casos con FM alto fueron: mayor porcentaje de mujeres

(67%), mayor predominio del recto (50%) y colon proximal (33%), más casos de inestabilidad de microsatélites (33%), con ausencia de expresión de MLH1 (56%) y una mayor frecuencia de mutaciones del gen BRAF (28%). Comparamos los casos de FM alto en población joven frente a anciana; la primera muestra un mayor porcentaje de tumores mucinosos (57%), mayor frecuencia de pólipos hiperplásicos (83% vs 29%), así como un importante componente familiar. Los casos de FM bajo en población joven presentan mayor predominio por el colon izquierdo (54% vs 16%), menor proporción que en los ancianos de neoplasias primarias múltiples en el mismo individuo; y un mayor componente familiar. Finalmente, en los casos de FM cero, los jóvenes presentan características diferenciales: menor predominio por colon derecho (9% vs 40%), se diagnostican más pronto y asocian un alto componente familiar.

Conclusiones: El CCR con FM alto en jóvenes muestra diferencias clínico-patológicas y familiares, en comparación con la población anciana. El CCR en ancianos presenta mayor frecuencia de hipermetilación del promotor de MLH1 y mutaciones en BRAF, englobando los CCR esporádicos con IMS. Mientras, algunas de las características de CCR en jóvenes se solapan con las del síndrome de Lynch. Ello sugiere que existe una base molecular diferente para cada grupo de edad en el desarrollo del CCR, a pesar de seguir la vía del fenotipo metilador.

O-216. UTILIDAD PRONÓSTICA DE LA DETERMINACIÓN SÉRICA E HISTOLÓGICA DE MICRORNA-21 EN ENFERMOS CON CÁNCER COLORRECTAL

P. Menéndez Sánchez¹, D. Padilla Valverde², P. Villarejo Campos², J.M. Menéndez Rubio³, J.A. Rodríguez Montes⁴, T. Palomino Muñoz², P. Nieto Sandoval², T. Cubo Cintas², A. García Carranza¹, S. Méndez Rubio⁵, R. Peláez Cabrera¹ y E. Cazenave Jiménez¹

¹Hospital Gutiérrez Ortega, Valdepeñas. ²Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁵Asociación Española Contra el Cáncer.

Objetivos: Existe un gran número de investigaciones centradas en la identificación de métodos no invasivos de detección del cáncer, tales como análisis de sangre o análisis de ADN en heces. Los microARNs son pequeñas secuencias no codificantes de ARN de 18-22 nucleótidos, que participan en la regulación de la expresión génica a nivel post-transcripcional. Los microARNs están involucrados en la regulación de ARN, la expresión génica, y el desarrollo y progresión tumoral, habiéndose determinado altas concentraciones de microARNs en sangre periférica. Hallazgos que han conducido a la investigación de estos RNAs no codificantes en diferentes fluidos corporales (plasma, suero, orina, lágrimas y la saliva).

Material y métodos: Estudio prospectivo de casos y controles que incluyó 102 casos de cáncer colorrectal y 64 casos de apendicitis aguda, como patología cólica benigna. Se determinó la expresión de microRNA-21 y microRNA-16 (housekeeping) en el suero mediante PCR, así como la expresión de microRNA-21 en las piezas quirúrgicas mediante hibridación in situ.

Resultados: El análisis inferencial de los datos, tras la normalización de los valores de los microRNAs, se observó una relación no lineal entre la edad y los niveles de expresión miR-21, así como unos niveles de expresión mayores en colon que en recto ($1,38 \pm 0,68$ vs $1,16 \pm 0,50$, $p = 0,08$). En el análisis multivariante, se identificaron como factores pronósticos independientes de mortalidad la edad, el estadio tumoral, los niveles de CEA y la expresión miR-21, mientras que se determinaron como factores pronósticos independientes de progresión de la enfermedad el estadio tumoral, el CEA y la expresión miR-21.

Conclusiones: Las determinaciones de microRNAs en sangre y tejido tienen una significación pronóstica independiente en pacientes con cáncer colorrectal, lo que les confiere la potencialidad de factor pronóstico en la práctica clínica.

O-217. RESPUESTA ANGIOGÉNICA A LA CIRUGÍA DE PACIENTES TRAS RESECCIÓN DE CÁNCER DE COLON Y SU CORRELACIÓN CON EL RESULTADO ONCOLÓGICO A LARGO PLAZO

M. Pascual Damieta, S. Alonso Gonçalves, M.J. Gil Egea, R. Courtier Bonafont, L. Grande Posa y M. Pera Román

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: La angiogénesis, formación de nuevos vasos sanguíneos a partir de otros preexistentes, es imprescindible para el crecimiento tumo-

ral y el desarrollo de metástasis. Uno de los factores proangiogénicos más potentes conocidos es el factor de crecimiento de endotelio vascular (VEGF). Varios estudios han demostrado que el grado de expresión de VEGF se asocia con una mayor progresión tumoral y un peor pronóstico. Hasta ahora ningún estudio ha demostrado el valor pronóstico de la concentración de VEGF tras cirugía en pacientes operados de cáncer de colon con intención curativa.

Material y métodos: Se analizaron las concentraciones de VEGF en suero a las 48 horas y al 4º día postoperatorio en 118 pacientes consecutivos operados de neoplasia de colon con intención curativa. Se realizó un análisis bivariado y multivariado del tiempo libre de enfermedad. Se correlacionaron dichos valores con la recurrencia a los 5 años.

Resultados: El análisis multivariado demostró que el VEGF en el 4º día postoperatorio es un factor pronóstico independiente de recurrencia de forma que, por cada 100 pg/ml más, aumenta el riesgo de recurrencia en un 19,3%. (HR: 1,19, $p = 0,02$). Se demostró que pacientes con valores de VEGF en el 4º día por encima de 370 pg/ml presentaban un riesgo de recurrencia cinco veces mayor que aquellos con niveles por debajo de esta cifra, (HR: 5,057, $p = 0,004$).

Conclusiones: Un nivel elevado de VEGF en suero en el postoperatorio inmediato es un factor pronóstico independiente de recurrencia tras resección con intención curativa en pacientes con cáncer de colon. Estos hallazgos pueden ser importantes a la hora de decidir tratamiento adyuvante en estadios iniciales.

O-218. IDENTIFICACIÓN DE BIOMARCADORES ASOCIADOS AL PROCESO METASTÁSICO EN CÁNCER COLORRECTAL

N. Macías Hernández¹, M. González González², A. Hernández Pérez¹, L.M. González Fernández¹, J.A. Alcázar Montero¹, F. Gutiérrez Conde¹, L. Gutiérrez², M. Fuentes², A. Orfao², J.M. Sayagués² y J. García García¹

¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca. ²Universidad de Salamanca, Salamanca.

Introducción y objetivos: La mayoría de las muertes en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) esporádico son causadas por la diseminación metastásica del tumor primario. Diferentes estudios genéticos sugieren que el potencial metastásico radica en el propio tumor primario. De hecho, estudios recientes han identificado alteraciones genéticas asociadas con la progresión de la enfermedad. Dichas alteraciones conllevan modificaciones a nivel de proteínas que podrían causar la activación del sistema inmune produciendo anticuerpos frente a ellas. El objetivo del presente estudio fue la identificación de anticuerpos frente a proteínas codificadas en las regiones genéticas más frecuentemente alteradas en el CCR esporádico.

Material y métodos: Analizamos un total de 8 pacientes diagnosticados de CCR esporádico (4 tumores no metastásicos -pT3N0M0- vs 4 tumores metastásicos -pT3-4N1-2M1-); en todos los casos determinamos la existencia de anomalías genéticas empleando un panel de 19 sondas mediante técnicas FISH en los tumores primarios. La identificación de anticuerpos se realizó en el plasma de los pacientes mediante un array (Nappa array) compuesto de 34 proteínas humanas antigénicas localizadas en las regiones genéticas alteradas en el CCR.

Resultados: Los tumores metastásicos (versus no metastásicos) mostraron un perfil genético similar a los tumores no metastásicos. No obstante, los tumores metastásicos mostraron una alta frecuencia de anomalías numéricas/estructurales en la región cromosómica 17p11.2. Además, los arrays de proteínas permitieron clasificar a los pacientes en base a los anticuerpos frente a las proteínas codificadas en esta región cromosómica. Es este sentido, se detectaron anticuerpos frente a CAMKK1, GABARAP y PMP22 en los CCR no metastásicos y anticuerpos frente a EIF4A1 en los CCR metastásicos.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la presencia de anomalías numéricas/estructurales en 17p11.2 y de anticuerpos frente a EIF4A1, CAMKK1, GABARAP y PMP22 podrían ser empleados como biomarcadores del proceso metastásico en el CCR. No obstante, estos hallazgos requieren ser validados en series más amplias de pacientes.

O-219. "LIMPH NODE RATIO" EN CÁNCER DE COLON: IMPACTO EN EL ESTADIAJE. RESULTADOS PRELIMINARES (PARTE II)

M.E. Gómez García, F.J. Blanco González, S. Mariner Belvis, J. Lorenzo Pérez, M.J. Enguix Soriano, D. Álvarez Martínez, J.V. García Díez, C. Redondo Cano, D. Iborra Cebriá y B. Ballester Sapiña

Hospital Universitario de La Ribera, Alzira.

Introducción: En las últimas décadas las distintas ediciones propuestas por el "American Joint Committee on Cancer" han modificado, la clasificación de los distintos cánceres atendiendo a su grado de infiltración local, ganglionar y extensión metastásica con la pretensión de perfeccionar la estratificación según el riesgo y sus implicaciones pronósticas. Pero, pese a su incuestionable utilidad, la inevitable conversión de variables continuas en cualitativas con la consiguiente organización en estadios, no ha podido eludir los inconvenientes inherentes que, colateral y paradójicamente han implicado disparejos, es decir, no lineales, pronósticos de supervivencia para estadios crecientes. Esta situación ha fomentado una continua búsqueda y análisis de factores pronósticos y nuevos modelos predictivos de la evolución de la enfermedad en cuanto a recurrencias, progresión, supervivencia... Así, en los últimos años, esta inquietud ha derivado en una nueva propuesta: el "Lymph node ratio". Consistente en calcular la razón de ganglios positivos entre el total, distintos grupos de centros de referencia han constatado su validez y potencia predictiva, incluso superior, por lograr más homogeneidad intra-grupo, que el TNM clásico. El valor del LNR en el estadio III.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos por cáncer de colon en nuestro centro entre los años 2005-2007 para identificar a aquéllos en estadio III TNM/AJCC. Se recopilaron datos demográficos, anatomopatológicos, oncológicos y quirúrgicos. Se consideraron criterios de inclusión todas las resecciones oncológicas independientemente de su abordaje y de que practicaran de forma urgente o electiva. Se analizó la evolución de la enfermedad de los pacientes en estadio III, determinando el impacto en la supervivencia global y específica del grado de penetración tumoral (pT) y ganglios positivos (pN) según las subdivisiones propuestas por la 6ª/7ª Ediciones TNM (pN1/pN2 vs pN1a-b/pN2a-b) así como se calcularon los mismos parámetros tras calcular la razón de positividad ganglionar (LNR = 0-1) y subdividir la población según intervalos. Para ello, se aplicaron los puntos de corte y agrupaciones propuestos por los autores: Wang, Galizia, Greenberg, Rosenverg y Storli. Adicionalmente, se tomó como valor de corte entre subgrupos LNR1 vs LNR2 el valor medio de LNR poblacional (método de estratificación ya empleado por otros autores).

Resultados: De 120 resecciones, se identificaron 44 pacientes con ganglios positivos de los que se excluyeron aquéllos con enfermedad metastásica (estadio IV), obteniendo una subpoblación de estudio de 37 casos en estadio III TNM/AJCC. El análisis de la supervivencia causa-específica reveló diferencias estadísticamente significativas intergrupos en la agrupación de ganglios afectos (pN) tanto 6ª/7ª Ediciones ($p = 0,04$ vs $p = 0,01$) así como LNR (Wang $p = 0,044$; Rosenverg $p = 0,02$; Storli $p = 0,046$; LNR. Ribera $p = 0,04$). Sin embargo, no pudieron constatare diferencias pronósticas entre distintos grados de compromiso de pared (T1 vs T2 vs T3 vs T4).

Conclusiones: Pese al limitado tamaño de la subpoblación de estudio, los datos resultantes apuntan aspectos que estimamos, por su interés e implicaciones, dignos de reflexión y de una evaluación amplia y estadísticamente más potente. Así, la heterogeneidad del estadio III podría requerir de una reevaluación de su estratificación atendiendo, no ya tanto a la afectación tumoral de la pared (pT) sino al empleo concomitante, junto al compromiso ganglionar propiamente dicho (pN), de herramientas adicionales como el LNR, de valor pronóstico aquí demostrado.

O-220. LA CLASIFICACIÓN MOLECULAR DEL CÁNCER COLORRECTAL SUGIERE LA EXISTENCIA DE 2 GRUPOS DIFERENCIADOS DENTRO DEL CÁNCER COLORRECTAL DE APARICIÓN PRECOZ

E. Álvaro, J. Perea, D. Rueda, A. Canal, Y. Rodríguez, C. Algred, M. García, J.C. Trapero, I. Osorio, J. García y M. Lomas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) en jóvenes suele ser marcador de CCR hereditario. Estudios recientes están cambiando esta idea. Nues-

tro objetivo es comparar la clasificación molecular del CCR dentro de dos poblaciones distintas, una joven y otra anciana, con el fin de identificar algún grupo con características particulares del CCR a edad precoz.

Material y métodos: Se analizan 119 pacientes con CCR entre 2002-2008. Cuarenta y cinco a una edad inferior a 46 años, y 74 mayores de 69. Se analiza la inestabilidad de microsatélites (IMS) y el fenotipo metilador (metilación de islas CpG)(CIMP) en ambos, clasificándose en 4 subtipos: IMS con CIMP-alto (A), IMS con CIMP-bajo (B), estabilidad de microsatélites (EMS) con CIMP-alto (C) y EMS con CIMP-bajo (D). Se analizan características familiares y clínico-patológicas de cada subtipo en cada población, y después entre las dos poblaciones. Se muestran las diferencias estadísticamente significativas.

Resultados: En el adulto joven, grupo A, el 100% de los CCR están localizados en colon derecho frente al grupo D (90% colon izquierdo y recto). En la mayoría, los tumores eran mucinosos, excepto en el grupo D (89% no mucinosos). El 100% y el 40% de los CCR del grupo A y B fueron síndrome de Lynch (SL), mientras que no hubo ninguno en el resto. La mayoría de los CCR asociaron pólipos. La historia familiar de CCR presentó distinta proporción en los subtipos. En los grupos A y B el 100% y el 80% de casos respectivamente cumplían criterios de Ámsterdam tipo II; en el C y D, el 57% y el 52% sólo agregación. En el CCR a edad avanzada, grupos A y B el 67% y 100% de los tumores estaban localizados en el colon derecho, mientras que en C y D, el 75% y el 59% estaban en colon izquierdo y recto, respectivamente. La expresión de Mlh1 estaba ausente en el 83% y 50% de los pacientes de A y B. En la comparación interpoblacional, no se encontraron diferencias significativas para los grupos A y B. En el C, el 57% de los CCR a edad precoz fueron derechos comparado con los CCR a edad avanzada (75% recto); el 100% de los pólipos detectados en CCR a edad precoz fueron mixtos frente al 62,5% de adenomatosos en edad adulta; el 43% de los CCR a edad precoz presentaron agregación familiar frente al CCR a edad avanzada (todos esporádicos). Dentro del grupo D, el 52% de los CCR a edad precoz fueron izquierdos frente al 41% de los de edad adulta que fueron derechos; el 46% de los CCR a edad precoz presentaron agregación familiar frente al 83,6% de esporádicos a edad avanzada; el 51,6% y el 32,3% del CCR a edad precoz presentaron historia familiar relacionada y no relacionada con SL, respectivamente, frente al 32,3% y 10% de ancianos.

Conclusiones: Se identifican dos grupos diferenciados de CCR dentro del adulto joven, con EMS en función del subtipo CIMP, mostrando el grupo C características anatomoclínicas concretas y el D esencialmente características familiares.

O-221. CAMBIOS DEL RECUENTO PLAQUETARIO DURANTE LA EVOLUCIÓN NATURAL DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL. ¿UN NUEVO FACTOR DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO?

J. Trébol López¹, T. Georgiev Hristov², H. Guadalajara Labajo², L. Tresierra Carranza², J.A. Carmona Sáez¹, M. García Arranz² y D. García Olmo²

¹Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila. ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: La trombocitosis y los recuentos plaquetarios elevados en pacientes con tumores son fenómenos muy observados pero poco comprendidos y que se han asociado con un peor pronóstico. Además hay estudios que sugieren que las plaquetas podrían participar en el crecimiento y la progresión tumoral. Sin embargo, los trabajos que estudian esta relación entre recuentos plaquetarios y tumores suelen tomar de referencia valores preoperatorios y/o aislados o solo estudian la presencia o ausencia de trombocitosis; no suelen valorar los recuentos individualizados, los cambios evolutivos, su posible relación con los eventos oncológicos y/o los cambios relacionados con el tratamiento del cáncer.

Objetivos: Nos proponemos estudiar la evolución de los recuentos plaquetarios en pacientes con cáncer colorrectal y valorar si existe relación entre sus cambios y los eventos diagnósticos o terapéuticos. Se presenta un análisis preliminar de los datos.

Material y métodos: Seleccionamos de forma retrospectiva 129 pacientes operados de cáncer colorrectal en diferentes estadios y 21 controles (resecciones cólicas por procesos no tumorales sin complicación inflamatoria). En todos ellos evaluamos los recuentos plaquetarios basales y regularmente los posteriores al tratamiento realizado relacionándolos con eventos tumorales (recidivas y metástasis) o terapéuticos (nuevas intervenciones).

Resultados: Distribuimos los pacientes en 5 grupos: aquellos que desarrollan metástasis metacrónicas ($n = 29$), los que las presentan sincrónicamente ($n = 32$), los que desarrollan solo recurrencias locorregionales que se intervienen con intención curativa ($n = 17$), los operados de CCR sin recidivas ($n = 52$) y pacientes con colectomías por patología benigna (grupo control, $n = 21$). En el diagnóstico del evento tumoral primario (106 evaluables), existe un ascenso previo del recuento plaquetario mayor del 25% respecto del basal en los seis meses previos en 45 casos (42,45%). Llama la atención la diferencia existente entre los tres primeros grupos (41/58 evaluables -70,69%- con ascenso) frente al cuarto (4/44 -9,09%-); esta diferencia es estadísticamente significativa para cada uno de esos tres grupos. Dicho ascenso no aparece en ningún caso del grupo control siendo las diferencias también significativas. De todas las metástasis que aparecen en la evolución (49), van precedidas de dicho ascenso 31 (63,27%). De las recurrencias locorregionales que aparecen en la evolución (37), van precedidas de dicho ascenso 25 (67,57%). La relación entre que se produzca dicho ascenso y la aparición de metástasis y recidivas es significativa. La aparición de trombocitosis más allá de los 3 meses del procedimiento quirúrgico está asociada de forma estadísticamente significativa con la aparición de metástasis, recidivas locorregionales y segundas recidivas pero no con la aparición de segundas metástasis. En el grupo de controles llama la atención la estabilidad de los recuentos independientemente de la cirugía y el diagnóstico.

Conclusiones: Según nuestros resultados, existe una tendencia al aumento del recuento plaquetario precediendo a los eventos tumorales evolutivos (especialmente recidivas y metástasis) en pacientes con CCR y la aparición de un ascenso mantenido en la evolución se asocia con la aparición de eventos tumorales. Se necesitan más estudios para valorar la utilidad de este hallazgo y para clarificar la aparente relación bidireccional entre recuentos plaquetarios y cáncer.

O-222. DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN ADENOCARCINOMA DE COLON MEDIANTE TÉCNICA CON RADIOISÓTOPOS Y GAMMACÁMARA PORTÁTIL SENTINELLA 102. ESTUDIO ESPECÍFICO DEL GANGLIO CENTINELA MEDIANTE INMUNOHISTOQUÍMICA Y DETERMINACIÓN DE MRNA DE CITOQUERATINA 19 (CK 19) (MÉTODO OSNA®)

A. Serrano del Moral, P. Artuñedo Pe, A. Castaño, A. Rivera, E. Llorente, L.F.J. Carrión de la Torre, E. Tobaruela, D. Hueriga, M.P. Hernández y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: El tratamiento del adenocarcinoma de colon con intención curativa se basa en la extirpación quirúrgica del tumor y meso regional incluyendo el tejido ganglionar. La indicación del tratamiento quimioterápico adyuvante depende de la estadificación patológica, siendo fundamental la afectación ganglionar para administrar la quimioterapia adyuvante. El estadio clínicopatológico del tumor en el momento del diagnóstico es el factor pronóstico más importante para predecir el intervalo libre de enfermedad y la supervivencia. El análisis ganglionar se realiza en la actualidad con técnica tradicional de hematoxilina eosina. Entre un 10 y un 20% de los pacientes diagnosticados como N0 presentan recidivas a lo largo de su seguimiento. El diagnóstico y estudio del ganglio centinela es un procedimiento habitual en cáncer de mama y melanoma, en los tumores digestivos como el cáncer de colon es un motivo de investigación en la actualidad.

Objetivos: 1. Evaluar la efectividad de la técnica de detección del ganglio centinela empleando radioisótopos y una gammacámara portátil (Sentinella 102). 2. Analizar el ganglio centinela empleando tres técnicas: tinción con hematoxilina eosina, inmunohistoquímica y detección mediante PCR de RNAm tumoral, con el fin de supraestadificar pacientes N0 con técnica tradicional.

Material y métodos: Estudio prospectivo, multidisciplinar de una cohorte de 39 pacientes diagnosticados de cáncer colon intervenidos quirúrgicamente de forma electiva mediante cirugía laparoscópica o abierta. Han sido excluidos los pacientes que rechazaron el consentimiento informado, los que presentan tumores diferentes al adenocarcinoma, tumores apendiculares, y los que habían recibido previamente quimioterapia o radioterapia y cirugías previas de colon. Se administra de forma intraoperatoria el radiofármaco tipo Nanocoloide de albúmina o sulfuro de renio coloidal (tamaño ± 80 nm). Dosis: 3,5 mCi/2 ml. La vía de administración in vivo subserosa peritumoral con una aguja sc o una aguja de punción

lumbar de 22°. La detección del ganglio se realiza mediante gammacámara portátil Sentinella 102, en la pieza reseca ex vivo. Se realiza el estudio del ganglio centinela mediante un protocolo anatomopatológico específico. Se emplea la tinción con hematoxilina eosina, e inmunohistoquímica y en los ganglios que cumplen criterios técnicos suficientes se analiza el RNA mensajero de célula tumoral One Step Acid Nucleic Amplification, OSNA®.

Resultados: La muestra estudiada es de 43 pacientes. La edad media 66,9 (DE 11,56), 50% son hombres y 50% mujeres. La localización de los tumores es en 11 pacientes (36,7%) en el colon dcho., y en 17 (60,7%) colon izdo. La cirugía se ha realizado por laparoscopia en 12 casos (40%). La media de ganglios analizados por paciente es de 19,65 (DE 9,78). La media de ganglios centinelas hallados es de 2,1 (rango 1-6). Fueron enviadas 25 muestras para estudio, siendo detectado el ganglio centinela en 20 (71,41%). El análisis con hematoxilina eosina ha sido realizado como estudio habitual, siendo positivo en 10 pacientes (35,8%) y en los ganglios centinelas se ha realizado el OSNA en 13 pacientes (60%) de los cuales ha sido positivo para metástasis en 5 (38,5%).

Conclusiones: La técnica de detección de ganglio centinela en cáncer de colon con radiofármacos tiene un éxito en la muestra estudiada del 79,4%. La detección del ganglio centinela mediante radiofármacos y gammacámara portátil es un procedimiento novedoso y que permite detectar los ganglios con mayor probabilidad de estar afectados y realizar un estudio patológico más exhaustivo.

O-223. IDENTIFICACIÓN DE DIFERENTES CATEGORÍAS DENTRO DEL CÁNCER COLORRECTAL SINCRÓNICO A PARTIR DE SU PERFIL MOLECULAR

C. Alegre Torrado, J. Perea García, Y. Rodríguez, E. Álvaro, D. Rueda, A. Canal, M. García Nebreda, J. Trapero Díaz, I. Osorio Silla, J. García Borda y M. Lomas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El cáncer colorrectal sincrónico (CCRS) es la presencia de dos o más tumoraciones colónicas simultáneas en un mismo individuo. Habitualmente se observa en formas hereditarias (poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Lynch). Sin embargo, se ha visto un porcentaje importante de pacientes sin patrón hereditario, lo cual haría pensar en la existencia de cierta predisposición individual a desarrollar cáncer colorrectal (CCR).

Material y métodos: Recogidos 50 pacientes consecutivos diagnosticados de CCRS, se realizó el análisis inmunohistoquímico en 38 por medio de una matriz de microtejidos (recogiendo dos CCR distintos para cada individuo) para un total de 12 marcadores moleculares relacionados con la adhesión celular, ciclo celular, etc. A partir de estos resultados, se realiza una agrupación jerárquica no supervisada para valorar los grupos que surgen como consecuencia de la misma. Se analiza si existe alguna variable que permite una clasificación con base molecular diferenciada, observándose en nuestro caso, la variable pólipos asociados y tipo (no pólipos (A), adenomatosos (B), mixtos (C)). Se analizan entre sí los tres grupos, para identificar diferencias anatomoclínicas, familiares y moleculares, señalando cuál de estos grupos presenta mayor coincidencia en su perfil molecular para los tumores dentro del mismo individuo.

Resultados: Cinco casos (10%) para el grupo A, 28 (56%) para el B, y 17 (34%) para el C. La localización del tumor más avanzado fue: 60% en colon derecho para A, igual porcentaje en izquierdo y recto en B (46,4%), y 41% en izquierdo y 47% en recto en C. En el grupo A el 80% presentaron CCR mucinosos. En cuanto al estadio: grupo A, 20% de estadio D, el grupo B, 43% de estadio B, y el grupo C, 47% con estadio A, siendo este último el que más pólipos presentó de media (8 vs 4 en el grupo B). La edad al diagnóstico fue de 76, 71,8 y 68,9 años respectivamente. En cuanto a los antecedentes familiares, el 20% del A son Amsterdam tipo II (3,6% y 17% en B y C). En cuanto a los marcadores moleculares (patrón para los dos tumores del mismo individuo): citoqueratina 20, grupo A, 50% ausente; B, 61% intenso; C, 70% mixto; p27 nuclear, A, 67% ausente; B 33% intenso, 42% mixto; C, 58% intenso; p27 citoplásmica, A igual porcentaje de ausente, intenso y mixto; B, 67% ausente; C, 72,7% mixto; p53, A distribución homogénea; B, 67% ausente; y C, 72,7% mixto. Al analizar la coincidencia del perfil molecular de los dos tumores dentro del mismo individuo, mayor coincidencia en el grupo A (salvo para p16) y menor para el mixto (C).

Conclusiones: Se pueden observar características anatomoclínicas y moleculares claramente diferenciadas entre los individuos con CCRS según se encuentren o no pólipos, adenomatosos o mixtos. Estos tres grupos

podrían conllevar la posibilidad de un manejo también diferente. La existencia de una mayor coincidencia entre los tumores de un mismo individuo en el grupo sin pólipos podría hacer pensar además en la existencia de un único evento sobre una región del colon con una mayor predisposición previa.

O-124. PRIMEROS RESULTADOS DEL USO DE LA PCR COMO CRITERIO DE ALTA PRECOZ DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL

E. Redondo Villahoz¹, P. Royo Dachary², J.M. Ramírez Rodríguez¹, J.A. Gracia Solanas¹, J. García Egea², B. Calvo Catalá¹, E. Borao Muñoz¹, C. Valero Valdivieso², C. Llimiñana Ordas² y M. Martínez Díez¹

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ²Hospital General San Jorge, Huesca.

Objetivos: La posibilidad de sufrir complicaciones graves en el domicilio, tras el alta precoz hospitalaria de los programas de rehabilitación multimodal, constituye una importante preocupación de los cirujanos colorrectales implicados en este tipo de proyectos. Debido a esto, se ha difundido el uso de distintos parámetros predictores de complicaciones postoperatorias, como es el caso de la monitorización postoperatoria de la PCR. El objetivo de nuestro estudio es valorar la sensibilidad y la especificidad del valor de la PCR como predictor de fuga anastomótica para generalizar su empleo como criterio de alta precoz dentro de un programa de rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico desde septiembre 2011 a abril 2012. Fueron incluidos todos los pacientes mayores de edad intervenidos de resección colorrectal electiva en los que se realizó anastomosis. Se determinó el valor de la PCR en los días 2º y, según centro hospitalario, 3º o 4º del postoperatorio. Fue relacionado el ascenso/descenso del valor de la PCR del 3º-4º día postoperatorio con respecto al 2º con la presencia de fuga anastomótica postoperatoria según criterios del CDC (incluye salida de contenido intestinal a través del drenaje abdominal, herida quirúrgica o fistulización a un órgano vecino y/o los hallazgos por reintervención quirúrgica de una peritonitis localizada-colección o generalizada secundaria a una filtración de la anastomosis).

Resultados: Fueron incluidos un total de 100 pacientes intervenidos de resección colorrectal: por patología neoplásica el 91%, diverticular 4%, Enfermedad Inflamatoria Intestinal 2% y vólvulos el 2% restante. La tasa global de fuga anastomótica fue del 10% y mortalidad del 4%. Reingreso hospitalario del 3% en los 30 días posteriores a la cirugía. El ascenso del valor de la PCR entre el 3º-4º día postoperatorio con respecto al 2º se ha relacionado con la existencia de fuga anastomótica postoperatoria con una sensibilidad del 70%, especificidad del 91,11%, valor predictivo positivo del 47,67% y valor predictivo negativo del 96,47%.

Conclusiones: La monitorización de la PCR puede ser empleada como criterio de alta hospitalaria precoz dentro de un programa de rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal complementando al resto de criterios clásicos: dolor postoperatorio controlado exclusivamente con analgesia oral, movilización adecuada, tolerancia oral a nutrición sólida, ventosea, tránsito digestivo normal sin presencia de náuseas ni vómitos, el paciente ventosea y/o ha realizado deposición y aceptación del alta por parte del paciente.

O-125. APLICACIÓN EN CIRUGÍA COLORRECTAL DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL FAST TRACK EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO, RESULTADOS Y COMPLICACIONES

S. López Rodríguez, C. Deiros, N. Farrera Catasús, L.I. Ortiz de Zárate, R. Ribas Montoliu, V. Fernández Trigo, J. Mas Jove, A. Palliser Lloveras, M.C. López Sanclemente, H. Subirana Magdaleno y N. Maiz Nogueroles

Hospital General de L'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: La rehabilitación multimodal o fast-track (FT) es un conjunto de actuaciones peroperatorias encaminadas a acelerar la recuperación de los pacientes sometidos a cirugía, modificando diferentes prácticas respecto a los cuidados perioperatorios tradicionales, y actuando tanto en la preparación preoperatoria, como en el mismo acto quirúrgico y cuidados postoperatorios inmediatos. El objetivo de este estudio es valorar el nivel de cumplimiento en nuestro centro de los diferentes ítems que con-

forman un programa de rehabilitación multimodal en cirugía electiva colorrectal, así como analizar sus resultados, y contrastarlos con los de otros estudios.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo prospectivo en el que se han recogido todos los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal durante el año 2011, tanto de forma electiva como urgente diferida, y que han sido incluidos en el protocolo fast track. Las diferentes directrices de dicho programa cuyo grado de cumplimiento se ha evaluado son: la administración de inmunonutrición preoperatoria, la no preparación mecánica de colon, la ingesta de carbohidratos preoperatorios, los procedimientos en el acto anestésico (FiO₂ 80%, medidas contra la hipotermia, la fluidoterapia restrictiva, analgesia peridural), el manejo de drenajes aspirativos y sonda nasogástrica, y la movilización temprana del paciente. Se han contrastado estos resultados con los obtenidos en diferentes estudios, así como la valoración de los resultados tanto en el tiempo de recuperación funcional del paciente como en la aparición de complicaciones.

Resultados: Se incluyeron en el protocolo fast track un total de 87 pacientes, con una media de edad de 70 años (63,2% hombres y 36,8% mujeres). El 60,9% se intervino por cirugía abierta, el 23% por laparoscopia, y el 14% por laparoscopia con reconversión a laparotomía. La mayor parte de intervenciones fueron sigmoidectomía (35,6%) y hemicolectomía derecha (27,6%). El cumplimiento global del protocolo fast-track fue de un 74,6%. El tiempo medio de recuperación funcional fue de 11,09 días, lo cual es mayor de lo esperado, pero si se descartan aquellos pacientes que habían presentado complicaciones significativas, el tiempo se reduce a 6,8 días. Entre las complicaciones relacionadas directamente con la cirugía encontramos el íleo postoperatorio prolongado (11,5%), las fugas anastomóticas (5,7%) y la infección de la herida quirúrgica (4,6%). Un 19,5% presentaron otros tipos de complicaciones médicas y/o sépticas. El 6,9% requirió reingreso hospitalario, y el 10,3% requirió reintervención.

Conclusiones: Estos resultados son comparables con los obtenidos en otros estudios, con buen cumplimiento de los diferentes pilares que componen un protocolo de rehabilitación multimodal y sin apreciarse complicaciones añadidas. La recuperación funcional del paciente se reduce a unos 6,8 días cuando se descartan los pacientes que presentan complicaciones significativas. Así pues, la determinación de aquellos factores que conllevan la aparición de dichas complicaciones podría ser útil a la hora de establecer criterios de inclusión en un protocolo fast track, o aplicar un protocolo individualizado para cada paciente.

O-126. TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN UN SEGUIMIENTO DE 11 AÑOS

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

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan la neoplasia mesenquimal más frecuente del tracto digestivo. Nuestro objetivo es analizar nuestra serie de casos, valorando características clínicas, anatomopatológicas y el empleo de imatinib.

Material y métodos: Se incluyeron los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de GIST desde agosto de 1999 hasta octubre de 2011 en nuestro centro, mediante revisión de historias clínicas y el seguimiento en consulta posterior (en la actualidad se mantiene un registro prospectivo).

Resultados: Se han diagnosticado 40 casos de GIST abdominal entre 1999 y 2011 (11 años). La edad media fue 65 años, 45% eran mujeres. Según el riesgo anestésico ASA (American Society of Anesthesia) el 57,5% fueron ASA I-II, el 42,5% ASA III-IV. La localización del tumor primario fue gástrica 40%, intestino delgado 37,5%, duodenal 7,5%, recto 10%, y otras localizaciones 5% (1 caso colon, 1 caso peritoneo). Dos pacientes presentaron metástasis al momento del diagnóstico. Entre los sintomáticos las presentaciones más comunes: dolor abdominal (35%), hemorragia digestiva alta (30%) y la presencia de masa palpable (50%), abdominal o en canal anal. El 25% fueron un hallazgo incidental. El tamaño medio fue 6,7 cm, presentando más del 50% patrón de células fusiformes. Según el diagnóstico anatomopatológico el 42,5% se clasificaron como GIST de alto riesgo (17 pacientes) conforme al consenso establecido. En tres pacientes se encontraron neurofibromas asociados (1 paciente con diagnóstico previo de

enfermedad de Von Recklinghausen). Se intervinieron el 95% de los pacientes, de los cuales 12 recibieron imatinib (400 mg/día): 7 pacientes tras la cirugía, 5 pacientes como neoadyuvancia. Un paciente sólo recibió tratamiento oncológico por enfermedad metastásica avanzada al diagnóstico. La tasa de recidiva fue 17,5%. Fueron 6 los casos de recidiva tras la intervención, todos con diagnóstico anatomopatológico de alto grado, cinco eran sintomáticos y ninguno había recibido tratamiento oncológico previo. Todas las recidivas se trataron con imatinib postoperatorio, salvo un paciente que se desestimó por edad avanzada. La mortalidad global 40% (10 pacientes). La mortalidad en el postoperatorio inmediato fue del 40%, la atribuida a enfermedad GIST avanzada del 30%, no se dio mortalidad en pacientes con imatinib perioperatorio. Supervivencia del 60% al año de seguimiento.

Discusión: Los tumores GIST ocurren en pacientes adultos. La mayoría debutan con clínica inespecífica (dolor abdominal, hemorragia digestiva o una masa palpable), sólo un pequeño porcentaje son incidentales (25%). Las localizaciones más habituales son la gástrica (40%) e intestino delgado. El tratamiento del tumor primario es la resección completa con márgenes microscópicos libres. Tras la cirugía se dieron un 15% de recidivas. Cinco pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante, observándose una respuesta parcial en los GIST rectales. La supervivencia mejora con imatinib, siempre teniendo en cuenta para valorar el pronóstico la inmunogenética del tumor y el tamaño (tumores mayores de 10 cm empeoran el pronóstico y se asocian con mayor tasa de recidiva). Se ha observado mayor mortalidad en los GIST de alto riesgo.

O-127. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL. DIFICULTADES Y RESULTADOS PRELIMINARES

F. Gutiérrez Conde, A. Hernández Pérez, D.N. Macías Hernández, J.A. Alcázar, L.M. González Fernández, J. García García y L. Muñoz Bellvis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: La rehabilitación multimodal ha supuesto un nuevo enfoque en el tratamiento del paciente sometido a cirugía colorrectal. A pesar de los beneficios evidentes, los programas no terminan de generalizarse en la práctica diaria. Desde finales del año 2008 se ha implantado un programa de rehabilitación multimodal en el Servicio de Cirugía General.

Objetivos: Evaluar los resultados del programa de rehabilitación multimodal en cirugía colo-rectal implantado en el Servicio de Cirugía. Analizar las dificultades encontradas para su implementación.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de 95 enfermos en el cual se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes a los que se les realizó una resección de colon o recto aplicando un programa de rehabilitación multimodal entre los años 2008-2011. El programa está compuesto de 16 variables (5 preoperatorias, 8 intraoperatorias y 3 postoperatorias). Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años, operados por patología colo-rectal benigna o maligna subsidiaria de resección, con riesgo anestésico ASA (American Society of Anesthesiologists) entre I-III y que hubieran cumplido al menos 10 de las 16 intervenciones que forman el programa de rehabilitación multimodal. Criterios de exclusión: pacientes con cirugía urgente, cirugía paliativa no resectiva o que no cumplieran, al menos, 10 intervenciones del programa. Los pacientes fueron dados de alta cuando cumplían los siguientes criterios: buen control analgésico, ingesta adecuada de sólidos y líquidos, recuperación del tránsito intestinal, micción espontánea y nivel de actividad física básico o elemental. Se hizo un seguimiento de 30 días a efectos de cálculo de estancia, morbilidad, mortalidad, reintervenciones y reingresos. Se analizó el cumplimiento del programa y se identificaron los factores que pueden dificultar su implementación.

Resultados: Se han evaluado los datos de 95 pacientes (61 hombres y 34 mujeres) de edad media 69 años, con un índice de masa corporal medio de 27. Se realizaron 55 resecciones de colon y 40 de recto, en 84 pacientes por patología neoplásica y en 11 benigna. La estancia media fue de 4,8 días (rango 2-24 d), significativamente mayor en cirugía rectal. Hemos tenido una tasa de morbilidad del 27% (19 complicaciones quirúrgicas y 7 médicas) y una tasa de mortalidad del 2,1%. Se han reintervenido 4 enfermos (4,2%) y reingresaron 7 pacientes (7,3%). El grado de cumplimiento medio de las intervenciones del programa pre, intra y postoperatorias ha

sido de 83, 85 y 81% respectivamente. Hemos detectado fundamentalmente los siguientes factores que dificultan la implementación del programa: factores organizativos-profesionales y factores socio-económicos.

Conclusiones: Nuestros resultados de estancia, morbi-mortalidad, reingresos y reintervenciones demuestran que este tipo de cuidado perioperatorio es bueno para nuestros pacientes. Las principales dificultades para implementar este tipo de programas derivan de factores organizativos-profesionales y socio-económicos, siendo en nuestra opinión el más importante el esfuerzo que supone el cambio de mentalidad de los cirujanos respecto a principios quirúrgicos transmitidos durante generaciones.

O-128. UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA PREOPERATORIA EN LA DETERMINACIÓN DEL NÚMERO DE LESIONES ESTENOSANTES Y GRADO DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA/FIBROSIS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN YEYUNO-ILEAL

S. Pous Serrano, M. Frasson, G. Sánchez Jordá, S. Barber Millet, L. García-Mayor, M. Llavador Ros, R. Palasí Giménez, I. Puchades Román, A. Boscà Robledo, P. Nos Mateu y E. García-Granero

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

Objetivos: La resonancia magnética (RM) es en la actualidad una de las técnicas de elección para la valoración de la enfermedad de Crohn. Se ha demostrado su buena correlación con las lesiones mucosas endoscópicas pero no se ha validado su relación con la exploración quirúrgica y el estudio anatómo-patológico. El objetivo de este estudio es valorar la exactitud de la RM y su correlación con los hallazgos quirúrgicos y el grado de lesión histológica transmural.

Material y métodos: Estudio prospectivo durante un año incluyendo todos los pacientes que cumplían criterios diagnósticos clásicos de enfermedad de Crohn con afectación de intestino delgado, evaluados preoperatoriamente por RM que precisaban cirugía. La RM fue realizada en el mes previo a la cirugía. Variables analizadas en la RM: grosor de pared, diámetro de la luz, intensidad de señal en vacío, tipo de realce (estratificado u homogéneo) tras gadolinio iv, score MaRIA, estudios de perfusión con obtención de curvas de captación relativa de contraste, líquido libre, masa-flemon, abscesos, fistulas, adenopatías, hipervascularización, proliferación fibrograsa y dilatación pre-estenótica. Variables quirúrgicas: exploración de todo el intestino delgado, búsqueda de lesiones estenosantes intraluminales mediante esferas de calibración de 2, 2,25 y 2,5 mm. Se categorizó el grado anatómo-patológico de inflamación (grados 1, 2, 3) y de fibrosis (grados 0, 1, 2). Se aplicó la clasificación realizada en un algoritmo de manejo de la enfermedad de Crohn según resultados de la RM, descrito por Leyendecker Jr. para cada uno de los apartados del estudio (clínico, radiológico, quirúrgico, histopatológico) y para cada lesión. Análisis de correlación de Pearson.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 22 pacientes (14 hombres y 8 mujeres) con una edad media de 36,9 años. La exactitud de la RM para detección de lesiones estenosantes fue del 72,7% (16/22) con 3 falsos positivos (3/22) y 3 falsos negativos (3/22). La exploración con esferas de calibración se realizó en 15 casos mostrando 5 lesiones desapercibidas durante la exploración quirúrgica macroscópica del intestino delgado. Todas ellas tenían un alto grado de fibrosis histológico y solo una había sido detectada en la RM. Para la comparación de los resultados entre RM y estudio anatómo-patológico se han considerado 14 pacientes con lesión única con el objetivo de asegurar que el segmento intestinal analizado es el mismo. Existe una elevada correlación entre la clasificación de Leyendecker Jr. clínica y las obtenidas en la radiología ($p = 0,002$) y cirugía ($p = 0,007$). En este estudio preliminar, el tipo de realce (estratificado vs homogéneo) no ha mostrado fiabilidad para detectar el componente fibrótico. Los estudios de perfusión con las curvas de captación obtenidas se correlacionan muy bien con la actividad inflamatoria con una exactitud de 10/11 (91%) (p de Pearson = 0,77 $p = 0,006$). El índice MaRIA se correlaciona bien con el grado de inflamación histológico (mediana índice radiológico: leve 12,6; moderada 18,5; grave 27,8).

Conclusiones: La RM es adecuada para determinar y cuantificar el grado de actividad inflamatoria en los pacientes con EC y aunque su fiabilidad para detectar el número de lesiones es adecuada, no elimina la necesidad de una minuciosa exploración intraoperatoria con esferas de calibración.

O-129. MALIGNIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

G. Jiménez Riera, I. Ramallo Solís, R.M. Jiménez Rodríguez, J. Cañete Gómez, J.M. Díaz Pavón, J. Vázquez Monchull, J.L. Gollonet Carnicero, J.M. Sánchez Gil, F. de la Portilla Juan y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en adultos, colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC), conlleva un mayor riesgo de desarrollo de cáncer colo-rectal (CCR) que la población general, además de una mayor mortalidad que los casos esporádicos. El aumento del riesgo se asocia fundamentalmente a la duración y extensión anatómica de la enfermedad.

Material y métodos: En una serie histórica de nuestro centro que incluye 1925 pacientes con EII histológica (2004-2011) analizamos la frecuencia de aparición de CCR sobre EII y los datos demográficos, familiares, distribución, tiempo de evolución, curso de la enfermedad, resección quirúrgica realizada y anatomía patológica de la pieza.

Resultados: De los 1.017 pacientes con EC, 11 desarrollaron CCR (1,08%), y 2 de los 908 pacientes con CU (0,22%). Grupo de EC: 73% varones (8 casos), edad media de 59,55 años (31-82 años). 6 casos (54,5%) sin diagnóstico previo de EII (diagnóstico incidental durante el estudio de la pieza quirúrgica). En los 5 restantes (45,5%), el tiempo medio de evolución desde el diagnóstico es de 17,4 años (4-32 años), siendo uno sólo de ellos diagnosticado antes de los 15 años. Extensión de la enfermedad: 3 casos (27%) mostraron afectación colo-recto-perianal; un caso (9%), colo-rectal; pancolitis en un caso (9%); colon derecho, dos casos (18%); colon izquierdo, dos casos (18%); y rectal, dos casos (18%). Se realizó una proctocolectomía total con amputación abdominoperineal (AAP) en un caso (9%), una colectomía total con resección anterior baja (RAB, 9%), 3 hemicolectomías (27%), 2 RAB (18%), 3 AAP (27%), una sigmoidectomía (9%). Anatomía patológica: adenoma con displasia de bajo grado en un caso (9%), adenocarcinoma (ADC) moderadamente diferenciado de colon en 4 casos (36%), ADC moderadamente diferenciado de recto en 4 casos (36%), ADC mucinoso de colon en un caso (9%) y ADC mucinoso de recto sobre fístula perianal en un caso (9%). Hay dos casos con antecedentes familiares de CCR (18%), uno de ellos con edad menor de 60 años al diagnóstico. La mortalidad al primer año de seguimiento es del 18% (2 casos) y al tercer año, de 36% (4 casos). Grupo de CU: dos varones con una edad media de 57,5 años (41-74 años); uno sin diagnóstico previo y otro con 7 años de evolución de enfermedad. El primero presentaba afectación recto-sigmoidea, con desarrollo de ADC moderadamente diferenciado de recto sobre adenoma vellosos de recto. El segundo, afectación colo-rectal con ADC moderadamente diferenciado de colon. La mortalidad al primer y al tercer año de seguimiento es del 50%. Hay un caso con antecedente familiar del CCR (mayor de 60 años).

Conclusiones: En el grupo de EC, el tiempo desde el diagnóstico de EII hasta la aparición de CCR y su frecuencia es similar a los publicados, mientras que en CU ambas cifras son menores. En ambos grupos la edad de diagnóstico de CCR es más tardía. En nuestra serie no parece haber relación entre la extensión de la EII y la frecuencia de aparición de CCR.

O-200. COMPARACIÓN EN LA DETECCIÓN DE PÓLIPOS O TUMORACIONES SINCRÓNICAS DE LA COLONOGRÁFIA TOMOGRÁFICA COMPUTARIZADA FRENTE AL ENEMA OPACO DE DOBLE CONTRASTE EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES CON COLONOSCOPIA INCOMPLETA

M.A. Verdú Fernández, A. Campillo Soto, E. Pellicer Franco, V. Soria Aledo, M.J. Cases Baldó, M.P. Guillén Paredes, M.L. García García, J.A. García Marín y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: El cáncer colorrectal con frecuencia se asocia a tumores sincrónicos lo que hace que sea necesaria la evaluación preoperatoria completa antes de la intervención. El objetivo de este trabajo es comparar la utilidad de la colonografía tomográfica computarizada (CTC) frente al enema opaco de doble contraste (EODC) en los casos en los que no haya sido posible realizar una colonoscopia completa.

Material y métodos: Se tomaron dos grupos: Grupo A: 50 pacientes con cáncer colorrectal, colonoscopia incompleta y EODC. Grupo B: 40 pa-

cientes con cáncer colorrectal, colonoscopia incompleta y CTC. Como prueba gold estándar para comparar los resultados obtenidos se utilizaron el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica y la colonoscopia realizada a todos los pacientes durante los 3 primeros meses de la cirugía. Calculamos para ello la sensibilidad (S), especificidad (E), el valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), y los cocientes predictivos positivos (CPP) y negativos (CPN) de cada una de las pruebas. Estudiamos además los efectos secundarios, grado de satisfacción y coste por prueba.

Resultados: No se observaron tumores sincrónicos. Para la detección de pólipos en colon obtuvimos para la CTC: S = 85,7%, E = 96,1%, VPP = 92,3%, VPN = 92,6%, CPP = 21,97 y CPN = 0,15. Y para el BEDC: S = 23,5%, E = 92,8%, VPP = 80%, VPN = 71,7%, CPP = 3,26 y CPN = 0,82 ($p < 0,001$). Se observó un mayor grado de satisfacción del paciente con la CTC que con el BEDC ($p < 0,05$). No hubo diferencias en cuanto a efectos secundarios. El coste de la CTC fue de 33,18 euros y de 42,42 euros para EODC.

Conclusiones: La CTC es mejor que el BEDC, tanto para confirmar la presencia de pólipos en el colon, como para descartar la ausencia de los mismos, en pacientes en los que no ha sido posible completar el estudio del colon por colonoscopia, siendo además una alternativa segura y bien tolerada por los mismos.

O-201. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO COMPARANDO APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA FRENTE A APENDICECTOMÍA MEDIANTE INCISIÓN ÚNICA UMBILICAL

J. Abrisqueta, M. Frutos, J. Luján, I. Abellán, R. Brusadín, V. Olivares, A. Bernabé, E. Gil, M. Paredes, P. Sánchez y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Introducción: El uso del SILS puede suponer una mejora con respecto a la cirugía laparoscópica convencional. En los últimos años cada vez más artículos son publicados poniendo de manifiesto la viabilidad de este abordaje, por lo que presentamos este estudio prospectivo aleatorizado comparando ambas técnicas.

Material y métodos: Entre septiembre de 2009 a diciembre de 2010, 184 pacientes con diagnóstico e indicación quirúrgica de apendicitis aguda fueron incluidos en el estudio, de los que a 91 se les realizó apendicectomía mediante incisión única umbilical y a 93 mediante laparoscopia convencional. El protocolo del estudio fue aprobado por el comité ético del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). Todas las intervenciones quirúrgicas fueron realizadas por el mismo equipo quirúrgico.

Resultados: Con respecto a los resultados demográficos de la población del estudio no hubo diferencias significativas en edad, peso, sexo, índice de masa corporal y tipo de apéndice extirpado entre los dos grupos. El tiempo operatorio fue mayor mediante el abordaje por puerto único $38,13 \pm 13,49$ vs $32,12 \pm 12,44$ min. ($p = 0,02$). Se observaron diferencias significativas con respecto al dolor postoperatorio, medido mediante la escala visual analógica, obteniendo menos dolor en el grupo intervenido mediante incisión única $2,76 \pm 1,64$ vs $3,78 \pm 1,76$ ($p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en ambos grupos con respecto a las complicaciones precoces, tardías, y a la estancia hospitalaria, medida en horas postoperatorias.

Conclusiones: El abordaje mediante puerto único transumbilical se presenta como una técnica factible y segura para la realización de la apendicectomía, sin aumentar las complicaciones y con menor dolor, aunque con mayor tiempo operatorio representando una posible alternativa a la apendicectomía laparoscópica convencional.

O-202. TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN RÉGIMEN AMBULATORIO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEHISCENCIA PARCIAL EN ANASTOMOSIS COLORRECTAL. NUESTRA EXPERIENCIA

C. Méndez García, R.M. Jiménez Rodríguez, F. de la Portilla de Juan, S. Sobrino, J.M. Díaz Pavón, J.L. Gollonet Carnicero, C. Palacios González, J.M. Vázquez Monchul, J.M. Sánchez Gil y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La dehiscencia anastomótica es una de las complicaciones más temidas tras cirugía del cáncer de recto debido a su elevada morbi-

mortalidad. En aquellos pacientes en los que no existen signos de peritonitis, puede valorarse un tratamiento conservador. Presentamos nuestra experiencia en el manejo local de la dehiscencia de anastomosis colorrectal mediante terapia de presión negativa aplicada por vía transrectal.

Material y métodos: 4 pacientes, 2 hombres y 2 mujeres, de 62,25 ± 8,1 años de edad media, intervenidos de resección anterior baja por adenocarcinoma de recto T3, con anastomosis primaria, previa radioterapia neoadyuvante, que durante el postoperatorio presentaron una dehiscencia sin peritonitis y no requirieron cirugía urgente. Aplicamos un dispositivo de presión negativa confeccionado mediante una esponja estéril suturada a un tubo de drenaje aspirativo de 19 Fr y conectado éste a un sistema de presión negativa colocado por colonoscopia con revisión y recambio periódico.

Resultados: El tiempo empleado para el cierre de la dehiscencia fue de 24 ± 3,56 días. La mediana del número de recambios por paciente fue de 3,5, consiguiéndose una reducción de la cavidad residual de 5 ± 0,7 cm de media. No hubo complicaciones durante la utilización del dispositivo que obligaran a su retirada, ni fue preciso el reingreso de los pacientes. Durante el seguimiento realizado a los pacientes hasta la fecha no se han detectado recidivas locales ni exitus.

Conclusiones: La terapia de presión negativa transrectal se presenta como un nuevo procedimiento mínimamente invasivo para el tratamiento de la dehiscencia anastomótica tras cirugía rectal. Es factible su uso en régimen ambulatorio lo que supone una mejora en la calidad de vida de los pacientes y evita estancias prolongadas. Son necesarios estudios de coste-efectividad para valorar su rentabilidad.

O-203. TÉCNICAS DE INTERPOSICIÓN INTESTINAL ANTIPERISTÁLTICA EN LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE INTESTINO CORTO TRAS CIRUGÍA RADICAL (CR) MÁS QUIMIOHIPERTERMIA PERITONEAL (HIPEC) EN EL TRATAMIENTO RADICAL DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL (CP)

P. Barrios Sánchez, I. Ramos Bernado, S. González Martín, G. Galofré Pujol, S. Mompert García, O. Crusellas Maña, J. Comas Isus y J. Castellví Valls

Hospital de Sant Joan Despí, Sant Joan Despí.

Introducción: La CR + HIPEC (técnica de Sugarbaker) es el tratamiento estándar de diferentes tipos de CP. La CR es la base de este tratamiento. En la CP la afectación abdomino-peritoneal puede ser muy extensa asociada frecuentemente a infiltración uni o multivisceral. El tracto digestivo es la víscera más afectada y obliga, en más del 50% de los pacientes, a resecciones intestinales. Habitualmente esta queda limitada a cortos segmentos de intestino sin repercusión sobre la nutrición pero cuando la afectación tumoral intestinal es masiva contraindica o limita la CR. Para garantizar una adecuada función digestiva se acepta conservar tras la cirugía un remanente de ID de alrededor de 1 metro, junto, a la preservación mínima de dos válvulas intestinales. El origen y extensión de la CP determinan el tipo de afectación intestinal. El segmento rectosigmoideo, asociado o no, al complejo ileo-cecal suelen ser los tramos más afectados, no condicionan trastornos pero la inclusión de más segmentos intestinales que comprometan válvulas digestivas obliga a crear mecanismos quirúrgicos que retarden el tránsito intestinal y minimicen el síndrome de intestino corto poscirugía. La mayor popularización de la técnica de Sugarbaker obliga a los cirujanos a conocer recursos técnicos orientados a ampliar los límites de la CR y disminuir los efectos de las resecciones amplias intestinales y la práctica de estomas digestivos. Describimos 4 técnicas quirúrgicas utilizadas en nuestra serie de pacientes sometidos a CR y CR + HIPEC dirigidas a permitir la CR en pacientes con afectación difusa intestinal que requirieron resecciones extensas del tramo digestivo con remanente inferior a 1 metro de ID o ausencia completa de colon asociada a exéresis amplias del ID, limitando las repercusiones digestivas y nutricionales.

Material, métodos y resultados: De un total de 541 pacientes tratados consecutivamente de algún tipo de CP y sometidos en 236 casos a CR y en 305 casos a CR + HIPEC (enero 2000/febrero 2012), en 16 (3%) de los pacientes se realizaron técnicas de enlentecimiento tras resecciones masivas intestinales. Las técnicas utilizadas fueron: interposición segmentaria antiperistáltica de ID: 10 pacientes, interposición antiperistáltica ceco-rectal: 8 pacientes, interposición segmentaria antiperistáltica de colon derecho: 4 pacientes y teniotomías circulares de ID: 2 pacientes. No

hubo complicaciones relacionadas con la técnica quirúrgica ni el estado de las anastomosis. Morbilidad quirúrgica específica de estos pacientes: hemoperitoneo: 1, colección intrabdominal: 1, fístula pancreática: 1. En el seguimiento ningún paciente ha presentado síndrome de intestino corto manteniendo el peso estable o pérdidas no superiores al 10%. Aquellos pacientes que requirieron quimioterapia adyuvante pudieron cumplimentarla en su totalidad.

Conclusiones: Proponemos el uso de alguna de estas técnicas de enlentecimiento intestinal en pacientes sometidos a citorreducciones quirúrgicas que obliguen al sacrificio extenso del tramo digestivo, con pérdida de al menos una válvula intestinal (mayoritariamente dos), en un intento de controlar el número de deposiciones diarias de estos pacientes con la consiguiente malabsorción intestinal. En el caso de la interposición cecal o de colon trasverso, además, pueden evitarse estomas digestivos permanentes al crearse un reservorio rectal que evita el tenesmo rectal y reduce el número de deposiciones/día.

O-204. ANASTOMOSIS COLORRECTAL CON ANILLO DE NITINOL (COLON RING™) EN EL CÁNCER DE SIGMA. RESULTADOS PRELIMINARES

C. Hevia Ivars, J. Martín Arevalo, S. García Botello, M.E. Barrios Carvajal, V. Pla Martí, D. Moro Valdezate y A. Espí Macías

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Objetivos: Describir la experiencia acumulada con el uso de un nuevo dispositivo de anastomosis colorrectales basada en la aposición y compresión de los extremos intestinales mediante un anillo de nitinol que no utiliza grapas metálicas (COLON RING™).

Material y métodos: Se ha realizado un estudio transversal prospectivo de pacientes a los que se les realizó una anastomosis colorrectal superior tras una sigmoidectomía o resección anterior alta por cáncer colorrectal, comparando la técnica de anastomosis mecánica circular habitual con la anastomosis mediante el nuevo dispositivo de compresión COLON RING™. El estudio se inició en junio de 2011 y se ha extendido hasta abril de 2012. Las variables estudiadas incluyeron las características demográficas de los pacientes, la patología intervenida, el tipo de técnica quirúrgica realizada, los días de ingreso y las complicaciones postoperatorias. En el estudio estadístico se han realizado pruebas no paramétricas o paramétricas, en función de las características de las variables estudiadas.

Resultados: Durante el periodo de estudio se han realizado un total de 37 resecciones sigmoideas con anastomosis colorrectal con el diagnóstico de cáncer de sigma o de la unión recto-sigmoidea. La distribución por sexos tuvo un claro predominio masculino (24 casos (65%)). La edad media fue de 66,21 ± 13,02 años. Se utilizó el acceso laparoscópico en 17 casos (46%), correspondiendo 7 al grupo COLON RING™ y el resto al grupo control. En todos los pacientes se realizó una movilización adecuada del ángulo esplénico. El dispositivo COLON RING™ fue utilizado en 16 casos (43,24%). No existieron diferencias significativas entre las características demográficas de los pacientes, las técnicas quirúrgicas o la vía de abordaje realizada. El periodo de ingreso medio fue de 9,36 ± 5,45 días, sin diferencias entre los grupos (p = 0,174). Uno de los pacientes incluido en el grupo de anastomosis con COLON RING™ falleció a causa de un hemoperitoneo dentro de las primeras 24 horas tras la intervención, y fue por lo tanto excluido del análisis posterior. La tasa de íleo paralítico postoperatorio fue discretamente superior en el grupo con anastomosis convencional (4,8% vs 0%), aunque la diferencia no fue significativa (p = 0,568). Hubo 3 dehiscencias en toda la serie, apareciendo 2 en el grupo convencional y una en el grupo COLON RING™ (p = 0,604). Finalmente, cinco pacientes del grupo de anastomosis convencional tuvieron infección de la herida quirúrgica, mientras que no se detectaron infecciones en el grupo anastomosado con el dispositivo COLON RING™ (p = 0,047).

Conclusiones: Nuestra experiencia inicial con el sistema de anastomosis mediante compresión con el anillo de nitinol muestra que el uso del dispositivo COLON RING™ no tiene unos resultados diferentes a los dispositivos de autosutura circular convencionales en cuanto a seguridad en el proceso de cicatrización anastomótica colorrectal. La mayor tasa de infección de la herida operatoria en el grupo con anastomosis mecánicas convencionales ha sido un hallazgo sorprendente que precisaría una casuística mayor para su confirmación.

O-205. PARÁMETROS DE RENTABILIDAD Y PRECISIÓN GLOBAL DEL TAC EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

B. García Albiach, J.M. Aranda Narváez, L. Renza Lozada, C. Montiel Casado, A.J. González Sánchez, P. López Ruiz, T. Prieto-Puga Arjona, I. Fernández Burgos y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: La oclusión intestinal continúa constituyendo uno de los más frecuentes motivos de consulta y de cirugía de urgencias. Su clínica es inespecífica en cuanto al diagnóstico etiológico, por lo que en numerosas ocasiones es preciso recurrir al apoyo radiológico. El TAC multidetector es considerado como una herramienta fundamental en estos pacientes en base a su precisión diagnóstica del nivel de la oclusión y su causa, así como para descartar componentes de estrangulación o perforación. Presentamos un estudio para evaluar la aproximación diagnóstica a la oclusión intestinal y los parámetros de rentabilidad del TAC en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de tipo transversal, desarrollado sobre el grupo de pacientes intervenidos por oclusión intestinal en un periodo de dos años (enero 2010-diciembre 2011), en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya (tercer nivel) (N = 179). Se examinó la modalidad radiológica empleada para el diagnóstico y específicamente para el TAC se contrastaron el diagnóstico radiológico y los hallazgos intraoperatorios (gold standard) para calcular los parámetros de rentabilidad diagnóstica (sensibilidad, especificidad, valores predictivos y precisión, con sus respectivos intervalos de confianza al 95% -IC95%-) en patología benigna y maligna. Análisis estadístico con software SPSS y Epidat.

Resultados: Muestra compuesta por 179 pacientes, con edad mediana de 67 años (19-90), con 53% de hombres y 47% mujeres. La localización de la oclusión fue el intestino delgado en el 64% de pacientes y en el colon en el 36%. Por orden de frecuencia, los diagnósticos finales fueron: cáncer obstructivo de colon (29%), hernias (28%), síndrome adherencial (17%), recidiva de neoplasia previa o carcinomatosis (7%), cuerpo extraño (5%), íleo biliar (3%), enfermedad inflamatoria intestinal (3%) y otros (8%). Para el diagnóstico se empleó la radiología simple en el 22% de casos, la ecografía en el 4%, estudios con contraste en el 2% y el TAC en 129 pacientes (72%), constituyendo la prueba más empleada. El porcentaje de pacientes con diagnóstico etiológico certero por TAC (precisión global) fue del 79,8%, resultado acorde con los previamente descritos por la literatura. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, y precisión del TAC fueron, respectivamente: 1) Para procesos no neoplásicos: 80,3% (70-90), 83,8% (75-93), 81,6% (72-91), 82,6% (74-92) y 82% (75-89); 2) Para etiología neoplásica: 87,1% (79-95), 100% (99-100), 100% (99-100), 89,3% (82-96) y 93,7% (89-98).

Conclusiones: Los parámetros de rentabilidad diagnóstica del TAC en pacientes con oclusión intestinal son excelentes, especialmente en cuadros de etiología neoplásica, constituyendo el método diagnóstico de elección en esta patología.

O-247. MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO SECUENCIAL DEL CÁNCER DE COLON IZQUIERDO OBSTRUIDO: ENDOPRÓTESIS Y RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA

A. Sanz Larrainzar, I. Badiola Bergara, E. Las Navas Muro, B. Ugarte Sierra, V. Portugal Porras, A. Orive Calzada y F.J. Ibáñez Aguirre

Hospital Galdakao-Usansolo, Galdakao.

Introducción: Un 20% a 30% de todos los casos de cáncer colorrectal debutan con un cuadro de obstrucción aguda, lo que constituye una emergencia quirúrgica. Actualmente el tratamiento de elección lo constituye la colectomía de urgencia y la anastomosis primaria, asociando o no el lavado introcolónico y la creación de una ostomía de protección. En los últimos años varios grupos han conseguido con éxito la resolución del cuadro obstructivo agudo mediante la colocación por vía endoscópica de una prótesis intestinal, seguido de la resección del tumor de forma electiva por vía laparoscópica. Esto aporta al paciente numerosos beneficios: permite la realización del estudio de extensión de la neoplasia, mejora el cuadro de desnutrición asociado y se corrige el desequilibrio hidroelectrolítico. Además disminuyen la tasa de ostomías, el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria. Finalmente, la recuperación postoperatoria es más rápida.

Objetivos: Valorar la efectividad y seguridad de la cirugía laparoscópica electiva tras la colocación de una prótesis colónica en los casos de cáncer colorrectal obstruido.

Material y métodos: Entre el 1.I.2010 y el 29.II.2012 11 pacientes que presentaban una obstrucción maligna del colon izquierdo fueron tratados mediante la colocación de una prótesis intestinal por vía endoscópica y posterior colectomía laparoscópica electiva. De forma retrospectiva se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, riesgo ASA, localización del tumor, tiempo transcurrido hasta la colocación de la endoprótesis, intervalo hasta la intervención quirúrgica, tiempo quirúrgico, necesidad de ostomía, reconversión a cirugía abierta, morbilidad postoperatoria, mortalidad postoperatoria, estudio anatomopatológico, estancia hospitalaria.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 65.1 años (9 varones, 2 mujeres). El riesgo ASA fue de II en 6 pacientes, de III en 3 de ellos y de IV en 2 enfermos. El tumor estaba localizado en el colon descendente en 4 casos y en el colon sigmoide en el resto (7 pacientes). El intervalo hasta la colocación de la endoprótesis fue de 24 horas (mediana), el intervalo hasta la cirugía fue de 18 días. No hubo necesidad de reconversión a cirugía abierta en ningún caso. Se realizaron 4 hemicolectomías izquierdas, 6 sigmoidectomías y una resección sigmoidea (videoasistidas). La estancia media p.o. fue de 9.5 días (estancia media en pacientes sin complicación de 6,7 días y de 17,5 en los que presentaron morbilidad asociada). 4 pacientes presentaron complicaciones p.o.: uno de ellos presentó 1 episodio de rectorragia y se trató de forma conservadora; otro paciente (ASA IV) presentó una neumonía por aspiración y falleció por este motivo. 2 pacientes presentaron dehiscencias anastomóticas que obligaron a la realización de una Op. de Hartmann.

Conclusiones: El manejo secuencial mínimamente invasivo del cáncer de colon izquierdo obstruido (colocación de endoprótesis y colectomía electiva laparoscópica) es factible, siempre y cuando se disponga de la infraestructura necesaria (endoscopista localizado las 24 horas y cirujanos con experiencia en la cirugía colorrectal laparoscópica). Parecen necesarios estudios prospectivos que determinen la relación coste-efectividad y los resultados oncológicos a largo plazo.

O-248. PRÓTESIS COLÓNICAS AUTOEXPANSIBLES: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO. SERIE DE 114 CASOS

H. Marín Ortega, M. Prieto Calvo, A. Sarriugarte Lasarte, P. Mifsut Porcel, T. Marquina Tobalina, P. Sendino Cañizares, I. Álvarez Abad, I. Martínez Rodríguez, J.M. García González, A. Lamiquiz Vallejo, A. Colina Alonso y M.N. Arana de la Torre

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: Las prótesis colónicas autoexpansibles representan una opción no quirúrgica para aliviar la obstrucción colónica, mayoritariamente en casos de cáncer colorrectal avanzado. Su empleo puede permitir la oportunidad de llevar a cabo una cirugía en un tiempo con anastomosis primaria, en lugar de una intervención de urgencia con necesidad de practicar una colostomía derivativa. Nuestro objetivo es analizar la experiencia acumulada en nuestro centro con el empleo de las endoprótesis colónicas tanto en patología benigna como maligna.

Material y métodos: Se han recogido un total de 114 casos, lo cual representa la totalidad de la experiencia de nuestro centro, desde junio de 2006 hasta abril de 2011. La gran mayoría de estos casos corresponden a neoplasias de colon, contabilizándose únicamente 2 casos de empleo en patología benigna (una estenosis de anastomosis y un caso de obstrucción por endometriosis).

Resultados: El éxito técnico del procedimiento fue muy elevado (106 casos, 93,0%). En 45 casos (39,5%) se empleó la prótesis como "puente" hacia una cirugía definitiva, y en el resto, 69 casos (60,5%) su empleo fue paliativo, consiguiéndose una paliación superior a 2 meses en 45 casos (65,2%). El éxito clínico, definido como la obtención de un alivio de la obstrucción hasta la práctica del procedimiento quirúrgico en el primer grupo de pacientes o la obtención de una descompresión duradera en el resto, fue del 81,6%. En el 80% de los casos (36 pacientes) en los que se colocó la prótesis como puente hacia la cirugía fue posible la práctica de cirugía programada, siendo el tiempo medio hasta la intervención de 37,8 días (mediana 20 días). Globalmente, la localización más frecuente fue el colon sigmoide (73 casos, 64,0%) y la mayoría de los pacientes presentaban neoplasias en estadio avanzado (69 casos, 60,5% en estadio IV). La complicación más temida la constituye la perforación. En nuestra serie se dio en

7 casos (6,1%), en 4 casos ocurrió en el lecho de la prótesis y en 3 casos en segmentos colónicos más proximales. De entre los 69 pacientes a quienes se les colocó la prótesis con un enfoque paliativo solamente hubo un caso de perforación (1,5%) durante el seguimiento a largo plazo. Otra complicación frecuentemente descrita es la migración de la prótesis, circunstancia que se dio en 7 casos (6,1%). No se encontró correlación estadísticamente significativa entre la localización de la prótesis, leucocitosis al diagnóstico, quimioterapia y/o radioterapia previa, carácter "puente"/paliativo ($p = 0,084$) y la presencia de morbilidad tras el procedimiento.

Conclusiones: El uso de endoprótesis para tratar la obstrucción colónica es factible y eficaz, y permite practicar intervenciones quirúrgicas en un tiempo con anastomosis primaria y reducción de la morbilidad en muchos casos y proporcionar una paliación efectiva y duradera en otros. Los beneficios obtenidos con su uso sobrepasan a las posibles complicaciones si se lleva a cabo una cuidadosa selección de los pacientes.

O-249. UTILIZACIÓN DEL STENT EN LA OCLUSIÓN INTESTINAL POR NEOPLASIA ESTENOSANTE. ¿TRATAMIENTO DE ELECCIÓN?

M. Beltrán Martos, P. Riverola Aso, M. del Campo Lavilla, I. Talal El Abur, J.A. Monzón Abad, L. Ligorred Padilla, J.L. Moya Andía, A. Martínez Germán, S. Saudi Moro, V. Borrego Estella y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: Las prótesis metálicas autoexpandibles están siendo utilizadas, cada vez con más frecuencia, para tratar la obstrucción de diversos segmentos del tracto digestivo. Presentamos la experiencia en nuestro centro de la resolución inicial de la obstrucción del colon, de origen tumoral, mediante este tipo de prótesis.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo donde analizamos los pacientes a los que se colocó un stent por presentar oclusión de colon secundaria a la existencia de una neoplasia estenosante en dicha localización, desde enero de 2009 a diciembre de 2010. Se evalúan parámetros tales como la edad, sexo, localización del tumor primario, existencia de metástasis, si fue o no funcional y en el caso de que éste fuera funcional día en el que se intervinieron.

Resultados: El número de pacientes fue de 35. 68,2% varones con una edad media de 69,82. En el 80% la neoplasia estenosante se localizó en sigma. El 65,7% fue estadio IV al diagnóstico. En el 42,8% las metástasis fueron hepáticas. En cuanto al funcionamiento de la prótesis, en el 94,3% la prótesis fue funcional, interviniéndose en el 51,5% y de éstos fue de forma programada en el 82,3%, de los cuales el 50% fue en los primeros 7 días tras la colocación del stent. Dentro del grupo en el que el stent fue funcional, el 17,7% fueron intervenidos de forma urgente por diversos motivos. El 48,5% no fue intervenido y se le dio como único tratamiento QT paliativa. El número medio de días de ingreso fue de 26,11 (rango de 2 a 35).

Conclusiones: Las prótesis metálicas autoexpandibles podrían considerarse, en general, como el tratamiento inicial de la obstrucción neoplásica colónica a nivel de recto-sigma-descendente, indicándose únicamente cirugía urgente sólo si ésta no fuera funcional o hubiera alguna complicación tras su colocación.

O-250. OCLUSIÓN MECÁNICA DE INTESTINO DELGADO SECUNDARIA A BRIDAS POSQUIRÚRGICAS: TRATAMIENTO CONSERVADOR FRENTE A CONTRASTE HIDROSOLUBLE (GASTROGRAFÍN)

C. Zerpa Martín, M. Millán Scheiding, M. Darriba Fernández, L. Trenti, R. Frago, J. de Oca, J. Rodríguez, E. Kreisler Moreno y S. Biondo

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Las bridas son la causa más común de oclusión mecánica de intestino delgado en pacientes con cirugía abdominal previa. Varios estudios han demostrado que la administración oral o por sonda nasogástrica de contraste hidrosoluble (Gastrografín), puede ser utilizado como test predictivo de la resolución no quirúrgica de la oclusión. Otros estudios sugieren que el Gastrografín podría ser administrado como tratamiento para la oclusión de intestino delgado secundaria a brida postquirúrgica. El objetivo del presente estudio ha sido evaluar la eficacia del Gastrogra-

fín como tratamiento de las oclusiones de intestino delgado secundarias a bridas posquirúrgicas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional del tratamiento de la oclusión de intestino delgado secundaria a bridas durante el período comprendido entre 2006 y 2011. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos: el grupo 1 (G1) aquellos a los que se les administró Gastrografín; y el G2, los casos tratados de forma conservadora (SNG + dieta absoluta). La decisión para tratar a un paciente con Gastrografín dependió del criterio del cirujano de guardia. Las variables analizadas fueron datos demográficos, cirugías previas, días de ingreso hospitalario y la necesidad de cirugía por no resolución de la oclusión.

Resultados: Se analizaron 341 episodios en 160 pacientes (89 mujeres y 71 hombres), con una edad media de 70,3 años; que acudieron a urgencias con clínica de oclusión de delgado confirmando el diagnóstico mediante Rx de abdomen. La cirugía previa más frecuente fue la colo-rectal (67,08%), seguida por la histerectomía (20,22%); siendo causas menos frecuentes la apendicetomía (5,69%) y la colecistectomía (5,06%). En 239 episodios se optó por tratamiento con Gastrografín (G1), mientras que en 102 se decidió tratamiento conservador (G2). Los grupos fueron comparables en cuanto a edad, sexo y cirugías previas. En el G1, 205 episodios presentaron resolución del cuadro tras administración del tratamiento (90%), siendo necesaria la cirugía en el 10% de los casos (IC95%: 6,5-14,6%); mientras que en el G2 el 36% de los casos precisaron cirugía (IC95%: 27-46,4%), con diferencia significativa entre ambos grupos ($p < 0,01$). En los casos resueltos sin cirugía, la estancia hospitalaria media fue de 4,41 días (DE 4,78) en el G1 vs 6,62 (DE 3,12) en el G2 ($p < 0,01$).

Conclusiones: El contraste hidrosoluble podría considerarse un tratamiento efectivo para la oclusión de delgado secundaria a bridas posquirúrgicas. Su administración acorta la estancia hospitalaria y disminuye la necesidad de cirugía comparada con el tratamiento conservador.

O-251. TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA: IMPACTO SOBRE LOS COSTES SANITARIOS

L. Lorente Poch, M. Pera, S. Alonso, M. Pascual, M.J. Gil, S. Salvans, R. Courtier y L. Grande

Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Hemos demostrado previamente que el tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada es seguro, eficaz y aplicable en la mayoría de los pacientes que toleran la dieta oral y que tienen un adecuado apoyo familiar. El objetivo de este estudio es cuantificar el impacto que el tratamiento ambulatorio tiene en la reducción de costes sanitarios.

Material y métodos: Estudio comparativo retrospectivo realizado sobre una base de datos mantenida de forma prospectiva. Período de estudio: enero del 2005 hasta junio del 2011. Grupo de estudio: pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada tratados con antibióticos vía oral de forma ambulatoria (7-10 días). Grupo control: pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada que cumplían criterios de tratamiento ambulatorio pero que fueron ingresados con tratamiento antibiótico endovenoso (7-10 días). El diagnóstico se confirmó mediante TC abdominal. Se han analizado las características de los pacientes y los motivos del ingreso así como el resultado del tratamiento. El análisis de costes se ha realizado mediante el sistema "full costing", sumación de todos los costes variables (costes directos) más el conjunto de costes generales repartidos por actividad (costes indirectos) y que incluye los gastos en urgencias, unidad de hospitalización, laboratorio, radiología y farmacia. Se ha añadido el coste del tratamiento ambulatorio tanto en el grupo de estudio (tratamiento completo) como en el grupo control, cuando completaron el tratamiento una vez dados de alta. Se ha realizado el análisis comparativo según intención de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 136 pacientes, 90 en el grupo de estudio y 46 en el grupo control. No hubo diferencias en la edad, sexo, número de episodios anteriores, fiebre o leucocitosis entre los dos grupos. Los motivos de tratamiento hospitalario más frecuentes fueron: ingreso en la fase inicial del protocolo, decisión del médico de guardia o negativa del paciente al tratamiento ambulatorio. Cinco de los 90 pacientes del grupo de estudio precisaron ingreso por persistencia del dolor o vómitos mientras que 2 de los pacientes del grupo control reingresaron por recurrencia de la sintomatología (5,5% vs 4,3%; $p = 0,7$). Ninguno de estos pacientes precisó cirugía urgente. El coste global por episodio fue de 882 ± 462 euros en el grupo de estudio frente a 2.376 ± 830 euros en el grupo control ($p = 0,0001$).

Conclusiones: El tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no sólo es seguro y efectivo sino que también reduce más de un 50% los costes sanitarios.

O-252. DIVERTICULITIS AGUDA: ¿EN QUÉ BASAMOS EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO URGENTE?

J. Valdivia, A. Bustos, C. San Miguel, F. Huertas, R. Conde, P. Palma y J.A. Ferrón

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: El tratamiento de la enfermedad diverticular del colon está siendo objeto en los últimos tiempos de una profunda revisión. Es nuestro objetivo analizar los parámetros radiológicos y analíticos de la diverticulitis aguda (DA), y su influencia en el manejo terapéutico de los pacientes con diagnóstico de esta enfermedad.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes diagnosticados de DA que fueron ingresados de forma urgente durante 12 meses. Se analizaron los datos radiológicos utilizando la clasificación de Ambrosetti, así como los analíticos sintetizados en el Peritonitis Severity Score (PSS) y el Mannheim Peritonitis Index (MPI) y su posible correlación con los distintos tratamientos.

Resultados: Se trataron un total de 101 pacientes (56% mujeres y 64% hombres). La edad media fue de 68 años, aumentando la incidencia de la enfermedad con la edad (54% mayores de 70 años) siendo muy poco frecuente por debajo de los 50 años (10%). El 71% de nuestra serie presentaban comorbilidades asociadas al momento del ingreso (hipertensión arterial y diabetes mellitus, como las más frecuentes). El 82% de los pacientes presentaban un ASA II-III y un 90% presentaba leucocitosis más neutrofilia al ingreso. La mitad de los enfermos que se intervinieron de urgencia no habían tenido un episodio previo de DA, sin embargo de los operados de forma programada, el 43.3% habían tenido entre 3 y 5 episodios previos. Un 32% se intervino de forma urgente, un 35% recibió tratamiento conservador y un 33% tratamiento médico inicial y posterior cirugía electiva. Se asoció punción percutánea al 2% de los pacientes con tratamiento conservador. La prueba de imagen más utilizada fue la tomografía computarizada (TC) abdominal (83%), asociándose en un 32% a una ecografía abdominal previa. De los pacientes que se intervinieron de urgencia, un 51.9% se catalogaron de diverticulitis severa por los hallazgos radiológicos según la clasificación de Ambrosetti. En los pacientes que se intervinieron de forma urgente la correlación entre los hallazgos radiológicos y la cirugía fue sólo del 47%. De los que se intervienen de urgencia; el 60% presentaban entre 6-7 puntos del PSS y sólo un 33% entre 8-9 puntos; mientras que un 63% presentaban entre 6-13 puntos en el MPI y solo un 25,9% entre 14 y 21 puntos. La técnica quirúrgica más empleada en los pacientes que se intervinieron de forma urgente fue de Hartmann (51%), seguido por la resección más anastomosis primaria mecánica en un 37%. En la cirugía electiva lo que predominó fue la resección y anastomosis primaria mecánica en un 80% de los casos.

Conclusiones: Nuestros resultados preliminares advierten que las intervenciones de urgencia en nuestra serie no se basan ni en el grado de severidad de los hallazgos radiológicos ni en las clasificaciones de PSS y de MPI. El análisis de una serie mayor de pacientes debe impulsar el desarrollo de una guía multidisciplinar, que combine aspectos radiológicos y clínicos para evitar cirugía urgente innecesaria e impulsar tratamientos conservadores y/o electivos diferidos.

O-253. RESECCIÓN URGENTE DE COLON IZQUIERDO Y ANASTOMOSIS PRIMARIA SIN LAVADO INTRAOPERATORIO. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MORBILIDAD ENTRE PACIENTES OCLUIDOS Y PERFORADOS

M.T. Abadía Forcén, M. Sánchez Vázquez, M.A. Ciga Lozano, F. Oteiza Martínez, P. Armendáriz Rubio, M. de Miguel Velasco y H. Ortiz Hurtado

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Comparar la morbimortalidad de la resección urgente de colon izquierdo con anastomosis primaria, sin lavado intraoperatorio del colon, entre los pacientes intervenidos por oclusión y aquellos operados por perforación.

Material y métodos: De enero de 2004 a diciembre de 2010 se han estudiado de forma prospectiva los pacientes intervenidos de urgencia en nuestra Unidad de Coloproctología por una complicación derivada de pa-

tología a nivel del colon izquierdo. De los 165 pacientes intervenidos en este tiempo, en 88 la técnica realizada fue una resección de sigma-colon izquierdo con anastomosis colorrectal primaria, sin lavado intraoperatorio del colon; 42 de estos pacientes fueron intervenidos por oclusión y 46 por perforación.

Resultados: No hubo mortalidad en ninguno de los grupos. No se observaron diferencias significativas en la tasa de dehiscencia anastomótica (2 casos en el grupo de pacientes ocluidos, ninguno en el grupo de pacientes perforados; $p = 0,134$). La infección del sitio quirúrgico de forma global fue similar en ambos grupos (3 casos entre los pacientes ocluidos, 8 entre los perforados; $p = 0,192$). El íleo postoperatorio (10 pacientes en el grupo ocluido y 7 en los perforados; $p = 0,418$) y la necesidad de reintervención quirúrgica (4 pacientes en el grupo ocluido, ninguno en los perforados; $p = 0,103$) tampoco fueron diferentes. La morbilidad global (11 pacientes en el grupo de ocluidos, 10 en el grupo de perforados; $p = 0,802$) también fue similar.

Conclusiones: La morbilidad de la resección urgente del sigma-colon izquierdo, con anastomosis primaria, sin lavado intraoperatorio del colon, es similar entre los pacientes intervenidos por oclusión y los pacientes intervenidos por perforación.

O-254. RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LA DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA

M.T. Abadía Forcén, A. Vesga Rodríguez, F. Oteiza Martínez, M.A. Ciga Lozano, P. Armendáriz Rubio, M. de Miguel Velasco y H. Ortiz Hurtado

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: El objetivo de este trabajo ha sido estudiar la evolución a largo plazo de los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda complicada tratados de inicio de forma no quirúrgica, y compararlos con la evolución de los pacientes con diverticulitis aguda no complicada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre 523 pacientes consecutivos ingresados en nuestra unidad de enero del 2002 a diciembre del 2010 con el diagnóstico de diverticulitis aguda. Mediante TC abdominal los episodios fueron clasificados como diverticulitis complicada ($n = 171$) o diverticulitis no complicada ($n = 352$). Sesenta y cinco pacientes con diverticulitis complicada precisaron cirugía urgente durante su ingreso. El resto de pacientes (106 con diverticulitis complicada y los 352 con diverticulitis no complicada), evolucionaron favorablemente con tratamiento conservador.

Resultados: Dieciocho de los 106 pacientes con diverticulitis complicada y manejo conservador (17%) requirieron reingreso (en los siguientes 30 días) después del alta hospitalaria, frente a 12 de los 352 pacientes con diverticulitis no complicada (3,4%) ($p < 0,001$). Durante el reingreso precisaron cirugía urgente 5 pacientes con diverticulitis inicialmente complicada vs ninguno de los pacientes con diverticulitis no complicada ($p < 0,001$). Con una mediana de seguimiento de 55 meses, no hemos encontrado diferencias en los porcentajes de recurrencia (nuevo episodio clínico-radiológico de diverticulitis aguda) entre los dos grupos; 28,7% en pacientes con diverticulitis complicada vs 24,7% en pacientes con diverticulitis no complicada ($p = 0,417$).

Conclusiones: Aunque el porcentaje de reingreso es superior, los pacientes con diverticulitis aguda complicada, en los que el tratamiento conservador es eficaz, presentan una tasa de recurrencia de la enfermedad a largo plazo similar a los pacientes con diverticulitis no complicada.

O-255. CÁNCER DE COLON IZQUIERDO EN OCLUSIÓN: CIRUGÍA URGENTE FRENTE A ENDOPRÓTESIS Y CIRUGÍA DIFERIDA. ESTUDIO PROSPECTIVO, CONTROLADO, ALEATORIZADO Y NO ALEATORIZADO

G. Báguena Requena, B. Flor Lorente, M. Frasson, A. Mayol Oltra, A. Espí Macías y E. García-Granero Ximénez

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción y objetivos: La implantación de una endoprótesis en el cáncer de colon izquierdo en oclusión como puente a la cirugía (PC) supone un tratamiento alternativo a la cirugía de urgencia (CU). Los objetivos de nuestro estudio son: a) evaluar si la colocación de una endoprótesis seguida de cirugía diferida disminuye la morbimortalidad postoperatoria, así como la tasa de estomas definitivos en comparación con la CU,

b) analizar los resultados oncológicos de ambos tratamientos y c) comparar los costes de ambas opciones terapéuticas para demostrar el efecto beneficioso del uso del stent como puente a la cirugía.

Material y métodos: Estudio prospectivo aleatorizado no aleatorizado, en el que se incluyeron pacientes con neoplasia de colon izquierdo en oclusión subsidiaria de cirugía curativa. Se analizaron las complicaciones postoperatorias, la mortalidad, la tasa de anastomosis primarias, los resultados oncológicos a largo plazo (recidivas global, local y sistémica, tasa de exitus postoperatorio y la supervivencia relacionada con el cáncer) y los costes derivados de ambas opciones de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes con obstrucción maligna de colon izquierdo con una mediana de seguimiento de 19 meses (media: 21 meses). A 27 pacientes se les colocó un stent como PC y en 64 pacientes se les realizó CU. No se observan diferencias significativas en la edad, sexo, localización del tumor ni estadio tumoral entre los dos grupos. Los éxitos técnico y clínico de la inserción del stent fueron 85,2% y de 77,8%, respectivamente. Como complicaciones a la inserción de la prótesis hubo un 11,1% de perforaciones y un 3,7% de migración. Observamos diferencias significativas en la vía de abordaje entre los dos grupos y en la tasa de intervención de Hartmann. A ningún paciente del grupo PC se le cerró el estoma y sí a 4 de los pacientes del grupo CU, no observándose diferencias significativas. Al comparar la morbilidad y mortalidad postoperatoria en el grupo PC y el grupo CU, no observamos diferencias significativas. Tras excluir los 21 pacientes metastásicos, encontramos 12 recidivas globales (RG) (17,1%), siendo el 23,8% a los 24 meses y el 33,3% a los 60 meses. Si analizamos por separado las recidivas locales (RL) y sistémicas (RS), observamos 6,6% y un 14,8%, respectivamente. No observamos diferencias significativas al comparar RL, RS y RG entre los grupos PC y CU (RL 3,7% vs 7,8% $p = 0,83$; RS 8,3% vs 10,9% $p = 0,99$; RG 12,5% vs 19,6% $p = 0,98$). Al analizar la tasa de exitus postoperatorio (PC 3,7% vs CU 10,9%) y la supervivencia relacionada con el cáncer (PC 11,1% vs CU 24,4%) no observamos diferencias significativas. Tampoco se observan diferencias significativas en los costes entre ambos grupos (PC 12.667 euros y CU 11519 euros; $p = 0,63$).

Conclusiones: La colocación de endoprótesis colónica en el cáncer de colon izquierdo en oclusión como puente a la cirugía parece ser una opción segura de tratamiento, con una similar morbimortalidad postoperatoria, una menor tendencia a realizar estomas definitivos, unos resultados oncológicos a largo plazo similares y no supone un mayor coste que la cirugía urgente.

O-370. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE CIERRE FUERA DE LA LÍNEA MEDIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SINUS PILONIDAL

F. Fernández Bueno¹, C. López Muñoz¹, L. Carrión Álvarez¹, P. López Fernández¹, M. Hernández García¹, A. Serrano del Moral¹, A. Rivera Díaz¹, J. de la Torre González¹, J. Peraza Casajús², D. Huerga Álvarez¹ y F. Pereira Pérez¹

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada. ²Hospital Militar Central Gómez Ulla, Madrid.

Introducción: El sinus pilonidal se origina en los folículos pilosos localizados en el pliegue interglúteo. La incidencia estimada es de 26 por cada 100.000 personas y afecta a los hombres dos veces más que las mujeres. Es un problema de salud que causa dolor e impacto en la calidad de vida. La clave de las estrategias quirúrgicas es la extirpación de la fístula, seguido por el cierre primario o dejar la herida abierta para que cure por segunda intención. Según la revisión Cochrane 2010 no existe un beneficio claro para la curación entre cierre por segunda intención y el cierre quirúrgico, pero sí un beneficio claro se mostró a favor de los cierres fuera de la línea media en lugar de cierre de la herida en línea media.

Objetivos: Evaluar la implementación de un sistema de cierre fuera de la línea media (Cleft Lift modificado de Bascom - CL) del sinus pilonidal en comparación con la resección y cierre primario (RCP) en términos de dolor, ISQ, dehiscencia de herida e incorporación a vida laboral.

Material y métodos: Pacientes operados en los tres últimos meses del 2011 obtenidos de la base de datos de un sistema informatizado (Selene) en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, divididos en 2 grupos aleatorizados (RCP vs CL) en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Resultados: Un total de 30 sinus pilonidales primarios fueron intervenidos quirúrgicamente divididos en 2 grupos ($n = 12$ para CL y $n = 18$ para RCP). Todos los pacientes fueron operados bajo anestesia local (mepivacaína al 1%) en régimen de CMA. El tamaño medio del quiste pilonidal con el trayecto fistuloso a línea media fue de 6,8 cm. La relación H:M fue de 21 varones y 9 mujeres (2.33:1). En términos de dolor los pacientes mostraron una media de EVA 3 al 2º día postoperatorio en el grupo CL, mientras que en RCP fue de 8 días. En términos de ISQ no hubo diferencias en ambos grupos (16,6% en ambos grupos). La dehiscencia de la herida fue de 0% en el grupo CL frente al 22% en el grupo RCP. En cuanto a los términos de incorporación a la vida laboral la media en el grupo CL fue de 24 días frente a los 41 días de media en el grupo RCP.

Conclusiones: Todavía no disponemos de un número amplio de pacientes para mostrar resultados significativos, pero según los resultados preliminares, la realización de cierres fuera de la línea media parece un procedimiento que reduce el dolor postoperatorio y favorece la reincorporación a la vida laboral. Y acorde con la revisión Cochrane 2010, cuando el cierre del sinus pilonidal es la opción quirúrgica deseada, la realización del mismo fuera de la línea media debería ser el tratamiento estándar.

O-371. PATOLOGÍA PROCTOLÓGICA DE NUEVA APARICIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE SU RELACIÓN CON EL NÚMERO DE DEPOSICIONES

O. Cano-Valderrama, F. Esteban, A. Sánchez-Pernaute, I. Domínguez-Serrano, M. Ortega, L. Rodríguez, E. Arrúe y J. Cerdán

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Durante los últimos años hemos asistido a un aumento espectacular del número de intervenciones por obesidad mórbida realizadas en nuestro país. Sin embargo, este tipo de cirugías no están exentas de complicaciones a corto y largo plazo. Entre estas complicaciones se encuentra el aumento en el número de deposiciones y el cambio en la composición química de las heces. Estos dos factores pueden ayudar a que, en pacientes predispuestos, aparezca patología proctológica previamente no manifestada.

Material y métodos: Incluimos en nuestro estudio una cohorte de 196 pacientes intervenidos por obesidad mórbida en nuestro servicio entre junio de 2000 y enero de 2008. La técnica quirúrgica realizada fue un bypass gástrico en 99 pacientes y una derivación biliopancreática en 97. Un 76,5% de los pacientes eran mujeres, la edad e IMC medio de nuestra cohorte fueron de 42,7 (20-69) años y 48,8 (34,6-80,1) kg/m² respectivamente. Para la realización del estudio se ha realizado una revisión del historial clínico de cada paciente, así como una encuesta telefónica. Se interrogó a los pacientes sobre el número de deposiciones que presentaban al día, si habían sufrido patología proctológica antes o después de la intervención, si habían sido intervenidos por ésta causa y qué tipo sintomatología proctológica habían padecido. El objetivo de nuestro estudio es describir el tipo de patología proctológica de nueva aparición en pacientes sometidos a cirugía bariátrica y su relación con el número de deposiciones diarias.

Resultados: Se excluyeron del estudio a 26 pacientes que habían sufrido algún tipo de patología proctológica antes de la cirugía bariátrica. Del resto (170 pacientes), y tras un seguimiento medio de 87,9 (42-135) meses tras la cirugía bariátrica, 51 pacientes (30%) sufrieron patología proctológica de nueva aparición. El tipo de patología que se desarrolló en estos pacientes fue hemorroidal en 29 casos (53,9%), fisura anal en 16 (31,4%), absceso o fístula perianal en 7 (13,7%), prurito anal en 5 (9,8%), incontinencia anal en 4 (7,8%), proctalgia en 2 (3,9%) y prolapso rectal en 1 (2%). 14 (27,5%) de estos pacientes fueron sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica como tratamiento de su afección proctológica. El número medio de deposiciones diarias fue significativamente mayor en los pacientes que desarrollaron patología proctológica que en los que no lo hicieron (2,5 vs 1,5 $p = 0,047$).

Conclusiones: Los pacientes sometidos a cirugía bariátrica sufren una incidencia elevada de problemas proctológicos de nueva aparición tras la intervención (30%), que parecen estar relacionados con un aumento en el número de las deposiciones. El diagnóstico proctológico más frecuente en estos pacientes es la patología hemorroidal, seguida de fisuras y abscesos perianales.

O-372. EFICACIA DE LA ANOPEXIA MUCOSA GRAPADA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA HEMORROIDAL SEGÚN LA DISTANCIA DE GRAPADO: ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO

S. Llorca Cardeñosa, L.A. Hidalgo Grau, N. Ruiz Edo, A. Hugué Ramón, A. Heredia Budó, O. Estrada Ferrer, E.M. García Torralbo, M. del Bas Rubia y X. Suñol Sala

Hospital de Mataró, Mataró.

Introducción: Frente a las técnicas resectivas clásicas, la anopexia mucosa grapada (AMG) ofrece un curso postoperatorio inmediato mucho más confortable. Sin embargo, la AMG resuelve un porcentaje inferior de los síntomas a largo plazo. Con la hipótesis de que una AMG más cercana a la línea dentada podría mejorar los resultados clínicos de la misma, diseñamos el presente estudio. En un estudio preliminar al actual, comprobamos que un grapado más cercano a la línea dentada no alteraba el curso postoperatorio inmediato de la AMG.

Objetivos: Evaluar si la distancia a la que se realiza el grapado de la AMG respecto al margen anal influye en la eficacia de la misma.

Material y métodos: Estudio prospectivo aleatorizado doble ciego con dos grupos de pacientes. En el grupo A, se realizó grapado a 4,5 cm de margen anal externo (61 pacientes) y en el grupo B se hizo lo propio a 6 cm (58 pacientes). Ambos grupos son comparables en lo que respecta a la edad media (A 48,41; B 47,12 años), género (hombres/mujeres, A 37/24; B 37/21), grado hemorroidal (III/IV, A 34/27; B 34/24) tiempo quirúrgico (A 19,57; B 18,67 minutos), el área de mucosa reseca (A 49,36; B 52,98 cm²). Se realizó valoración clínica de los pacientes con un seguimiento mínimo de dos años por parte de un observador ciego respecto a la distancia de grapado. Valoramos la persistencia de sintomatología, grado de satisfacción y la tendencia de los mismos a recomendar la técnica. El análisis estadístico se efectuó mediante test de χ^2 , de la t de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados: Persistió algún tipo de sintomatología hemorroidal en 37 pacientes del grupo A y 36 del grupo B (p = 0,51). Específicamente, 7 pacientes del grupo A y 6 del grupo B manifestaron algún tipo de sangrado (p = 0,54). En cuanto episodios de dolor anal, se produjeron en 6 casos del grupo A y 5 del grupo B (p = 0,54). El signo que se mantuvo tras la intervención con mayor frecuencia fue el prolapso hemorroidal, 22 casos del grupo A y 21 del grupo B (p = 0,57); sin embargo el grado de satisfacción con la AMG es alto, 78% de pacientes satisfechos en el grupo A y 77,6% grupo B (p = 0,59). Tanto es así, que recomendarían la técnica, 78% de pacientes del grupo A y 81% del grupo B (p = 0,45). Sólo precisaron reintervención por síntomas en el tiempo de seguimiento considerado 2 pacientes en cada grupo (3%).

Conclusiones: No existen diferencias en cuanto a la efectividad de la AMG si se realiza la técnica con grapado más cercano a la línea dentada. A pesar de que los pacientes manifiestan prolapso en un porcentaje considerable, sólo requieren reintervención quirúrgica un 3% de los mismos. Los pacientes manifiestan un alto grado de satisfacción con la AMG.

O-373. EVALUACIÓN DEL USO DE DILTIAZEM ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL

F. Alba Mesa, J.M. Romero Fernández y E. Fernández Ortega

Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, Bormujos.

Objetivos: La esfinterotomía química ha demostrado su efectividad en el tratamiento de la fisura anal, aunque el resultado a largo plazo no sea equiparable a la esfinterotomía quirúrgica. El trinitrato de glicerilo (TNG)

se ha utilizado ampliamente en el tratamiento de la fisura anal, aunque los efectos secundarios que originan en algunos pacientes implican el abandono de la terapéutica. Nuestro objetivo ha sido evaluar la eficacia del diltiazem oral en el tratamiento de la fisura anal en aquellos pacientes que no toleran el tratamiento tópico con TNG.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo realizado en pacientes con fisura anal que han abandonado el tratamiento con TNG por intolerancia. El criterio de exclusión fue pacientes hipertensos con terapéutica antihipertensiva establecida o que tomaban antihipertensivos por otras causas, síndrome del nódulo sinusal, bloqueo A-V de II-III grado sin marcapasos, pulsaciones basales inferiores a 55/minuto. Se han incluido 28 pacientes en el estudio, se ha administrado 120 mg de diltiazem oral de liberación prolongada durante un periodo máximo de 8 semanas. Se ha evaluado la respuesta clínica al tratamiento (proctalgia y sangrado) así como las alteraciones en la presión arterial a las 2, 4, 6 y 8 semanas. Se han registrado los efectos adversos derivados del uso de diltiazem oral.

Resultados: No se registró una reducción de la presión arterial significativa en los pacientes tratados. El 57,14% de los pacientes registraron una disminución de la proctalgia, evaluada con una escala analógica visual superior al 50% a partir de la segunda semana de tratamiento (p < 0,01). En 6 pacientes se registraron efectos adversos (un caso de rash, dos casos de náuseas, dos casos de alteración en el gusto y olfato, dolor de cabeza en un caso), en ninguno de los casos los pacientes abandonaron el tratamiento. La curación de la fisura fue completa en 20 pacientes (71,4%) a las 8 semanas, con abolición del dolor y ausencia de sangrado.

Conclusiones: Son necesarios estudios doble ciego así como aleatorizados sobre el uso del diltiazem oral en el tratamiento de la fisura anal, aunque los resultados obtenidos por este y otros estudios lo equiparan a otras terapéuticas tópicas, con menos efectos secundarios.

O-374. LESIONES PRENEOPLÁSICAS EN VARONES HOMOSEXUALES INFECTADOS CON EL VIH Y VPH

M. Iribarren Díaz, A. Ocampo Hermida, J. González-Carrero Fojón, M. Rodríguez Gironde, M. Alonso Parada, M.A. Freiría Eiras, C. Martínez Vázquez y E. Casal Núñez

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo.

Objetivos: El estudio es parte de un proyecto cuya finalidad es definir una actitud ante el carcinoma anal y sus lesiones preneoplásicas en los grupos de de mayor riesgo, intentando contribuir a la disminución de la alarmante incidencia de esta neoplasia. **Objetivos:** 1. Cuantificar la presencia del VPH (virus del papiloma humano) de alto riesgo. 2. Valorar los hallazgos citológicos y su relación con los histológicos. El estudio sigue las recomendaciones de los grupos más relevantes, basadas fundamentalmente en las enseñanzas del exitoso programa de cribado diagnóstico, control y tratamiento de la población femenina con riesgo de padecer carcinoma de cérvix.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo de una población de 113 HSH (hombres que tienen sexo con hombres), infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y con el virus del papiloma humano (VPH). **Procedimiento:** 1. Citología anal con técnica de cepillado. 2. Determinación de la presencia del VPH en medio líquido. 3. En aquellos con alteraciones histológicas o presencia de virus oncogénicos de alto riesgo se realizó anoscopia de alta resolución (AAR) y estudio histológico de lesiones sospechosas. La alteraciones citológicas se categorizaron mediante la clasificación de Bethesda como: Negativa, LSIL (Low grade Squamous Intraepithelial Lesion), ASCUS (Atypical Squamous Cells of Underdetermined Significance) y HSIL (High grade Squamous Intraepi-

Tabla 1. (O-374) Relación de los resultados citológicos con otras variables de interés

Citología	n	Edad (años)	Fecha VIH	VHP-ar%	Otras ETS	CD4	TARGA
Negativa	69	45 (21-79)	2004 (1987-2011)	68%	46%	786 (157-17.289)	55 (80%)
LSIL	17	41 (24-54)	2004 (1990-2011)	94%	53%	766 (253-1.700)	14 (82%)
ASCUS	25	40 (25-69)	2006 (1993-2012)	100%	36%	702 (324- 1.147)	18 (72%)
HSIL	2	60 y 41	1987 y 2008	100%	100%	800 (800-803)	1 (50%)
Total	113	Media: 44					

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. VPH ar: virus del papiloma humano de alto riesgo. ETS: enfermedades de transmisión sexual. TARGA: terapia antirretroviral de gran actividad.

thelial Lesion) y las lesiones histológicas en: AIN (Anal Intraepithelial Neoplasia) se gradúan utilizando los criterios de las CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia): AIN-1, AIN-2, AIN-3. Para la AAR utilizamos un anoscopio plástico transparente y colposcopio, el cual aporta fuente de luz y visión binocular de gran aumento. La exploración se realiza con visión secuencial tras impregnación con ácido acético al 3% y lugol. Aquellas lesiones acetoblanco-lugol negativas se biopsiaron con pinza Baby-Tischler. En las lesiones AIN II y III, realizamos coagulación con infrarrojos.

Resultados: El 38% de los pacientes presentaron alteraciones en la citología anal (LSIL 14%, ASCUS 22%, HSIL 2%, Negativos 62%). El 78% tenían infección por VPH de alto riesgo oncogénico de ellos el 77% estaban infectados por más de 1 genotipo de alto riesgo (tabla). Se realizó AAR a 65 pacientes y biopsia al 62% de ellos. Los resultados histológicos fueron: Negativos: 20%, AIN I: 45%, AIN II: 27,5%, AIN III: 7,5% (fig.).

Conclusiones: Elevada prevalencia de infección por VPH anal y alteraciones citológicas en nuestros pacientes VIH positivos-HSH. Alta prevalencia de alteraciones histológicas compatibles con lesiones preneoplásicas en biopsias de lesiones acetoblanco-lugol-negativas. Necesidad de desarrollo y aplicación de protocolos de cribado de neoplasia anal y actuación precoz sobre dicho colectivo. La realización de la AAR utilizando técnica colposcópica es un método adecuado para estudiar el epitelio escamoso anal y para la realización de estudios diagnósticos, terapéuticos y controles. Los estudios en curso deberán aproximarnos a un protocolo efectivo.

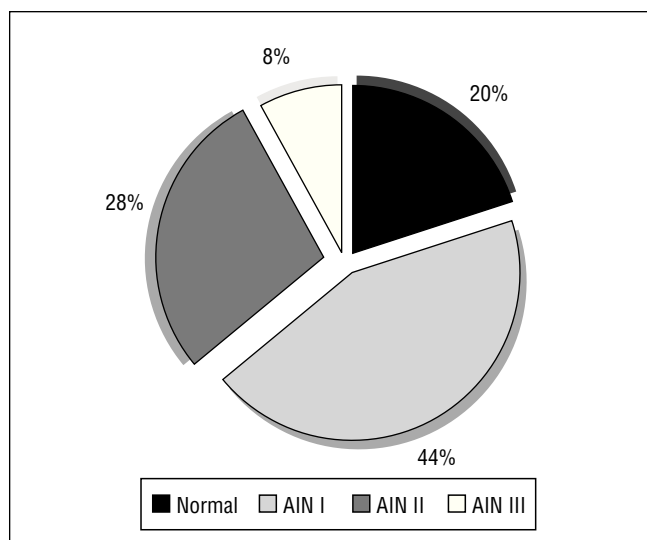


Figura. Histología tras biopsia. AAR de las lesiones acetoblanco-lugol negativas.

O-375. LIGADURA ELÁSTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL

A. Arenas Miquélez, J. Marzo Virto, C. Chaveli Díaz y L. Segura Pujolar
Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Valoración de resultados, complicaciones y tiempo de seguimiento necesario para establecer si el procedimiento es satisfactorio.

Material y métodos: Desde marzo de 2008 a junio de 2009, 95 pacientes con hemorroides fueron tratados mediante ligadura elástica y revisados sistemáticamente hasta marzo de 2012. Fue indicada en hemorroides grado II, III, y en algún grado IV con elevado riesgo quirúrgico. Fueron excluidos los pacientes inmunodeprimidos o con patología anorrectal asociada. Se confeccionó una base de datos con edad, sexo, síntomas, grado de hemorroides, número y posición de ligaduras, colonoscopia previa, complicaciones, tiempo de seguimiento, número total de sesiones, necesidad de hemorroidectomía posterior y tiempo transcurrido hasta la misma. Las variables cuantitativas se analizaron mediante medidas de centralización (media) y dispersión (rango). Utilizamos anuscopio Heine y aplicador de ligaduras BiHex, con el paciente en decúbito lateral izquierdo, sin preparación previa ni profilaxis antibiótica. Tratamiento posterior con analgésicos y baños de asiento. Se realizaron revisiones a los 2, 4, 8 y 12 meses y después cada 6 meses hasta la fecha de evaluación de

resultados. Indicamos hemorroidectomía en los pacientes con tres o más sesiones de ligaduras; con una o dos sesiones + persistencia de hemorragia con anemia secundaria, ansiedad y rechazo de otra sesión; y en aquellos con síntomas significativos secundarios al prolapso. Consideramos a un paciente curado cuando desaparecieron los síntomas secundarios a las hemorroides.

Resultados: De los 95 pacientes, 5 no acudieron al procedimiento y 13 se suspendieron por llevar más de 12 semanas asintomáticos. 77 pacientes tratados: 51 (66%) varones y 26 (44%) mujeres. 27 (35%) pacientes con hemorroides grado II, 45 (58%) grado III y 5 (6.5%) grado IV. 74 (96%) pacientes presentaron rectorragia, 45 (62%), prolapso y 43 (56%) ambos síntomas asociados. Se colocaron 3 ligaduras de media por procedimiento (rango 1-5). Colonoscopia previa en 51 pacientes (66%), encontrando hemorroides como única causa de rectorragia. Las complicaciones fueron dolor anal en 8 (10%) pacientes, mareo en 4 (5%) y tenesmo en 2 (2.5%), todos ellos resueltos con tratamiento médico. En ningún caso hubo indicación de retirar las ligaduras ni necesidad de ingreso. En 51 (66%) pacientes se realizó una sesión, en 20 (26%) pacientes, dos y en 6 (8%) tres sesiones. El tiempo medio de seguimiento fueron 40 meses (rango 33-49). En 61 (80%) pacientes el tratamiento fue satisfactorio con desaparición de los síntomas. En 30 (39%) pacientes encontramos persistencia o recidiva de los síntomas, de ellos el 67% ocurrieron en el primer año de seguimiento. En 16 pacientes (20%) se consideró fracasado el procedimiento, realizándose hemorroidectomía a los 16 meses de media (rango 2-36).

Conclusiones: 1) La ligadura elástica es sencilla, eficaz y con morbilidad despreciable, por lo que la consideramos técnica de elección, como primer procedimiento, en hemorroides grado II y III. 2) Sin embargo el tiempo de seguimiento debe ser prolongado puesto que un tercio de fracasos aparece después del primer año de seguimiento.

O-376. COMPLICACIONES EN LA TÉCNICA DE LA LIGADURA INTERESFINTÉRICA DE LA FÍSTULA ANAL (LIFT). CONSEJOS Y TRUCOS

R. Lozoya-Trujillo, M.D. Ruiz-Carmona, R. Rodríguez-Carrillo, K. Maiocchi, S. Díaz, A. Frangi-Caregnato y F. Checa-Ayet

Hospital de Sagunto, Sagunto.

Objetivos: La técnica de la ligadura interesfintérica de la fístula anal (LIFT) fue descrita por Rojanasakul en 2007. Desde entonces esta técnica está aún en fase de evaluación. Se han descrito tasas de curaciones variables desde un 57% a un 94%, según los estudios publicados. Estos estudios son, en su mayoría, de pocos casos. La cirugía proctológica resulta, como en otros campos, muy cirujano dependiente. Con frecuencia técnicas descritas como simples no lo son tanto a la hora de reproducirlas, precisando una curva de aprendizaje. La técnica de LIFT es una técnica simple y esquematizada pero en nuestra experiencia no implica que sea sencilla de realizar, esto podría justificar la variabilidad en los resultados publicados que estamos seguros que mejoran con la experiencia. El hecho de llevar tiempo realizando esta técnica así como la oportunidad de haber intervenido en la formación de varios cirujanos nos ha permitido observar una serie de problemas y complicaciones que con mayor frecuencia se producen durante su ejecución, influyendo obviamente en el resultado final.

Material y métodos: Identificamos una serie de ítems o pasos que durante la realización de la técnica de LIFT presentan riesgo de complicarse. La técnica se esquematiza en los pasos siguientes: identificación del O.I. (Orificio Interno) y trayecto fistuloso, apertura y disección del espacio interesfintérico, individualización del trayecto fistuloso, ligadura del trayecto a nivel del esfínter interno, escisión del tejido criptoglandular interesfintérico, legrado del trayecto extraesfintérico con o sin ligadura del extremo distal del trayecto, y apertura-drenaje del O.E. (orificio externo).

Resultados: Hemos identificado problemas en la entrada adecuada al espacio interesfintérico: dificultad especial en las fístulas con O.E. posterior (Goodsall posterior) por el rafe anocoxígeo, y lesiones esfintéricas. Problemas en la disección y la ligadura del trayecto: apertura del canal anal, soltarse la ligadura del trayecto, y apertura del trayecto fistuloso. Problemas en el manejo del trayecto extraesfintérico: cavidad-colección abscesada. Se aportan imágenes/vídeos de casos y se describen una serie de consejos y trucos para evitar estas complicaciones.

Conclusiones: La técnica de LIFT es una técnica simple que no implica que resulte sencilla de realizar. A nuestro juicio necesita de una curva de aprendizaje. Presentamos una serie de consejos y trucos para facilitar su realización y disminuir las complicaciones. Se aconseja iniciar la técnica

con las fístulas transesfinterianas medio-bajas, portadoras de setón blando y de localización Goodsall anterior.

O-377. TREINTA LESIONES ANORRECTALES DE ALTO RIESGO RELACIONADAS CON EL VPH: IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO, MANEJO TERAPÉUTICO Y EVOLUCIÓN

G. Sanz Ortega, R. Sanz López, F. Jiménez Escovar, M. Ortega, F. Esteban Collazo, A. López de Fernández, N.J. Cervantes, J. Zuloaga Bueno, J. Sanz Ortega, J.A. Cortés y J. Cerdán Miguel

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: El virus del papiloma humano (VPH) es un factor necesario en el cáncer de cérvix y se postula que en el anal, en relación con los genotipos de alto riesgo (AR). Se han identificado múltiples factores de riesgo para estas lesiones. Presentamos una serie prospectiva controlada en nuestra Consulta.

Materiales y métodos: Serie prospectiva de 109 pacientes remitidos a nuestra Consulta entre enero 2008 y abril de 2012. Describimos las variables analizadas como factores de riesgo en 30 pacientes de esta serie con lesiones displásicas graves o cáncer: edad, género, tabaquismo, ADVP, VIH, recuento de CD4, TARGA, sexo anal, verrugas, citología anal, antecedentes ginecológicos por VPH (CIN, VIN). Se expone el manejo terapéutico y evolución de los mismos. Análisis estadístico: se presenta la distribución de frecuencia de las variables y la asociación con el test de la χ^2 . SPSS 15.

Resultados: Se han identificado 15 pacientes con carcinoma epidermoide (CE) y 15 con displasia grave. En nuestra serie los factores independientes asociados a displasia anal severa o carcinoma epidermoide son la no presencia de verrugas en el momento del estudio, una mayor edad y no tener antecedentes de ADVP o trasplante de órganos sólidos. También tuvieron significación estadística el antecedente de CIN 2+ o VIN 2+ y la infección por al menos un genotipo-AR frente a no tenerlo. El tratamiento del CE fue individualizado; tratándose con quimioradioterapia únicamente tres de ellos, en otro caso los oncólogos descartaron la radioterapia por la extrema delgadez de la paciente y se realizó una amputación abdominopereineal (AAP). Una paciente (con una conización previa por CINIII) recibió tratamiento neoadyuvante y se realizó resección anterior ultrabaja con respuesta histológica completa. Sin embargo falleció a los 12 meses por enfermedad metastásica hepática que no respondió a quimioterapia. Un paciente inmunocomprometido (VIH) presentó persistencia tumoral tras radioterapia, por lo que se realizó una AAP; falleció tras superar el postoperatorio inmediato por un fallo multiorgánico secundario a una neumonía nosocomial agravada por su inmunodeficiencia. En los otros casos se realizó exéresis amplia de lesiones menores de 2 cm (uno de ellos con radiación previa). El resto de pacientes se encuentran asintomáticos y libres de enfermedad. Las lesiones con displasia severa y las lesiones condilomatosas con áreas de carcinoma "in-situ" se trataron con extirpación amplia.

Conclusiones: En nuestra serie la incidencia de lesiones displásicas y genotipos de AR es muy elevada. Debemos poner en marcha programas de cribado en pacientes de riesgo para la detección precoz de estas lesiones. Debemos priorizar en el cribado del cáncer anal a las personas de edad mayor a 45 años, con antecedentes neoplásicos en genitales relacionados con el VPH. Se asocia la infección con VPH-AR como factor de riesgo para el carcinoma epidermoide y sus lesiones precursoras.

O-378. RESULTADOS DE LA EXTENSIÓN DE LA ESFINTEROTOMÍA LATERAL INTERNA EN EL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL CRÓNICA. ESTUDIO ECOGRÁFICO TRIDIMENSIONAL

C. Hevia Ivars, S. García Botello, P. Esclapez Valero, A. Sanahuja Santafé, J. Raga Vázquez y A. Espí Macías

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Objetivos: Determinación de la longitud y grosor de la esfinterotomía lateral interna (ELI) con ecografía endoanal 3D (EEA3D) realizada en el tratamiento de la fisura anal crónica (FAC), y su relación con la tasa de incontinencia y recidiva postoperatoria.

Materiales y métodos: Se efectuó un estudio prospectivo observacional y consecutivo de los pacientes a los que se realizó una ELI como tratamiento de la FAC entre diciembre 2008 y diciembre 2011. Los criterios de inclusión fueron pacientes con FAC refractario al tratamiento médico. En to-

dos los casos se les realizó de forma preoperatoria una valoración de la continencia fecal mediante la escala de Wexner y se les midió la longitud del esfínter anal interno (EAI) mediante EEA3D. A los 3 meses de la intervención se les repitió la valoración de la continencia con el mismo sistema y se les realizó una nueva EEA3D en la que se midió la longitud del EAI y la longitud de la ELI. Los test estadísticos utilizados han sido pruebas paramétricas, no paramétricas, cálculo del índice de correlación de Spearman y una regresión lineal simple según la distribución de las variables y el objetivo buscado.

Resultados: Se intervinieron un total de 65 pacientes (31 hombres y 34 mujeres) con una edad media de $50 \pm 14,96$ años. La duración mediana de los síntomas fue de 12 meses (rango: 3-153 meses) y en todos los casos hubo un fracaso del tratamiento conservador. El 12,3% de la serie (8 pacientes) tuvo antecedentes de cirugía anal previa y el 10,8% antecedentes obstétricos significativos (7 enfermas). La longitud mediana del EAI de toda la serie fue de 30 mm (16-42 mm), la longitud mediana de EAI seccionado fue de 9 mm (2-22 mm) y la proporción mediana de EAI seccionado según su longitud total fue del 29,27% (9-100%). La esfinterotomía fue incompleta en sentido axial en 7 casos (10,7%). Cinco pacientes presentaron recidiva de la FAC (7,7%). La mediana del Wexner preoperatorio fue de 0 (0-10) y el postoperatorio de 0 (0-15) sin encontrar diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$) para el grupo global. En 11 casos hubo un leve empeoramiento de la puntuación de Wexner tras la cirugía. Sólo hubo 1 caso de incontinencia fecal significativo (Wexner > 3). La proporción del esfínter seccionado resultó pronóstica de la puntuación de Wexner tras la cirugía ($p = 0,011$), aunque esto no se relacionó de forma significativa con la recidiva de la fisura.

Conclusiones: Una esfinterotomía limitada al tercio inferior del esfínter anal se asocia a una tasa de curación adecuada sin un desarrollo o empeoramiento de la continencia fecal.

O-182. FACTORES PRONÓSTICOS PARA LA RECURRENCIA TUMORAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO QUE HA SIDO TRATADO CON QUIMIO-RADIOTERAPIA NEOADYUVANTE, CIRUGÍA Y QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE

J. Arredondo Chaves¹, J. Baixauli Fons¹, C. Beorlegui², A. Chopitea¹, M. Bellver¹, P. Martínez¹, C. Sánchez¹, J.J. Sola¹, J. Rodríguez¹, L. Arbea¹ y J.L. Hernández-Lizoáin¹

¹Clínica Universidad de Navarra, Pamplona. ²Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: El objetivo de este estudio es identificar factores que influyen en la aparición de recidivas en pacientes con cáncer de recto localmente avanzado que han sido tratados con quimio-radioterapia neoadyuvante, cirugía y quimioterapia adyuvante.

Materiales y métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes tratados en la Clínica Universidad de Navarra entre enero de 2000 y diciembre de 2010. Los pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante con administración concomitante de radioterapia. En todos los casos se realizó escisión total del mesorrecto. Se administró quimioterapia adyuvante en casos seleccionados.

Resultados: La cohorte consistió en 228 pacientes, de los que el 69,3% eran hombres. La edad media fue de 59 años. El 35,1% eran tumores con un estadio II y el 64,9% estadio III. En 165 pacientes se administró quimioterapia basada en 5-FU y oxaliplatino, mientras que en 63 pacientes, sólo 5-FU. 132 pacientes recibieron radioterapia de 7 campos y 96 de 4 campos. La mediana de seguimiento fue 49 meses. 54 pacientes (23,7%) presentaron recidiva de la enfermedad. 6 recidivas locales, 16 hepáticas y 34 pulmonares. Los factores asociados a la recidiva a distancia en el análisis multivariante de regresión logística fueron el estadio patológico (III vs I/II: OR = 2,51), el grado de respuesta tumoral (1/2 vs 3+/4: OR = 3,34; 3 vs 3+/4: OR = 1,20) y la localización en tercio rectal inferior (OR = 2,36). El grado de respuesta tumoral fue un factor pronóstico independiente para el desarrollo de metástasis hepáticas (1/2 vs 3+/4: OR = 4,67, y 3 vs 3+/4: OR = 1,41). En cuanto a la aparición de metástasis pulmonares, se observó una relación estadísticamente significativa con el tercio inferior (OR = 3,23), el grado de respuesta (1-2 vs 3+/4: OR = 5,5, 3 vs 3+/4: OR = 1,84) y la presencia previa de metástasis hepáticas (OR = 5,75).

Conclusiones: Los pacientes con un cáncer de recto localmente avanzado, que han sido tratados con un programa neoadyuvante de

quimio-radioterapia y posterior cirugía, que presentan el tumor en tercio inferior de recto, con estadio avanzado y pobre respuesta tumoral, tienen un alto riesgo de presentar metástasis a distancia. El seguimiento en los pacientes con estas características debería ser más intensivo para detectar de una manera precoz la aparición de recidivas.

O-183. NUESTROS RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO EN EL SENO DEL PROYECTO VIKINGO DE LA AEC

J.P. Paredes Cotoré, H. Núñez Tasaico, M. Loreto Brand, M. Echevarría Canoura, S. López Goye, A.M. Paulos Gómez, D. Prieto González, A. Fernández Pérez, M.J. Ladra González, A. Ríos Ríos y M. Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Objetivos: Evaluar los resultados del tratamiento del cáncer de recto en nuestro servicio (Hospital Universitario de tercer nivel), desde su inclusión en el Proyecto Vikingo de la AEC (hospital 40). La cirugía del cáncer de recto puede ser técnicamente difícil, pero de su calidad depende el control local de la enfermedad. Es necesario que los cirujanos evalúen sus resultados y los contrasten con los de su entorno y con los estándares de calidad.

Material y métodos: Se han incluido los enfermos intervenidos por cáncer de recto desde 2009, fecha de inclusión en el Proyecto Vikingo, hasta 2011. Han sido tratados por los cirujanos de la Unidad de Cirugía Colorrectal de nuestro Servicio de Cirugía General. Los datos (clínicos, quirúrgicos, anatómo-patológicos...) han sido recogidos de forma prospectiva en la base de datos de la AEC, así como en una base de datos propia.

Resultados: Se han intervenido 181 enfermos, 72% varones. Edad media 66 años (34-87). Estadificación TNM preoperatoria: I-7 (4%), II-29 (16%), III- 135 (75%), IV-10 (5%). ASA II 71%, III 25%. Neoadyuvancia en 89,5%, en forma de radioquimioterapia en 96%. Localización tumoral: recto superior 34 (19%), medio 102 (56%) e inferior 45 (25%). Vía de abordaje: laparotomía 50 (28%), laparoscópica 125 (72%) con 6 conversiones (4,5% de laparoscopia). Las técnicas quirúrgicas realizadas han sido: resección anterior 113 (62%), alta 14 (8%), baja y ultrabaja 99 (54%); amputación abdomino-perineal 45 (25%); Hartmann 20 (11%); colectomía total asociada 2 (1%); panproctocolectomía total con reservorio ileal 1 (0,5%). Duración operatoria media 227 minutos (90-425). Extirpación mesorrectal total en 151 (83,5%) y parcial en 30 (16,5%). Estomas en 164 casos (91%), 65 colostomías definitivas (36%) y desfuncionalizantes transitorios en 99 (55%) tipo ileostomía en 97. Complicaciones intraoperatorias 5 enfermos: contaminación intraperitoneal en 2, lesión vesical en 2 y apertura del tumor en 1. Hubo que reintervenir a 15 pacientes (8%). Complicaciones postoperatorias: infección herida operatoria abdominal 11%, perineal 40%; dehiscencia anastomótica 6 (3%), absceso pélvico 22 (12%), colección intraabdominal 5 (3%), íleo prolongado (8%), obstrucción intestinal (4%), lesión ureteral 1 (0,5%). Mortalidad 1 caso (0,5%). Resección R0 96%, R1 1%, R2 3%. Mesorrecto óptimo en 165 (91%). Margen distal libre en 99,4%, circunferencial libre 97%. Promedio de GL aislados 16,6 (5-69) y positivos 1 (0-15). Grado de regresión de Mandar tras neoadyuvancia: 1. 16,5%, 2. 13%, 3. 36%, 4. 21,5%, 5. 1,5%. Estadificación TNM patológica: 0. 16%, I. 33%, II. 23%, III. 25,5%. En cuanto al seguimiento: libre de enfermedad 128 (71%), recidiva loco-regional 4 (2%), persistencia de la enfermedad 2 (1%), desarrollo de metástasis 17 (9%), exitus 5 (3%).

Conclusiones: Nuestra serie se caracteriza por un estadio localmente avanzado (EIII 75%), que motiva neoadyuvancia en el 90% de los casos. La cirugía es realizada por cirujanos expertos con especial dedicación. La vía laparoscópica (72%) es la de elección, con una baja conversión. Se conservan esfínteres en el 75% pero con un 11% de Hartmann por edad avanzada o incontinencia previa. La calidad de la resección es excelente, con una mortalidad postoperatoria del 0,5%. La morbilidad es considerable, en cuanto a infección del sitio quirúrgico perineal. La dehiscencia es baja, pero es difícil de precisar con exactitud ya que algún caso puede solaparse con formas de presentación como abscesos pélvicos (12%), con mínima repercusión clínica y fácilmente tratables de forma conservadora. A medio plazo, a falta de mayor seguimiento, los resultados son buenos, con un 2% de recidiva local.

O-184. PATRÓN Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DISEMINADA METACRÓNICA EN EL CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO TRATADO CON QUIMIO-RADIOTERAPIA PREOPERATORIA, CIRUGÍA Y QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE

J. Baixauli Fons¹, J. Arredondo Chaves¹, C. Beorlegui², M. Bellver¹, P. Martínez¹, C. Sánchez¹, G. Zozaya¹, A. Chopitea¹, J.J. Sola¹, L. Arbea¹ y J.L. Hernández-Lizoain¹

¹Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. ²Hospital de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Determinar la evolución y resultados oncológicos a largo plazo obtenidos tras la aplicación de un esquema de quimio-radioterapia neoadyuvante, cirugía y quimioterapia adyuvante en el tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado, con especial énfasis en el estudio del patrón de aparición de recidiva a distancia de la enfermedad y su evolución en función de su tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de 228 pacientes diagnosticados de cáncer de recto localmente avanzado en estadio II (n = 80) y III (n = 148) tratados con el citado esquema terapéutico en nuestro Centro entre 2000 y 2010, con una mediana de seguimiento de 49 meses.

Resultados: Estadío patológico definitivo: 0: 11,4%; I: 30,7%; II: 27,2%; III: 30,7%. Supervivencia global estimada de la serie a 5 y 10 años: 89,6% y 71,2%. Supervivencia libre de enfermedad a 5 y 10 años: 75,3% y 65%. 54 pacientes (23,7%) presentaron recidiva de la enfermedad: 6 (2,6%) recidiva local; 48 (21,1%) metástasis a distancia, localizadas el hígado en 16 casos, pulmón en 34 (9 en ambos órganos) y en otras localizaciones en 8. Tratamiento de la enfermedad metastásica: hepática: resección quirúrgica 11 pacientes (68,7%), quimioterapia 14 pacientes (87,5%); pulmonar: resección quirúrgica 10 pacientes (29,4%), quimioterapia 34 pacientes (100%). Mediana de supervivencia tras la aparición de recidiva a distancia de 36 meses (IC95%: 28-44). La supervivencia actuarial a 5 años de los pacientes con metástasis hepáticas fue significativamente superior a la de los de diseminación pulmonar (73,8% vs 27,5%, p = 0,042). Sin embargo la resección quirúrgica de las metástasis fue el único factor significativamente asociado con un incremento de la supervivencia en el análisis multivariado (regresión de Cox): HR = 15,4, IC95%: 3,41-71,4; p < 0,001. La mediana de supervivencia en pacientes metastásicos con resección quirúrgica de las lesiones fue de 73 meses (IC95%: 67,8-78,2).

Conclusiones: Si bien la aplicación de un programa de terapia combinada en el cáncer de recto localmente avanzado permite un excelente control local de la enfermedad, cerca de una cuarta parte de los pacientes presentarán metástasis a distancia, sobre todo a nivel pulmonar y en segundo lugar hepático. La resección quirúrgica de éstas es el factor pronóstico de supervivencia más importante. El establecimiento de un programa de seguimiento que permita su detección precoz y exéresis quirúrgica puede repercutir en una mejor supervivencia.

O-185. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA FRENTE A CIRUGÍA ABIERTA EN EL CÁNCER DE RECTO. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE 4.970 PACIENTES

J. Luján¹, G. Valero², S. Biondo³, E. Espín⁴, M. Frutos¹, J. Abrisqueta¹, P. Parrilla¹ y H. Ortiz²

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia. ³Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁴Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ⁵Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción: La seguridad y eficacia terapéutica de la cirugía laparoscópica en el cáncer de recto es controvertida debido a las dificultades técnicas que conlleva y requiere experiencia no sólo en la cirugía laparoscópica avanzada, sino también la cirugía abierta. En 2006, la Asociación Española de Cirujanos implementó un proceso de capacitación auditada para la escisión total del mesorrecto en pacientes con cáncer rectal, con la intención de mejorar la competencia de los cirujanos y patólogos en el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto, ya que una desviación de los principios oncológicos en la escisión del mesorrecto significaría un posible aumento en la recidiva local y una supervivencia más corta.

Objetivos: Comparar la cirugía laparoscópica versus cirugía abierta para el cáncer de recto y analizar los resultados del proyecto auditado

multidisciplinar sobre la escisión total del mesorrecto llevado a cabo en España.

Material y métodos: Este estudio prospectivo, no aleatorizado multicéntrico incluye 4.970 pacientes con cáncer rectal. El estudio compara las siguientes variables: técnica quirúrgica que se realiza, transfusión de sangre, tiempo quirúrgico, perforación del tumor, tasa de conversión, complicaciones postoperatorias, duración de la estancia hospitalaria, el margen circunferencial y distal, ganglios linfáticos aislados, calidad del mesorrecto, recidiva local y tasa de supervivencia.

Resultados: De los 4.970 pacientes con cáncer de recto diagnosticados durante el período de estudio, 565 fueron excluidos. Los restantes 4.405 se distribuyeron en dos grupos dependiendo de si se sometieron a cirugía abierta (CA) (3018; 68,51%) o cirugía laparoscópica (CL) (1387, 31,49%). Los dos grupos eran homogéneos para sexo, edad y tumor, sin diferencias significativas. El grupo de CL tenía más pacientes con ASA I-II y III, una mayor tasa de tratamiento neoadyuvante con diferencias significativas. La tasa de resecciones anteriores fue mayor en el grupo CL, mientras que el porcentaje de Hartmann y proctocolectomías fue mayor en el grupo de CA, con diferencias significativas. No hubo diferencias en la tasa de amputaciones abdominoperineales. La creación de un estoma de protección fue similar en los dos grupos. La tasa de perforación del tumor, número de concentrados de hematíes transfundidos durante la operación y la duración de la estancia fueron significativamente mayores en el grupo de CA, mientras que el tiempo quirúrgico fue mayor en el grupo de CL. Hubo complicaciones en 1375 pacientes (45,6%) del grupo CA y en 531 pacientes (38,3%) del grupo CL, con diferencias significativas. La tasa de mortalidad en el postoperatorio fue de 3,6% en el grupo de CA y el 1,2% en el grupo CL, con diferencias significativas. El promedio de ganglios aislados fue similar en ambos grupos, pero la tasa de afectación del margen circunferencial y distal así como la calidad insatisfactoria o parcialmente satisfactoria del mesorrecto, fue significativamente mayor en el grupo de CA. La media de seguimiento fue de $21,98 \pm 12,39$ meses para CA y $23,58 \pm 11,77$ meses para CL. No hubo diferencias para la tasa de recurrencia local y supervivencia.

Conclusiones: De acuerdo con estos resultados, la resección de recto por cirugía laparoscópica presenta ventajas frente a la cirugía convencional, con similares tasas de supervivencia y recurrencia local.

O-186. UTILIDAD DE LA RMN PÉLVICA TRAS TRATAMIENTO CON QUIMIORTADIOTERAPIA PREOPERATORIA EN EL CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO

F. Mendoza Moreno, R. Villeta Plaza, S. Hernández Domínguez, A. Sánchez Mozo, A.M. Bravo Minaya, R. Martín Molinero, R. Marcos Hernández, F. Hernández Merlo, M. Díez Alonso, F. Nogueras Fraguas y F.J. Granell Vicent

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Introducción: La radioterapia preoperatoria junto con quimioterapia sistémica es el tratamiento inicial en los casos de tumores de recto avanzados localmente. Los estudios de imagen juegan un papel fundamental en la estadificación preoperatoria de estos tumores. Sin embargo, tras el tratamiento quimiorradioterápico preoperatorio, la resonancia nuclear magnética puede presentar problemas importantes en la estadificación.

Material y métodos: Se analizan los resultados obtenidos en 40 pacientes intervenidos por cáncer de recto localmente avanzado tratados con quimiorradioterapia preoperatoria. El estudio se realizó entre enero de 2009 y diciembre de 2010. Los pacientes fueron intervenidos en nuestro centro a las 8 semanas tras completar el tratamiento. Fueron 22 mujeres (55%) y 18 hombres (45%) con una edad media de 57 años (límites 36 y 77). Se efectuó una resonancia nuclear magnética pélvica como protocolo de estadificación tumoral y otra tras completar el tratamiento neoadyuvante. Todas las pruebas fueron evaluadas por el mismo radiólogo. Los pacientes recibieron radioterapia externa que incluyó recto y ganglios perirrectales a los que se administró una dosis total de 50 Gy asociado a una dosis de capecitabina 825 mg/m²/12 horas.

Resultados: Se localizó el tumor en canal anal en 12 casos (30%), en tercio inferior en 17 (42,5%) y en tercio medio en 11 (27,5%). En ningún caso hubo progresión de la enfermedad, en seis enfermos (15%) no hubo variación en el tamaño de la neoplasia y en 34 pacientes (35%) hubo disminución del tamaño tumoral. Respuesta radiológica completa se apreció en 4 pacientes (10%). Respuesta anatomopatológica completa se encontró en 11 casos (27,5%). En nueve casos (22,5%) se ha producido una sobreestadificación T vista por RNM. En once (27,5%) se informó afectación gan-

glionar que no se confirmó en el estudio anatomopatológico. En nueve pacientes (22,5%), la RNM no identificó correctamente estadios tempranos de la enfermedad (T0-T2).

Conclusiones: La estrategia terapéutica depende de la exactitud en la estadificación preoperatoria. Sin embargo, hay discrepancias entre la estadificación radiológica e histopatológica en los casos de tratamiento quimiorradioterápico preoperatorio y esto se debe a la marcada fibrosis de la pared abdominal y a la reacción desmoplástica peritumoral. Así, la sobreestadificación ocurre tres veces más frecuentemente sobre todo en T0-T2. En cuanto a la estadificación ganglionar, las mediciones de la RNM basadas únicamente en el tamaño, tampoco son muy precisas tras la neoadyuvancia. La RNM presenta solamente una moderada precisión para predecir la estadificación tumoral en pacientes que han recibido un ciclo largo de quimiorradioterapia preoperatoria. La mayoría de los errores se relacionan con una marcada fibrosis de la pared rectal y del propio tumor causado por la radioterapia. El objetivo de este estudio es determinar la correlación entre la RNM pélvica tras quimiorradioterapia preoperatoria y los hallazgos histopatológicos y, así poder comprobar la utilidad de dicha prueba tras el tratamiento neoadyuvante.

O-187. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE RECTO EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

C. Gracia Roche¹, J.A. Monzón Abad¹, A. Martínez Germán¹, A. Escartín Arias², N. Sánchez Fuentes¹, I. Gascón Ferrer¹, M. Gutiérrez Díez¹, A. Pons Bosque¹, A.L. Sánchez Asó¹, L. Ligorred Padilla¹ y J.M. Esarte Muniaín¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Analizar los resultados del tratamiento del cáncer de recto y de la supervivencia en pacientes intervenidos por la Unidad de Coloproctología de nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de 265 pacientes intervenidos de cáncer de recto en un periodo de 6 años. Se analizan aspectos, epidemiológicos, clínicos, quirúrgicos, de complicaciones, de supervivencia y de seguimiento.

Resultados: Hemos estudiado 183 hombres y 82 mujeres con una edad media de 68,8 años. El 63,8% fueron estudiados por rectorragias, el 17,7% por estreñimiento, el 7,5% por diarrea, el 3% por anemia, el 2,6% por dolor y el 5,3% por otras causas. Localización: recto alto: 26,1%; recto medio: 45,8%; recto bajo: 28%. El 58,1% de los pacientes recibieron neoadyuvancia con radio-quimioterapia, el 1,5% sólo quimioterapia, el 0,5% sólo radioterapia y el 40% ningún tratamiento. Se realizaron 79 resecciones anteriores de recto altas, 115 bajas (42,6% con ileostomía de protección), 63 amputaciones abdominoperineales y 8 intervenciones de Hartmann. El 3,8% de las intervenciones se realizó por vía laparoscópica. La tasa de morbilidad fue del 36,6%, siendo necesario reintervenir al 6,8% de los pacientes. Presentaron dehiscencia anastomótica el 5,7%. La mortalidad fue del 2,3% y la estancia media: 13,9 días. En cuanto a la clasificación TNM: estadio 0: 7,5%; estadio I: 29,1%; estadio II: 27,1%; estadio III: 29,5%; estadio IV: 6,8%. Calidad en la exéresis del mesorrecto: completa: 74,8%; parcial: 17,3%; incompleta: 7,9%. La media de ganglios aislados fue de 10,3. El grado de regresión tumoral fue favorable (respuesta superior al 50%) en el 73,5% de los pacientes que recibieron neoadyuvancia. Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,028$) de supervivencia libre de enfermedad en los pacientes en los que hubo respuesta. En el seguimiento la tasa de supervivencia global ha sido del 92% a los 2 años y del 89% a los 5 años. La supervivencia libre de enfermedad ha sido del 82% a los 2 años y del 81% a los 5 años. Por otro lado, el 5,8% ha presentado recidiva local y el 13,6% recidiva a distancia. La supervivencia en estos pacientes a los 2 y 5 años ha sido del 0% en los que no se realizó tratamiento, del 34% y del 11% respectivamente en los que recibieron quimioterapia y del 60% en los que se asoció quimioterapia y rescate quirúrgico. En el periodo de seguimiento del estudio han fallecido 38 pacientes (14,6%), 24 por progresión neoplásica y 14 por otra causa. La supervivencia por estadios a los 5 años: estadio 0: 100%; estadio I: 98%; estadio II: 92%; estadio III: 70%; estadio IV: 60%.

Conclusiones: El tratamiento del cáncer de recto en una unidad especializada permite la elección de una estrategia terapéutica adecuada en cada paciente. El empleo de la radio-quimioterapia neoadyuvante parece reducir la recidiva local y mejorar la supervivencia. La mayoría de las recidivas tienen lugar en los dos primeros años de seguimiento. Nuestros

resultados en cuanto a mortalidad y complicaciones cumplen con los estándares de calidad de estudios nacionales de diversos países europeos.

O-188. ESTUDIO PROSPECTIVO EN CÁNCER DE RECTO T3-4 Y/O N+ TRAS UN RÉGIMEN NEOADYUVANTE PERSONALIZADO DE QUIMIORRADIOTERAPIA BASADO EN 6 DIANAS MOLECULARES TERAPÉUTICAS DEL TUMOR: RESULTADOS PRELIMINARES

A. Cubillo, H. Durán Giménez-Rico, I. Fabra, C. Oliva, R. Puga Bermúdez, E. Díaz Reques, B. Ielpo, R. Carusso, Y. Quijano Collazo, E. Vicente López y M. Hidalgo

Hospital de Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción: En el cáncer de recto existe una relación lineal entre la supervivencia libre de enfermedad (SLE) y la respuesta patológica TNM tras la quimiorradioterapia neoadyuvante (rpTNM). Así, en respuestas patológicas completas (rpTONOMO) se obtienen SLE prolongadas en un 97% de los casos, y en respuestas patológicas incompletas (rpN+) se obtienen SLE prolongadas en un 42% de los casos. Con tratamientos estándares de quimiorradioterapia (5-fluoracilo o capecitabina) se obtiene cifras bajas de rpTONOMO (15%), algo mejores con nuevos regímenes (capecitabina y oxaliplatino o irinotecán), con rpTONOMO del 30%.

Objetivos: Establecer nuevos regímenes personalizados de quimiorradioterapia basado en dianas moleculares propias del tumor y comprobar qué grado de respuesta patológica obtenemos en el espécimen resecado. rpTONOMO superiores al 30% mejorarían los resultados publicados hasta la fecha.

Material y métodos: Se incluyen pacientes con cáncer de recto T3-4 y/o N+ y M0. Antes de la neoadyuvancia todos los tumores fueron biopsiados y se obtuvo una batería de 6 marcadores moleculares mediante inmunohistoquímica (IHQ): mutaciones del KRAS, BRAF and PI3K y expresión de topoisomerasa-1 (Topo-1), ERCC-1, y timidilato sintasa (TS). Todos los pacientes recibieron tratamiento con capecitabina 625-825 mg/m²/12h en combinación con irinotecán u oxaliplatino, en función de la expresión de Topo-1 y ERCC1, asociado a bevacizumab o cetuximab, dependiendo de las mutaciones presentes. Todos los pacientes recibieron radioterapia de intensidad modulada. La cirugía fue practicada 6-8 semanas después del tratamiento.

Resultados: 15/16 pacientes (94%) T3 y 10/16 (62%) N+. En los diez primeros días tras la biopsia se disponía de la batería completa de marcadores en todos los pacientes. 7 presentaron el KRAS mutado, 4, 5, y 10 expresaron respectivamente Topo-1, ERCC-1 y TS. Todos los pacientes tuvieron un perfil "wild type" para BRAF y PI3K. El tiempo medio transcurrido entre la firma del consentimiento y el tratamiento fue 18 días. Todos los pacientes completaron el tratamiento quimiorradioterápico. En 8/16 pacientes (50%) el estudio del espécimen resecado fue rpTONOMO. 4 pacientes (25%) presentaron diarrea de difícil control por proctitis grado 3. No hubo complicaciones postoperatorias relevantes.

Conclusiones: La individualización del tratamiento quimiorradioterápico basado en 6 dianas moleculares del tumor se corresponde con una rpTONOMO del 50% y por ello, mejora las cifras publicadas con otros tratamientos incluso más novedosos (capecitabina y oxaliplatino o irinotecán).

O-189. UTILIDAD DE LA ¹⁸F-FDG-PET/TAC EN LA VALORACIÓN DE RESPUESTA A LA TERAPIA NEOADYUVANTE EN EL CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO

J. Abrisqueta, L. Frutos, J. Luján, A. Clavel, Q. Hernández, J. Gil, M. Frutos, I. Abellán, E. Gil y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Introducción: En las últimas décadas se ha potenciado el uso de radio-quimioterapia (RT-QT) concomitante de forma neoadyuvante en los estadios localmente avanzados del cáncer de recto, con el fin de obtener una menor tasa de recidiva local. Asimismo, en caso de alcanzarse respuesta anatomopatológica completa podría plantearse un tratamiento quirúrgico conservador, lo que favorece el desarrollo de técnicas diagnósticas que estimen el grado de respuesta previo a la cirugía.

Material y métodos: Realizamos estudio longitudinal prospectivo de 41 pacientes (25 hombres y 16 mujeres) con adenocarcinoma de recto localmente avanzado (estadios II-III) con terapia neoadyuvante con RT-QT. Se realizaron dos exploraciones PET/TAC, una tras el diagnóstico inicial y otra a las siete semanas de haberse completado el tratamiento neoadyuvante. La respuesta metabólica en la PET/TAC post-neoadyuvancia se valoró visualmente y según la reducción del valor SUV máximo con respecto al estudio basal en el área de interés, y calculamos el grado de respuesta funcional mediante el porcentaje de tasa de actividad metabólica o Índice de Respuesta (IR), según la fórmula: $IR = (SUV1 - SUV2) / SUV1 \times 100$. Se determinó el estadio anatomopatológico posquirúrgico y el porcentaje de respuesta histológica, que se clasifican en cinco grados histológicos: grado I, ausencia de células neoplásicas (porcentaje de respuesta 100%); grado II, células tumorales aisladas (90%); grado III, células neoplásicas si bien la fibrosis sigue siendo predominante (50-89%); grado IV, predominio de células neoplásicas (10-49%); grado V, ausencia de regresión (< 10%). Según el grado de regresión tumoral los pacientes se clasificaron en dos grupos: respondedores (I y II) y no respondedores (III al V). Posteriormente analizamos dos aspectos de la respuesta a la neoadyuvancia: A) La relación entre el grado de regresión tumoral y el resultado positivo/negativo de la PET/TAC post-tratamiento. B) La correlación entre el porcentaje de respuesta patológica y el porcentaje de disminución del SUV máximo.

Resultados: La ¹⁸F-FDG-PET/TAC detectó el tumor primario en todos los casos. La media del valor SUV máximo de la lesión rectal al diagnóstico fue de $13,6 \pm 7,6$ [24-39]. Tras el tratamiento neoadyuvante la media del valor SUV máximo fue de $3,94 \pm 2,77$ [1-8,9]. De los 15p clasificados como respondedores (grados I y II), 14p (93,33%) mostraron PET/TAC negativa y 1p (6,66%) positiva. De los 26p considerados no respondedores (grados III, IV y V), 23p (88,46%) mostraron PET/TAC positiva y 3p (11,53%) negativa. Encontramos por tanto relación entre el grado de regresión tumoral y el resultado de la PET/TAC ($p < 0,0001$). Cuando estudiamos la correlación entre el grado de respuesta patológica y el porcentaje de disminución del SUV máximo mediante el cálculo del IR, obtuvimos los siguientes resultados: en los pacientes de grado I, el IR medio fue de 71,7%; en los de grado II, el IR fue de 79,2%. En los de grado III, IV y V, el IR fue respectivamente de 71,2%, 54% y 30,7%. Observamos pues que en conjunto, los pacientes respondedores mostraron un IR del 75,45% y los no respondedores del 52%. Se encontró correlación entre el grado de respuesta patológica y el IR ($p = 0,013$).

Conclusiones: De nuestros resultados podemos concluir que la ¹⁸F-FDG-PET/TAC emerge como una técnica fiable para valorar la respuesta a la neoadyuvancia en el cáncer de recto localmente avanzado, de cara a plantear tratamientos quirúrgicos más conservadores.

O-190. RECIDIVA LOCAL EN EL CÁNCER DE RECTO: ¿ES POSIBLE DEFINIR EL PERFIL DEL PACIENTE POTENCIALMENTE CANDIDATO A DESARROLLARLA?

S. Fernández-Ananín, E.M. Targarona, M. Pezzatini, C. Balagué, C. Martínez, P. Hernández, J. Bollo, J.L. Pallarés, N. Freixas y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: A pesar de la introducción y la mejora de nuevas técnicas quirúrgicas y terapias neoadyuvantes, la recurrencia local (RL) del cáncer de recto constituye un desafío. El porcentaje de RL en el cáncer de recto se ha reducido considerablemente desde la introducción de la escisión local del mesorrecto y de la radioterapia preoperatoria, pero aún representa un importante problema asociado con una morbilidad elevada y una corta supervivencia. El objetivo de este estudio es determinar si es posible definir el perfil del paciente que pueda potencialmente desarrollar una RL tras ser sometido a una resección laparoscópica curativa por neoplasia de recto.

Material y métodos: Los datos fueron obtenidos de una cohorte de 406 pacientes afectos de cáncer de recto, intervenidos en nuestra institución por abordaje laparoscópico con intención curativa entre enero de 2002 y diciembre de 2010. Los datos acerca de la demografía, los antecedentes patológicos, el procedimiento quirúrgico y tratamiento médico, las características histológicas de la neoplasia, el TNM, el seguimiento y la aparición de RL fueron analizados. Las variables se dividieron en 2 grupos: "Dependientes del tumor primario" y "No dependientes del tumor primario". En el primer grupo se incluyó el nivel de la neoplasia respecto al margen anal, tipo de intervención quirúrgica,

grado de diferenciación tumoral, TNM, presencia de invasión vascular/linfática, estado del margen radial y distal y la media de intervalo entre la cirugía primaria y la detección de la recidiva local. En el grupo de variables "No dependientes del tumor primario", se consideró el sexo, la edad, índice de masa corporal (IMC), índice de conversión y la duración de la intervención quirúrgica.

Resultados: 37 pacientes desarrollaron RL después de la resección curativa de neoplasia rectal vía laparoscópica. El 9% eran hombres y el 10% mujeres. Los resultados mostraron una tasa de RL de 9,1%, similar a la publicada en la literatura médica. La media de edad del total de enfermos fue de 70 años (rango 38-88) mientras que para los pacientes que presentaron RL fue de 75 (rango 45-88). La tasa de recurrencia fue de 12,6% en el primer periodo, entre 2002 y 2006, que se redujo drásticamente al 4,6% en el segundo periodo, desde 2007 hasta 2010. Durante el primer periodo (2002-2006) sólo el 22% de los pacientes intervenidos recibieron terapia neoadyuvante en cambio en el segundo periodo (2007-2010) fueron el 78% los que la recibieron.

Conclusiones: La combinación de la RT preoperatoria, que modifica las características anatomoclínicas del tumor, con una óptima escisión total del mesorrecto, logra en conjunto disminuir la tasa de recurrencia local en el cáncer rectal.

O-206. DEHISCENCIA DE SUTURA Y RECIDIVA LOCAL EN PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER DE RECTO

J.J. Arenal Vera, C. Tinoco Carrasco, C. Benito Fernández, M.A. Citores Pascual y M. González Sagrado

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Se ha sugerido que la dehiscencia de sutura en los pacientes operados por cáncer de recto podría ser responsable de un incremento en la aparición de recidivas locales. Esta teoría se basa en un aumento de la angiogénesis, que facilitaría el desarrollo de células tumorales a nivel local

Objetivos: Analizar si la dehiscencia anastomótica, el pacientes sometidos a resección anterior de recto aumenta el riesgo de recidiva local.

Material y métodos: De un total de 700 pacientes tratados por cáncer de recto en un periodo de 20 años (1986-2006), se incluyen para estudio, 291 sometidos a resección anterior de recto con intención curativa. Los factores analizados han sido: edad, sexo, comorbilidades, grado ASA, distancia del tumor al margen anal, distancia del tumor al margen distal de resección, longitud del tumor, penetración parietal, número de ganglios invadidos, grado de diferenciación, invasión vascular, y estadio. Para el análisis estadístico se ha utilizado el test de chi² con corrección continua de Yates.

Resultados: De los 291 pacientes incluidos en el estudio, 48 (16,5%) tuvieron una dehiscencia de sutura. El seguimiento medio de esta serie ha sido de 60 meses. La tasa de recidiva fue del 31% para los tumores de tercio distal vs 26% para los tercio medio y 20% para los de tercio superior (NS). En relación al margen distal de resección, la tasa de recidivas fue del 29% cuando éste fue inferior a 1 cm, del 27% entre 1 y 2 cm y del 18% cuando el margen fue superior a 3 cm (NS). En los pacientes con tumores de menos de 4 cm, la recidiva local fue del 14% vs 25% para aquellos con tumores mayores de 4 cm. (NS). La tasa de recurrencia fue del 23% cuando había menos de tres ganglios invadidos en la pieza y del 31% cuando el número de ganglios tumorales era de tres o más (NS). La tasa de recidiva fue del 22% para los estadios I-II y del 27% para III-IV. Los pacientes con tumores bien diferenciados tuvieron una tasa de recidiva local del 18% vs 24% los medianamente diferenciados y 31% los indiferenciados (NS). En pacientes con invasión venosa, la tasa de recidiva fue del 34% vs 23% cuando no había invasión (NS). El 23% de los pacientes con dehiscencia de sutura sufrieron recidiva local del tumor vs 24% para los que no tuvieron complicaciones anastomóticas (NS).

Conclusiones: En nuestra serie la ocurrencia o no de dehiscencia de suturas no tiene influencia alguna sobre la tasa de recidiva local en pacientes sometidos a resección anterior por cáncer de recto. Aunque no significativos, desde el punto de vista estadístico, sí parecen tener importancia la localización del tumor, el margen distal de resección, el tamaño tumoral, el estadio y el grado de diferenciación tumoral. No obstante, se necesita un mayor número de pacientes para conocer la influencia real de cada uno de estos parámetros.

O-207. ÍLEO POSTOPERATORIO TRAS EL CIERRE DE ILEOSTOMÍA EN ASA EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CÁNCER DE RECTO

A.R. Gálvez Saldaña, M. Millán Scheiding, S. Biondo, R. Frago Montanuy, T. Golda, L. Trenti, D. Fracalvieri, E. Kreisler Moreno, F. de Oca Burguete y M. Bernat

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: La construcción de un estoma derivativo en cirugías de cáncer de recto es un procedimiento relativamente común, sin embargo su cierre, no está exento de complicaciones, siendo el íleo postoperatorio una de las más frecuentes. El objetivo de este estudio fue describir los posibles factores de riesgo asociados al desarrollo de íleo postoperatorio (IPO) tras el cierre de ileostomía en asa en pacientes intervenidos por cáncer de recto y determinar el impacto que tiene el haber presentado IPO en la cirugía previa al cierre del estoma.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una base de datos prospectiva de pacientes intervenidos previamente de cáncer de recto a los que se les realizó el cierre de ileostomía en asa entre enero 2007 y diciembre 2011, en el Servicio de Cirugía Colorrectal del Hospital de Bellvitge. IPO se definió como el cese de la motilidad intestinal por más de 5 días, reflejado por ausencia de flatos y/o intolerancia a la ingesta oral. Se analizaron los siguientes datos: edad, sexo, ASA, terapia neoadyuvante o adyuvante, estancia hospitalaria e intervalo entre la realización y el cierre de la ileostomía, además se describe la relación que existe entre el haber presentado IPO en la 1ª y la 2ª intervención.

Resultados: Fueron incluidos un total de 182 pacientes, de los cuales 10,4% (19) desarrollaron íleo postoperatorio tras el cierre de ileostomía. La media de edad fue de 65 años (hombres 63% y mujeres 37%) y con ASA II-III. 68,4% de pacientes habían recibido neoadyuvancia previa a la cirugía de cáncer de recto y 52,63% recibieron neoadyuvancia postoperatoria. El tiempo medio transcurrido entre la cirugía de cáncer de recto y el cierre de ileostomía fue de 423 días. La estancia hospitalaria media tras el cierre de ileostomía fue de 13,2 días. Del total de pacientes que tuvieron IPO en la 1ª intervención quirúrgica, un 23,8% desarrollaron IPO tras el cierre de ileostomía a diferencia de los que no tuvieron IPO en la 1ª cirugía que presentaron un 6,4% IPO tras el cierre del estoma. Existen diferencias significativas ($p \leq 0,003248$) entre los que tuvieron IPO en la cirugía de cáncer de recto y los que tuvieron IPO tras el cierre de ileostomía.

Conclusiones: En nuestra experiencia existe un 10,4% de íleo postoperatorio tras el cierre de ileostomía. Más de la mitad de los pacientes que presentaron IPO habían recibido quimio o radioterapia previo al cierre del estoma; además, el tiempo de espera para el cierre fue mayor de 1 año. Se concluye que el haber presentado IPO en la 1ª cirugía, se consolida como un factor de riesgo para desarrollar IPO después del cierre de ileostomía. La consideración de estos factores podría ser importante para la prevención y el tratamiento del IPO.

O-208. ESTOMA DERIVATIVO EN CIRUGÍA DEL CÁNCER DE RECTO: ¿ES NECESARIO REALIZAR UN ESTUDIO RADIOLÓGICO CON CONTRASTE ANTES DE LA RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO?

M. Climent, M. Pera, M. Pascual, M.J. Gil, S. Salvans, S. Alonso, R. Courtier y L. Grande

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Objetivos: En los pacientes con cáncer de recto a los que se les practica una resección anterior baja se les realiza con frecuencia un estoma derivativo con el fin de proteger la anastomosis y minimizar las consecuencias de una dehiscencia. Antes del cierre del estoma se practica habitualmente un estudio radiológico con contraste hidrosoluble para comprobar la estanqueidad de la anastomosis y su permeabilidad. El objetivo de este estudio es demostrar que estas pruebas de imagen son innecesarias en aquellos pacientes que presentan un curso postoperatorio sin complicaciones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado sobre una base de datos mantenida de forma prospectiva. Periodo de estudio: enero del 2007 hasta diciembre del 2011. Criterio de inclusión: pacientes con cáncer de recto a los que se les ha realizado una resección anterior baja con estoma derivativo. Se han analizado las características de la intervención, las complicaciones postoperatorias relacionadas con la anastomosis, así como el resultado del estudio radiológico realizado antes de la reconstrucción del tránsito intestinal.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes, 57 hombres (71,3%), con una edad media de $63,7 \pm 11,7$ años. Se realizaron 51 anastomosis termino-terminales, 15 latero-terminales y 11 reservorios de colon y uno ileal. Las anastomosis fueron manuales en 17 casos (21%) y en 63 (79%) mecánicas. Durante el postoperatorio, 11 pacientes (13,75%) presentaron sepsis pélvica: en 5 de ellos se demostró una dehiscencia de anastomosis (6,25%) mientras que en los otros 8 (7,5%) se diagnosticó un absceso. En 3 de los 11 pacientes se realizó drenaje quirúrgico mientras que los otros 8 casos se trataron con drenaje transanal o percutáneo. En ningún caso se desmontó la anastomosis. El estudio radiológico con contraste hidrosoluble fue patológico en 6 de los 80 pacientes (7,5%). Cinco de los 11 pacientes (45,4%) que presentaron sepsis pélvica en el postoperatorio mostraron una prueba patológica (cavidad presacra en 4 y sinus en 1), que obligó a retrasar el cierre del estoma en 4 de ellos más de 6 meses desde la realización del estudio. En el grupo de 69 pacientes que no presentaron complicaciones en el postoperatorio sólo se observó una estenosis (1,4%) que precisó dilataciones y también retrasó el cierre del estoma.

Conclusiones: El estudio radiológico antes del cierre del estoma derivativo en pacientes intervenidos de cáncer de recto es normal en más del 98% de los pacientes en los que no ha habido complicaciones postoperatorias relacionadas con la anastomosis por lo que su realización sistemática no es necesaria. Sin embargo, debe realizarse en aquellos pacientes que han presentado una sepsis pélvica porque la presencia de una cavidad en el espacio presacro es frecuente.

O-209. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL TIEMPO PERINEAL EN LA AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL

A. Palomo Luquero, E. Alonso Alonso, A. Eldabe Mikhail, I. López Botín, V.A. Rodrigo Amador, R. León Miranda, R. Parra López, I. Gil Laso, X. Valero Cerrato, L. González Martínez y J.L. Seco Gil

Hospital General Yagüe, Burgos.

Objetivos: Revisar la serie de pacientes a quienes se les ha realizado una amputación abdomino-perineal (AAP) desde la implantación del Proyecto Vikingo en nuestro Servicio, comparando las técnicas realizadas con el tiempo perineal en supino y en prono.

Material y métodos: Desde noviembre de 2007 nuestro Servicio se encuentra dentro del Proyecto Vikingo. En marzo de 2010 se ha comenzado a realizar la amputación abdómino-perineal con el tiempo perineal en prono. Se lleva a cabo una revisión retrospectiva comparando las tasas de perforación intraoperatoria y de afectación del margen radial circunferencial en ambos grupos (tiempo perineal en supino -grupo A- vs tiempo perineal en prono -grupo B-).

Resultados: En el período de la revisión se han intervenido un total de 71 pacientes, de los cuales 46 han sido realizados según la técnica estándar y 25 con el tiempo perineal en decúbito prono. En el grupo A la tasa de perforación intraoperatoria del recto ha sido del 41,3% (19 pacientes) y la de afectación del margen radial circunferencial del 36,9% (17 pacientes), mientras que en el grupo B estas cifras han sido del 16% (4 pacientes) y el 8% (2 pacientes), respectivamente. Tan sólo hemos encontrado un caso de recidiva local en el grupo A.

Conclusiones: A priori, teniendo en cuenta estos resultados, parece que la posición en decúbito prono para la realización del tiempo perineal de la AAP favorece un mejor control intraoperatorio del espécimen, lo cual repercute en las tasas de perforación intraoperatoria y afectación del margen radial circunferencial, aunque serían precisos estudios prospectivos a largo plazo que evaluaran estos parámetros en relación con la recidiva local y la tasa de supervivencia.

O-210. CÁNCER DE RECTO AVANZADO CON POSIBLE AFECTACIÓN PROSTÁTICA: ¿CÓMO CONSEGUIR UN MARGEN DE RESECCIÓN LIBRE?

M. Frasson¹, A. Parajó², J. Escartín¹, L. García Mayor¹, B. Flor¹, P. Esclapez¹, A. Espí³, R. Santos², A. García-Granero³, P. Prieto² y E. García-Granero¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. ²Complejo Hospitalario, Ourense. ³Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: La escisión total del mesorrecto ha revolucionado la técnica quirúrgica en el tratamiento del cáncer del recto medio-bajo alcanzando tasas de recidiva local inferiores al 5% en estudios nacionales. La estrategia terapéutica del cáncer del recto con posible infiltración prostática

es un tema a debatir. La quimio-radioterapia preoperatoria (QRT) y la extensión de la resección prostática y vesical parecen dos puntos claves en el tratamiento de estos tumores.

Objetivos: Evaluar la tasa de margen resección circunferencial (MRC) afecto y las recidivas locales como resultado de diferentes opciones terapéuticas.

Material y métodos: Se trata de una serie retrospectiva de dos Unidades de Coloproctología que incluye todos los pacientes varones operados con intención curativa entre el 1998 y el 2010 por cáncer de recto con amenaza o afectación del margen anterior en la estadificación preoperatoria (mediante ecografía rectal y/o resonancia magnética). Se excluyeron 2 pacientes con resección local R2. Se analizaron los datos demográficos, preoperatorios, quirúrgicos, anatomo-patológicos y los resultados oncológicos. Los datos han sido expresados como media (desviación estándar) o número de pacientes (porcentaje). Para analizar factores asociados con la afectación del margen circunferencial se utilizó el test chi-cuadrado o el test t de Student. El test log-rank se utilizó para analizar los factores asociados con la recidiva local.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 71 pacientes, con edad media de $68,5 \pm 10,7$ años. En la estadificación preoperatoria 32 (45,1%) pacientes presentaron un margen anterior amenazado, 14 (19,7%) infiltración de la fascia de Denovilliers y 25 (35,2%) infiltración prostática. Se trataron con radioterapia preoperatoria 54 (76,0%) pacientes. En 52 (73,2%) pacientes no se realizó resección prostática (22 de ellos tenían afectación preoperatoria del margen anterior), mientras que en 19 (26,8%) pacientes se realizó resección prostática en bloque (parcial en 14, radical en 1, radical + cistectomía en 4). La mortalidad postoperatoria fue del 5,6% y la morbilidad del 60,6% con una tasa de re-operación del 12,7%, sin diferencias significativas entre las diferentes técnicas quirúrgicas. La tasa de MRC anterior afecto fue del 15,5% (n = 11) en la totalidad de la muestra, con una tasa del 21,4% (n = 3/14) en los pacientes en los cuales se realizó resección parcial de próstata. De estos 3 pacientes, 2 no habían recibido QRT preoperatoria y en el tercero ni la resonancia magnética ni la ecografía endorrectal habían detectado la infiltración prostática. De los 11 pacientes tratados con QRT preoperatoria y resección parcial prostática, solo uno (9,1%) presentó MRC anterior afecto. La tasa actuarial de recidiva local a los 5 años fue del 12,6% (6 pacientes) (mediana de seguimiento: 33 meses). Ninguno de los pacientes con prostatectomía parcial o radical tuvo recidiva local. El único factor asociado a la recidiva local fue el MRC patológico afecto (p = 0,001).

Conclusiones: En el cáncer del recto con potencial afectación prostática el MRC afecto sigue siendo el factor pronóstico de recidiva local más importante. En el contexto de un equipo multidisciplinar especializado, la estadificación preoperatoria fiable, la radioterapia preoperatoria y la prostatectomía parcial constituyen una estrategia terapéutica segura para conseguir un MRC libre.

O-211. EL FACTOR CIRUJANO COMO VARIABLE PRONÓSTICA INDEPENDIENTE DE FUGA EN LAS ANASTOMOSIS MECÁNICAS TRAS RESECCIÓN ANTERIOR DE CÁNCER DEL RECTO Y SIGMA. ANÁLISIS DE UNA SERIE CONSECUTIVA DE 814 PACIENTES

F. Navarro-Vicente¹, D. Casado², M. Frasson¹, A. Espí³, A. García-Granero³, B. Flor¹, P. Esclapez¹, J. Maupoey¹ y E. García-Granero¹

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. ²Hospital General de Castellón, Castellón de la Plana. ³Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Objetivos: Establecer los factores de riesgo, incluyendo el factor cirujano como individuo, asociados a las complicaciones anastomóticas tras cirugía preservadora de esfínteres en el cáncer de sigma y recto.

Material y métodos: Se trata de una serie consecutiva de pacientes intervenidos, de forma electiva, por adenocarcinoma de sigma y recto a los que se les practicó una anastomosis mecánica transanal, en una Unidad de Cirugía Colorrectal de un hospital terciario, desde enero de 1993 hasta diciembre de 2009. Todas las variables fueron introducidas de forma prospectiva en el database de la Unidad. Analizamos los datos demográficos, preoperatorios, anatomo-patológicos y operatorios incluyendo como variable individual los seis cirujanos de Staff de la Unidad de forma anónima. Todas las fugas anastomóticas fueron confirmadas mediante TAC/enema de gastrografín y/o intraoperatoriamente. Se realiza un estudio estadístico univariante para evaluar los factores asociados con la fuga anastomótica utilizando el test chi-cuadrado y el test t de Student.

Las variables con significación estadística ($p < 0,10$) fueron introducidas en un modelo multivariante de regresión logística para determinar los factores de riesgo independientes.

Resultados: La muestra incluye 814 pacientes, 57,1% hombres y 42,9% mujeres, con una edad media de $66,7 \pm 11$ años. La tasa de complicaciones anastomóticas fue del 6,3%. La tasa global de reintervención fue del 6,9% siendo la complicación anastomótica la responsable en el 60,8% de los casos. El índice de masa corporal (IMC) fue de $26,3 \pm 4,2$ Kg/m², el porcentaje de fumadores fue del 22,6% y el 19,4% eran diabéticos. Atendiendo al ASA (American Society of Anesthesiology) encontramos un 61,8% de pacientes ASA I-II y un 38,2% ASA III-IV. En el 18,8% de los pacientes la neoplasia era localmente avanzada y el 10,1% precisaron resección extendida. El 88,9% de las intervenciones fueron realizadas por un cirujano de la Unidad colorrectal y el resto por residentes tutorizados por un cirujano de la ciudad Unidad. En el análisis univariante las siguientes variables han demostrado estar asociadas a complicaciones anastomóticas: transfusión perioperatoria ($p < 0,0001$), transfusión postoperatoria ($p < 0,0001$), tiempo operatorio ($p = 0,05$), diabetes ($p < 0,0001$), ASA III-IV ($p = 0,012$), obesidad ($p = 0,04$), possum nutricional ($p = 0,048$) y quirúrgico ($p < 0,001$), hábito tabáquico ($p = 0,002$), obstrucción intestinal preoperatoria ($p = 0,007$), necesidad de lavado intraoperatorio ($p = 0,027$), localización en recto frente a sigma ($p = 0,022$), factor cirujano ($p = 0,001$). Roza la significación la comparación entre ambos sexos con mayor tasa de complicaciones anastomóticas en el masculino ($p = 0,088$). Ni la neoadyuvancia ni el volumen operatorio del Cirujano se han asociado con un mayor índice de complicaciones anastomóticas ($p = 0,966$ y $p = 0,37$). En el análisis multivariante, el factor cirujano individual se comportó como factor de riesgo independientes de complicación anastomótica ($p = 0,001$; RR hasta 10,0 (IC95% 1,1-89,4), junto a la diabetes ($p = 0,007$; RR 2,6 (IC95% 1,3-5,1)), el hábito tabáquico ($p = 0,010$; RR = 2,4 (IC95% 1,2-4,8)), y la cantidad de concentrados totales transfundidos ($p < 0,0001$; RR = 1,018 cada 100 cc (IC95% 1,04-1,14)).

Conclusiones: El factor cirujano individual, junto a la diabetes, el tabaco y la transfusión perioperatoria son variables pronósticas independientes para el desarrollo de fuga anastomótica tras resección anterior de cáncer del recto y sigma.

O-212. RESECCIÓN RECTAL ANTERIOR LAPAROSCÓPICA. NUESTRO MÉTODO PARA LA SECCIÓN DISTAL DEL RECTO (UTILIZANDO GRAPADORA TIPO TEA)

E. Bra Insa, I. Osorio Silla, A. Pérez Zapata, F. Sánchez Bustos Cobaleda, J. Alcalde Escribano y F. de la Cruz Vigo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Actualmente en el cáncer de recto la resección por vía laparoscópica es considerada como técnica quirúrgica de probada eficacia. Algunos estudios ponen en manifiesto la dificultad para realizar la sección distal del recto mediante endograpadora debido principalmente a dos factores: la oblicuidad de la sección del corte y la necesidad de realizar varios grapados, que en algunas series se ha relacionado con el incremento de fugas anastomóticas especialmente cuando se realizan más de tres disparos, aumentando el índice de fistulización de un 7% a un 15%. Con el objetivo de minimizar el riesgo de fuga de la anastomosis colorrectal estamos realizando la sección distal del recto con grapadora tipo TEA que introducimos en la cavidad abdominal mediante un dispositivo que permite mantener la presión del neumoperitoneo sin pérdidas.

Material y métodos: La técnica que describimos consiste en realizar una minilaparotomía suprapúbica protegida mediante un retractor (Alexis®) al cual aplicamos una manga de plástico y a través de la misma introducimos una grapadora convencional (TEA) de cirugía abierta. Posteriormente se ocluye el extremo de esta manga con lo que se mantiene el neumoperitoneo estable y además permite aplicar la grapadora y seccionar el recto en el punto que deseamos, de una manera similar a como hacemos en cirugía abierta. Tras abrir la manga y retirar la grapadora se extrae el recto seccionado a través de la minilaparotomía y se realiza la sección proximal y preparación para la anastomosis con grapadora circular, tal como se realiza en cirugía laparoscópica.

Resultados: Hemos realizado esta técnica en 8 resecciones de tercio medio y superior de recto sin evidencia de fistulas anastomóticas.

Conclusiones: La angulación de la línea de grapado y el número de disparos realizados para la sección distal del recto (mayor de 3) se ha asociado con mayor número de fistulas anastomóticas. Se han realizado diferentes intentos para poner soluciones a este problema. La técnica que describi-

mos se presenta fácil de realizar y parece disminuir el riesgo de fistulas anastomóticas aunque necesitamos realizar un estudio con mayor número de casos.

O-213. EXPERIENCIA INICIAL EN RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL CON ABORDAJE DEL TIEMPO PERINEAL EN POSICIÓN PRONA

P. de Castro Monedero, R. Díaz Maag, A. Huidobro Piriz, J.E. Castrillo Arconada, J.H. Herrera Kok, J.M. Silva Fernández, L.C. Saldarriaga Ospino, E. Carretero Cabezu, H. Ordas Macías, D. Gómez Alonso y J.L. Álvarez Conde

Complejo Hospitalario de Palencia, Palencia.

Objetivos: A pesar de los avances en el cáncer de recto y la expansión del abordaje terapéutico multimodal, todavía es necesaria la realización de una amputación abdominoperineal en el 20-30% de los pacientes; en estos casos es importante realizar una resección cilíndrica que garantiza un menor número de márgenes positivos, tasa más bajas de perforación de la pieza y, además, permite un ahorro de grasa perineal que facilita la posterior reconstrucción. Presentamos nuestra experiencia inicial en la reparación perineal en posición prona con una malla biológica para el cáncer de recto.

Material y métodos: Se analizaron prospectivamente los pacientes con cáncer de recto sometidos a amputación abdominoperineal en la unidad de cirugía colorrectal de nuestro hospital entre enero de 2010 y febrero de 2012.

Resultados: Se incluyeron 32 amputaciones abdominoperineales, 15 realizadas en posición prona (AAP-prono) y 17 en posición supina (AAP-supino). El cierre del periné se realizó mediante prótesis biológica en 8 pacientes del grupo de posición prona y mediante sutura primaria en los 7 pacientes restantes del grupo de posición prona y los 17 pacientes del grupo de posición supina. La estancia media más larga se observó en el grupo AAP-supino (19,20 días) y la más corta en el grupo AAP-prono malla (14,12 días). En cuanto a la infección de la herida perineal, fue > 50% en el grupo AAP-prono y > 40% en el grupo AAP-supino. El mayor porcentaje de reingresos se presentaron en el grupo AAP-prono malla (37,50%). En el grupo AAP-supino se realizaron 58,82% ($n = 10$) por laparotomía, 29,41% por laparoscopia y 11,76% fueron reconvertidas. En el grupo AAP-prono no malla se realizaron 28,57% por laparotomía, 71,42% por laparoscopia. En el grupo AAP-prono con malla se realizaron 37,50% por laparotomía, 50% por laparoscopia y un 12,50% fueron reconvertidas.

Conclusiones: La resección abdominoperineal en posición prona no ha demostrado disminuir la infección de la herida perineal, el confort del cirujano durante el acto quirúrgico, no influye en tiempo quirúrgico una vez superada la curva de aprendizaje. El uso de una malla biológica para la reparación perineal reduce la estancia hospitalaria sin embargo se ha observado en nuestro estudio un aumento en el número de reingresos con su utilización y un mayor tiempo para la curación del periné.

O-214. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA PATOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO TRATADOS CON RT/QT NEOADYUVANTE EN EL ÁREA SANITARIA DE MÉRIDA

A. Pareja López, R. González Heredia, J.L. Domínguez Tristanchó, J. Gordillo, M. Ortiz, J. Melón, S. Moreno, A. Plasencia, M. Escribano y A. Macayo

Hospital de Mérida, Mérida.

Introducción: El tratamiento preoperatorio con RT/QT ha demostrado una disminución en la recidiva local del cáncer de recto, un aumento en el índice de cirugía preservadora de esfínteres y, en algunos casos, la regresión tumoral completa.

Objetivos: Valorar la respuesta al tratamiento neoadyuvante analizando la relación entre el estadio clínico (cTNM) y el estadio patológico (pyTNM).

Material y métodos: Se ha realizado un análisis descriptivo de 39 pacientes tratados con RT/QT neoadyuvante desde mayo de 2007 (fecha de implantación de la radioterapia en nuestro hospital) hasta abril de 2012. Todos los pacientes han sido estadificados con RNM pélvica de alta resolución (estadios II y III) y valorados en Sesión Multidisciplinar de CCR para indicación de neoadyuvancia. El tratamiento preoperatorio ha consistido en RT de ciclo largo (45Gy) + capecitabina 825 mg/m²/12h conco-

mitante. Tras la cirugía, las piezas han sido estudiadas según el protocolo del estudio anatómo-patológico del Proyecto Vikingo.

Resultados: Todos los pacientes completaron el tratamiento neoadyuvante salvo uno, por trombopenia mantenida. De los 38 pacientes, el 84% presentó respuesta a la neoadyuvancia. De ellos, en 7 casos (18%) se constató respuesta patológica completa y en el 58% se observó downstaging (9 casos pasaron a estadio I, 13 casos pasaron a estadio IIA). En el 23% se evidenció estabilización. En ningún caso hubo progresión de la enfermedad durante la neoadyuvancia.

Conclusiones: En nuestra serie, un alto porcentaje de pacientes ha presentado respuesta al tratamiento neoadyuvante, alcanzando respuesta patológica completa hasta en un 18%. La tolerancia global al tratamiento ha sido muy satisfactoria.

O-362. ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO ENTRE RESONANCIA MAGNÉTICA PÉLVICA DINÁMICA Y VIDEODEFECOGRAFÍA EN LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE DEFECACIÓN OBSTRUCTIVA

G. Martín Martín¹, J. García Armengol¹, V. Martínez Sanjuán¹, P. Almela Notari², M. Mínguez Pérez², A. Espí Macías², M.J. García Coret¹, A. Salvador Martínez¹, C. Mulas Fernández¹ y J.V. Roig Vila¹

¹Hospital General Universitario de Valencia, Valencia. ²Hospital Clínico de Valencia, Valencia.

Introducción: Se trata del primer estudio de precisión diagnóstica realizado en nuestro país cuyo objetivo es comparar la prueba complementaria de referencia, la videodefecografía (VD), frente a la resonancia magnética pélvica dinámica (RMPD) en la evaluación del síndrome de defecación obstructiva (DO).

Material y métodos: Desde marzo de 2009 hasta septiembre de 2011 se estudiaron de forma prospectiva 15 pacientes con sintomatología de DO. Tras anamnesis y exploración física se realizaron secuencialmente la RMPD y VD por observadores diferentes que desconocían el resultado obtenido en la prueba precedente. El parámetro estadístico de concordancia utilizado para calcular el grado de acuerdo o correlación entre VD y RMPD fue el índice Kappa (κ) y sus resultados se interpretaron mediante la escala de Landis y Koch ($\kappa < 0$: "sin acuerdo", $\kappa = 0-0,2$ "acuerdo insignificante", $\kappa = 0,21-0,4$ "acuerdo discreto", $\kappa = 0,41-0,6$ "acuerdo aceptable", $\kappa = 0,61-0,8$ "acuerdo sustancial" y $\kappa = 0,81-1$: "acuerdo casi perfecto"). El resto de datos se expresan con la media y desviación típica como medidas de tendencia central y dispersión respectivamente. Finalmente se preguntó a los pacientes que prueba resultó más incómoda y cuál fue el motivo.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes (1H y 14M) con sintomatología de DO según criterios de Roma. La media de edad fue de 61 (10) años. El antecedente médico más frecuente fue la depresión en 5 (33%) pacientes. En 7 casos (47%) se objetivaron antecedentes quirúrgicos abdominopélvicos. El diagnóstico más frecuente por exploración física fue el rectocele en 11 (73%) pacientes. El grado de acuerdo entre ambas pruebas de imagen para cada diagnóstico fue: "aceptable" en el rectocele grado I ($\kappa = 0,41$), "discreto" en el rectocele grado II ($\kappa = 0,35$), "sustancial" en el rectocele grado III ($\kappa = 0,75$), "discreto" en la intususcepción ($\kappa = 0,32$), "discreto" en el enterocele ($\kappa = 0,21$), "sustancial" en el sigmoidocele ($\kappa = 0,63$), "aceptable" en el anismo ($\kappa = 0,44$) y "sin acuerdo" en la laxitud pélvica ($\kappa = -0,14$). La correlación global entre VD y RMPD fue "aceptable" ($\kappa = 0,4$). La prueba que resultó más incómoda a nuestros pacientes fue la VD en 10 (67%) casos, principalmente por vergüenza en 6 (50%) de ellos.

Conclusiones: La RMPD es una prueba que aporta beneficios en el estudio del síndrome de DO como son la evaluación pélvica global y la no utilización de radiaciones ionizantes. Es mejor tolerada por nuestros pacientes que la VD. El grado de correlación entre ambas pruebas en la serie presentada es aceptable aunque son necesarios estudios con mayor número de pacientes para extraer evidencia científica.

O-363. INCONTINENCIA FECAL EN PACIENTES CON OBESIDAD: ¿EXISTE ALGUNA POSIBILIDAD DE TRATAMIENTO MIENTRAS SE CONSIGUE PERDER PESO?

D. Parés, J. Hermoso, L. Estalella, G. Monroy, C. Romagosa, H. Vallverdú y G. Sáenz de Navarrete

Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat.

Objetivos: La incontinencia fecal es una patología de elevada prevalencia en la población general y especialmente en grupos de riesgo. La obesidad

es cada vez más común en nuestro medio y se asocia con comorbilidades que afectan a la salud general y a la calidad de vida. En estudios recientes los pacientes con obesidad han mostrado ser un grupo de población en el que la incontinencia fecal afecta especialmente. Conocer algún factor relacionado con la presencia de esta patología podría ser de utilidad para tratar a estos pacientes mientras se consigue una pérdida de peso con dieta, tratamiento médico o quirúrgico. El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de la incontinencia fecal en pacientes con obesidad en proceso de evaluación de pérdida de peso, su relación con el hábito defecatorio, y su impacto en la calidad de vida.

Material y métodos: Estudio observacional de corte transversal. Los criterios de inclusión fueron: Pacientes con obesidad con índice de masa corporal (IMC) > 30 , atendidos en la primera visita para iniciar una pérdida de peso. Todos los pacientes fueron evaluados antes de iniciar cualquier tratamiento o dieta. La incontinencia fecal se consideró como la pérdida recurrente e involuntaria de gases o heces líquidas/sólidas de manera mensual. Las variables que se recogieron de manera prospectiva fueron las siguientes: Datos biodemográficos, IMC, el hábito defecatorio, incluyendo la presencia y gravedad de síntomas de incontinencia fecal, número de deposiciones diarias y consistencia/forma habitual de las heces medido con la escala validada de Bristol. También se evaluó la calidad de la vida mediante la versión validada en español del test SF-36.

Resultados: Se incluyeron a 93 pacientes (73,1% mujeres) con una edad media de 45,5 años (rango 19-78). El IMC de toda la serie fue de 40,9 kg/m² (rango 31-60). Se detectaron síntomas de incontinencia fecal en 26 pacientes (28%): incontinencia a gases 41,7%, a heces líquidas 45,8% y a todo tipo de heces sólidas en el 12,5%. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con o sin incontinencia fecal en cuanto a la edad ($p = 0,452$), el género ($p = 1,0$), el IMC ($p = 0,229$) o el número de deposiciones diarias ($p = 0,184$). La calidad de vida empeoró significativamente en los pacientes con síntomas de incontinencia fecal en todas las dimensiones menos una: función física ($p = 0,004$), rol físico ($p = 0,001$), dolor corporal ($p = 0,132$), salud general ($p = 0,016$), vitalidad ($p = 0,013$), función social ($p = 0,003$), rol emocional ($p = 0,022$) y salud mental ($p = 0,014$). En el grupo de pacientes con síntomas de incontinencia se detectó un porcentaje superior de trastornos del hábito defecatorio en cuanto a que un elevado número presentaban la emisión de heces líquidas o no formadas (Bristol 6 o 7) (pacientes con incontinencia fecal 30,4% vs 3,3% sin incontinencia, $p = 0,001$).

Conclusiones: La incontinencia fecal es común en pacientes con obesidad. La consistencia y forma de las heces evaluada con la escala de Bristol fue significativamente diferente en estos pacientes. Este estudio apoya la posibilidad de mejorar la incontinencia fecal durante la pérdida de peso mediante la modificación de la consistencia de las heces.

O-364. RESULTADOS DE LA MICROCIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL EN EL TRATAMIENTO DE NEOFORMACIONES RECTALES EN UNA SERIE DE 68 PACIENTES

C. Gavilanes Calvo, J.C. Manuel Palazuelos, J. Alonso Martín, J. Castillo Diego, I. Marín Paraa, I. Seco Olmedo, M. Gómez y M. Gómez Fleitas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: El abordaje abdominal de las neoplasias rectales ya sea por vía abierta o laparoscópica está asociado a una morbilidad no despreciable. Los programas de screening de cáncer colorrectal han incrementado el diagnóstico precoz de tumores, en los cuales podemos emplear una técnica alternativa, menos invasiva que la cirugía radical y con menor morbilidad asociada. Si llevamos a cabo una correcta selección de casos, los resultados desde el punto de vista oncológico son superponibles a la cirugía radical. Nuestro objetivo es revisar los resultados en nuestro centro de la microcirugía endoscópica transanal (TEM) y reevaluar sus indicaciones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una serie de 68 pacientes intervenidos mediante TEM desde julio 2006 hasta febrero de 2012, 49 hombres y 19 mujeres con una edad media de 69 años. Se incluyeron pacientes desde ASA I a IV. Las indicaciones fueron lesiones rectales benignas no resecables endoscópicamente y lesiones malignas rectales precoces (T₁-T_{1a}). Las pruebas diagnósticas empleadas preoperatoriamente, además de la endoscopia simple, fueron la TAC, RMN y ERUS. La técnica estándar consistió en la resección de la lesión con espesor de pared completo mediante un equipo TEO de Storz, con cierre posterior del defecto mediante una sutura reabsorbible.

Resultados: Se realizó resección de las lesiones mediante TEM a 68 pacientes, solamente hubo 2 conversiones a cirugía laparoscópica, por perforaciones hacia peritoneo. Preoperatoriamente, 25 lesiones estaban catalogadas como malignas y 43 como benignas. El resultado anatomopatológico final mostró 40 lesiones malignas, 26 benignas y 2 sin tumor residual. La estancia media fue de 4,9 días y la morbilidad global fue del 33%, la mayoría Clavian I, precisando sólo 2 pacientes reintervención debido a dehiscencias de la sutura rectal. Se consiguió una resección R0 en un 91,8% de los casos informados como adenocarcinomas y en un 93% de los casos informados como adenomas. 7 pacientes precisaron cirugía radical por A.P. T2. Seguimiento 2 pacientes presentaron recidiva local y uno a distancia. En dos casos de adenoma vellosos se realizó nuevo TEM por presentar recidiva.

Conclusiones: 1) En nuestro medio, la resección de tumores rectales benignos y malignos en estadio precoz mediante TEM es un procedimiento seguro. 2) Aunque la morbilidad de la serie fue del 33%, solamente tuvieron complicaciones mayores 5,9%. 3) Recidiva lesiones malignas 7,1% y lesiones benignas 7,7%.

O-365. PROCTALGIA EN EL SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DEL NERVO PUDENDO: UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA

J.F. Reoyo Pascual, R.M. Martínez Castro, R. León Miranda, X. Valero Cerrato, J.M. Adot Zurbano, J.M. Pérez Triñanes, A. Martínez Martínez y J.L. Seco Gil

Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos.

Introducción: El síndrome de atrapamiento del nervio pudendo (SANP), es una entidad poco conocida descrita por primera vez en 1987 pero de gran importancia en la práctica clínica, ya que motiva numerosas consultas debidas a dolor perianal asociado o no a síntomas urinarios y sexuales. En el ámbito de la coloproctología es fundamental tenerlo en consideración ante un paciente con proctalgia. El nervio pudendo es de largo recorrido con tres ramas terminales, en cuyo trayecto puede verse atrapado en distinto niveles. El principal síntoma de este síndrome es el dolor perianal que empeora al sentarse, disminuye en bipedestación y desaparece al acostarse. Para su diagnóstico, existe una serie de criterios bien establecidos (Criterios de Nantes). Su tratamiento es secuencial e incluye medidas médicas (analgesia, infiltración con corticoides-lidocaína, toxina botulínica...), fisioterapia y cirugía (mediante técnica transperineal, transglútea o transisquiorrectal).

Objetivos: 1. Establecer la relación de la proctalgia con el SANP confirmado desde el punto de vista clínico y mediante pruebas complementarias. 2. Comprobar la respuesta de los casos de proctalgia etiquetados como SANP al tratamiento mediante infiltración anestésica en términos clínicos (nivel de dolor pre y postinfiltración).

Material y métodos: Estudio clínico y observacional, prospectivo de 50 pacientes etiquetados de SANP según protocolo de Nantes, en el Complejo Asistencial Universitario de Burgos, que entre sus síntomas presenten proctalgia, y en los que se haya practicado infiltración anestésica del nervio pudendo realizando control clínico del dolor pre y postinfiltración, basándonos en la escala analógica del dolor (escala EVA).

Resultados: Se ha realizado el estudio sobre 50 pacientes etiquetados de SANP, con una edad media de 56 años, con un 30% de varones y 70% de mujeres. Todos ellos presentaban proctalgia como síntoma principal asociado a otros síntomas urinarios (siendo la polaquiuria el más frecuente, aproximadamente en un 40%) y sexuales (dispareunia en un 35% aprox.). El signo de Tinel fue positivo en el 100% de los casos y el Rolling test fue afirmativo en el 70%, objetivando hipertonia de esfínter en el 80% de los casos. La medida de la latencia motora distal del nervio (St. Mark's) fue patológica en el 80% de los casos, realizando RMN que fue normal en el 95% de los pacientes. Se aplicó tratamiento sintomático del dolor, fundamentalmente con pregabalina seguido de infiltración de corticoides-lidocaína en el 100% de los casos, observándose mejoría en el 90% de los pacientes (puntuación 0 en el 70% y 2 en el 20% en escala EVA) y permaneciendo el mismo nivel de dolor tras la infiltración en el 10% de los pacientes.

Conclusiones: El SANP, es una entidad frecuente que, a la vista de nuestros resultados, explica muchos de los casos de proctalgia pero que resulta a menudo desconocida, por lo que los especialistas involucrados (cirujanos, urólogos, neurólogos) han de tenerlo en cuenta formando parte del diagnóstico diferencial de la proctalgia. Una vez diagnosticado, el tratamiento debe ser secuencial, aunque de acuerdo a nuestra experiencia, la

infiltración anestésica del nervio, puede ser eficaz mejorando la sintomatología en un alto porcentaje de pacientes.

O-366. FACTORES DE RIESGO DE ADENOCARCINOMA INVASIVO EN ADENOMAS DE RECTO INTERVENIDOS POR TEO/TEM

A. Caro Tarragó, J. Serra Aracil, L. Mora López, P. Rebasa Cladera, M. Alcántara Moral, J. Bombardó Juncá, I. Ayguavives Garnica y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: Los pólipos adenomatosos colorrectales se consideran lesiones premalignas. Un porcentaje elevado de estas lesiones son ya malignas en el momento de su extirpación. La temprana detección de estas lesiones y su exéresis es la mejor forma de evitar el desarrollo de adenocarcinomas. El objetivo principal del estudio es determinar la frecuencia de adenocarcinomas en grandes adenomas de recto intervenidos por cirugía endoscópica transanal. Objetivo secundario: analizar los posibles factores predictivos de malignidad.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional realizado durante el periodo de junio de 2004 a noviembre de 2011. Se incluyen todos los pacientes candidatos a cirugía endoscópica transanal (TEO/TEM) con biopsias preoperatorias de adenoma. Variable principal: Presencia de adenocarcinoma en la Anatomía-Pathológica del tumor. Variables de estudio: epidemiológicas: sexo, edad. Clínicas: tamaño del tumor, número de cuadrantes afectados, distancia al margen anal, localización de la tumoración. Morfológicas: morfología del tumor, grado de displasia, morfología tubular-vellosa, ecografía endorrectal y resonancia magnética pélvica. Se realiza análisis univariante y multivariante de las variables que se relacionan con el riesgo de malignidad de los adenomas rectales.

Resultados: Durante el periodo de estudio se intervienen 423 pacientes (TEO/TEM): 259 presentaban biopsia preoperatoria de adenoma. El análisis patológico definitivo muestra 81 (31,2%) adenocarcinomas, de los cuales 33 (12,6%) adenocarcinomas in situ y 48 (18,6%) adenocarcinomas infiltrantes. Del análisis univariante han resultado estadísticamente significativas las variables sexo varón, morfología sesil, la displasia de alto grado y la ecografía endorrectal (uT2-T3). En el análisis de regresión logística son factores predictivos: morfología sesil (OR 3,2), displasia de alto grado (OR 2,3) y ecografía endorrectal (uT2-T3) (OR 3,8).

Conclusiones: Existe un porcentaje elevado adenomas que resultan adenocarcinomas. Es importante realizar una correcta estadificación en estas lesiones así como realizar una exéresis de pared completa y en pieza única.

O-367. IMPACTO DE LA ESTIMULACIÓN DEL ASA EFERENTE PREVIA AL CIERRE DE LA ILEOSTOMÍA. RESULTADOS INICIALES

I. Abellán, J. Luján, J. Abrisqueta, M. Frutos, Q. Hernández, A. González, R. Brusadin, P. Sánchez, J. Gil y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Introducción: Las complicaciones de la cirugía del cáncer de recto siguen siendo graves y la dehiscencia de la anastomosis es la que asocia un mayor índice de mortalidad. La creación de una ileostomía de protección es la única medida preventiva que ha demostrado tener efectividad. El cierre de ileostomía no es un evento inocuo y conlleva una considerable morbi-mortalidad siendo el íleo paralítico la complicación más frecuente. La desfuncionalización del intestino excluido y la atrofia de la capa muscular condicionan una disminución de la absorción y de la motilidad que podría explicar la elevada incidencia de íleo paralítico. Ante esto último y en un afán de disminuir el número de complicaciones se pensó en "despertar" a este intestino excluido con el objetivo de disminuir el íleo paralítico y con ello la estancia hospitalaria.

Material y métodos: Entre noviembre de 2011 y marzo 2012 realizamos el cierre de ileostomía sobre 10 pacientes intervenidos de cáncer de recto bajo con ileostomía de protección. A todos ellos, las dos semanas previas al cierre del estoma, se les realizó una estimulación diaria a través del asa eferente, con 500 cc de una solución de consistencia espesa formada por hidratos de carbono, sodio y almidón con el fin de favorecer el tránsito, disminuir la atrofia intestinal y estimular la función absorbente de íleon y colon.

Resultados: De los 10 pacientes intervenidos, 9 eran varones y 1 mujer. La edad media de los pacientes fue de 65 (44-77). El periodo medio de tiempo entre la creación y el cierre de la ileostomía fue de 6.4 meses. Ninguno de nuestros pacientes presentó íleo paralítico postoperatorio ni íleo mecánico, iniciando todos la tolerancia a las 12 horas de la intervención. La estancia media fue de 2,4 días.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial, observamos que realizar una estimulación del intestino eferente diaria previa al cierre de la ileostomía, reduce la incidencia de íleo paralítico y con ello la estancia hospitalaria. Esta técnica nos permite también descartar una posible obstrucción del asa eferente previa al cierre así como un mejor control de los esfínteres por parte del paciente antes de la reconstrucción del tránsito.

O-368. RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA ANAL MEDIANTE NEUROESTIMULACIÓN DEL NERVIU TIBIAL POSTERIOR

M. Ortega López, G. Sanz Ortega, F. Jiménez Escovar, F. Esteban Collazo, R. Sanz López, J. Zuloaga Bueno, M. García Alonso y J. Cerdán Miguel

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El tratamiento de la incontinencia anal (IA) es complejo y debe ser individualizado. Existen diversas posibilidades: farmacológico, dietético, quirúrgico, biofeedback, neuromodulación raíces sacras, neuroestimulación nervio tibial posterior (PTNS), y bulking agents fundamentalmente. La PTNS ha demostrado ser una técnica útil, con poca morbilidad, bajo coste y fácil de aplicar. Los resultados son susceptibles de mejora según se van conociendo los mecanismos a través de los cuales actúan estos procesos. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de PTNS en nuestra unidad.

Material y métodos: Entre enero de 2010 y diciembre de 2011, fueron tratados de IA mediante PTNS (técnica Stoller) 38 pacientes (25 mujeres y 13 hombres). Los criterios de inclusión fueron Wexner igual o superior a 10, mayores de 18 años, más de 4 fugas al mes, fracaso de tratamiento conservador e integridad de esfínter externo. Todos los pacientes recibieron 20 sesiones (1/semana) de estimulación. Se realizó ECO anal, manometría, estudio funcional, diario defecatorio, test de Wexner y test de calidad de vida. Para el análisis de datos se empleó el programa estadístico SPSS.

Resultados: La edad media fue de 58 años (19-78). La ecografía muestra integridad de esfínter externo en todos los casos. Globalmente la puntuación del test Wexner mejoró significativamente de 12 a 7 ($p < 0,005$). Se redujo el 50% de episodios de incontinencia en el 47,3% del total. A los 6 meses de terminar el tratamiento se reduce al 23,6%. Los test de calidad de vida mostraban mejoría en todos sus dominios.

Conclusiones: La PTNS es un tratamiento eficaz en pacientes seleccionados con IA cuando han fracasado las medidas conservadoras, siendo de fácil aplicación y con un número mínimo de complicaciones. Sus efectos beneficiosos disminuyen con el paso del tiempo.

O-369. RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE RESECCIÓN ANTERIOR MEDIANTE NEUROMODULACIÓN DE RAÍCES SACRAS

M. Ortega López, G. Sanz Ortega, F. Jiménez Escovar, F. Esteban Collazo, R. Sanz López, M. García Alonso, J. Zuloaga Bueno, C. Cerdán Santacruz y J. Cerdán Miguel

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La resección anterior de recto puede dar lugar a una serie de alteraciones en la función rectal, agrupadas en el denominado Síndrome de Resección Anterior (SRA), consistentes en urgencia defecatoria, tenesmo, aumento del número de deposiciones, sensación de evacuación incompleta, ritmo defecatorio errático y grados variables de incontinencia anal. La neuromodulación de raíces sacras (NRS) es una alternativa terapéutica con buenos resultados para mejorar la continencia y la calidad de vida en estos pacientes.

Material y métodos: Entre enero de 2010 y diciembre de 2011, se realizó NRS en 6 pacientes que habían sido tratados de cáncer de recto y presentaban alteraciones defecatorias con importante alteración de su calidad de vida. En el momento de indicar el tratamiento NRS ningún paciente presentaba recidiva y/o metástasis. Previamente se realizó tratamiento conservador con medidas dietético-farmacológicas, biofeedback y neuro-

modulación del nervio tibial posterior. En el test de prueba se testaron S2-S3-S4 de forma bilateral y 3-4 semanas después se colocó el generador definitivo si los episodios de incontinencia se reducían al 50%. Se analizó la sintomatología, exploración, test de Wexner pre y postoperatorio, manometría anal pre y postoperatoria y ecografía endoanal. Para el análisis de datos se empleó el programa estadístico SPSS.

Resultados: La edad media fue de 59,5 años (52-67). La distancia media de la anastomosis fue de 5,5 cm (3-8). La ecografía no mostraba alteraciones esfinterianas. La manometría pre y posoperatoria no evidenció diferencias significativas. La incontinencia y urgencia defecatoria presentaron clara mejoría, pasando la escala de Wexner 16 a 6 ($p < 0,005$). En las encuestas de calidad de vida mejoraron todos los dominios.

Conclusiones: La NRS es un tratamiento eficaz en pacientes seleccionados con SRA cuando han fracasado las medidas conservadoras, siendo de fácil aplicación y con un número mínimo de complicaciones.

PÓSTERS

P-121. ¿QUÉ DEBE HACER UN CIRUJANO GENERAL ANTE EL HALLAZGO ACCIDENTAL DE UNA CARCINOMATOSIS PERITONEAL? POSIBILIDADES DE UN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POTENCIALMENTE CURATIVO (CRS+HIPEC)

J. Motos¹, J. Torres Melero¹, C. Muñoz Casares², S. Rufián Peña², S. González Moreno³, P. Bretcha Boix⁴, A. Gómez Portilla⁵, P. Barrios Sánchez⁶, L. González Bayón⁷, P. Cascales⁸ y J. Farré⁸

¹Hospital Torrecárdenas, Almería. ²Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba. ³MD Anderson Cancer Center, Madrid. ⁴Plataforma Oncológica Torrevieja, Alicante. ⁵Hospital San José, Vitoria. ⁶Hospital Sant Joan Despí, Sant Joan Despí. ⁷Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁸Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La carcinomatosis peritoneal (CP) es la diseminación a nivel intraabdominal de los cánceres gastrointestinales, ginecológicos y de otros tumores, con o sin evidencia de otra expresión tumoral metastásica. Puede ser de origen primario o secundaria. Su incidencia es difícil de establecer dadas las limitaciones de las actuales determinaciones biológicas (marcadores) y medios de diagnóstico por la imagen. No obstante, en el cáncer colorrectal (CCR), la CP se detecta coincidiendo con el diagnóstico del tumor primario en el 10-15% de los pacientes. El 40-70% de los pacientes tratados de cáncer colorrectal presentan una recidiva en una o varias localizaciones y en el 10-40% de estos pacientes esta recidiva se localizará de forma exclusivamente peritoneal.

Objetivos: Exponemos una serie de recomendaciones para todo aquellos cirujanos que se encuentren ante una carcinomatosis peritoneal de origen CCR (de forma electiva o urgente por complicaciones). Qué actitudes diagnósticas/terapéuticas deben realizarse con el fin de que estos pacientes sean tratados, con intención potencialmente curativa, por unidades especializadas en cirugía oncológica peritoneal.

Material y métodos: Ante una carcinomatosis peritoneal no sospechada, el cirujano debe definir el grado de diseminación peritoneal mediante el indicador PCI (índice de carcinomatosis peritoneal), éste permite una adecuada selección de pacientes para tratamiento multimodal (CC + HIPEC), evitándose reintervenciones innecesarias y permitiendo establecer un algoritmo estándar de tratamiento que contribuye a un adecuado manejo futuro. Responderemos también a una serie de cuestiones importantes, tales como: ¿debe ser resecado el tumor primario si hay CP? ¿cuándo?, ¿qué debemos hacer cuando el tumor primario no es obstructivo, o lo es parcialmente? y si es obstructivo ¿cuál debe ser nuestra actitud?. Junto a estas preguntas trataremos, entre otros, diversos aspectos relacionados como: ¿debe ser resecada la carcinomatosis peritoneal mínima incidental?, ¿deben remitirse a Unidades especializadas?

Conclusiones: En la actualidad, disponemos de suficiente evidencia científica para afirmar que la carcinomatosis peritoneal y los tumores peritoneales primarios pueden tratarse con intención curativa, consi-

guiendo remisiones completas duraderas. Una selección adecuada de pacientes y la participación de equipos cohesionados y especializados son la clave para el éxito. El cirujano general debe conocer qué debe hacer y que otros gestos quirúrgicos debe evitar para que estos pacientes tengan "esa opción potencialmente curativa". Además, es importante facilitarle su labor, dando a conocer qué Unidades-Programas (GE-COP), se dedican al tratamiento de estos pacientes mediante diversas técnicas, entre ellas, la cirugía citorreductora y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria.

P-122. ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE SIGMA ASOCIADO A CARCINOMATOSIS PERITONEAL MUCINOSA TRATADO MEDIANTE CIRUGÍA CITORREDUCTORA Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA

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

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: El pseudomixoma peritoneal (PMP) es una entidad clínica caracterizada por la presencia de ascitis mucinosa con implantes peritoneales epiteliales y mucinosos. Es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia de 2 casos por 10.000 laparotomías. Aunque su patogenia es mal conocida, podría producirse como consecuencia de tumores abdominopélvicos multifocales, metaplasia mucinosa peritoneal o ruptura de un tumor intraabdominal productor de moco. El origen más frecuente es un adenoma o un adenocarcinoma bien diferenciado de apéndice, aunque se han descrito algunos casos originados en carcinomas de ovario, uraco o colon. Ronnett et al propusieron una clasificación de la ascitis mucinosa en tres categorías histológicas: adenomucinosis peritoneal diseminada (AMPD), carcinomatosis peritoneal mucinosa (CPM) y variante mixta con características intermedias o discordantes (CPM I/D) en función de la histología del tumor primario y de las lesiones peritoneales. Presentamos un caso de carcinomatosis peritoneal mucinosa asociada a un adenocarcinoma mucinoso de sigma que se trató mediante citorreducción y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica.

Caso clínico: Mujer de 72 años, sin antecedentes médicos de interés. Apéndicectomizada en su juventud y sometida a histerectomía y doble anexectomía por patología benigna años atrás. Consulta por aumento progresivo de perímetro abdominal en los tres meses anteriores al diagnóstico, asociado a deposiciones semilíquidas y con abundante moco. Refiere astenia, hiporexia y pérdida de peso moderada. Pruebas complementarias: colonoscopia: A 20 cm del margen anal se objetiva lesión de aspecto tumoral, plana de unos 4 cm, que produce abundante moco y ocupa un 50% de la circunferencia sin obstruir la luz intestinal. TAC abdominopélvico: Líquido peritoneal que produce efecto masa sobre superficie hepática, con distribución central y ocupando ligamento gastrohepático y saco menor. Citología líquido ascítico: material mucoide sin componente epitelial. Tratamiento: laparotomía exploradora. Evacuación de cuatro litros de ascitis mucinosa. Citorreducción incluyendo sigmoidectomía, peritonectomía pélvica, peritonectomía de parietocólico derecho y de ambos hemidiafragmas, extirpación de omento menor, omento mayor y bazo, extirpación de implantes peritoneales en meso de intestino delgado y electrofulguración de implantes tumorales sobre superficie hepática. HIPEC con 5FU 400 mg/m² y ácido folínico 20 mg/m² intravenoso y oxaliplatino 460 mg/m² intraperitoneal a 43 °C durante 30 minutos. Diagnóstico anatómopatológico: adenocarcinoma mucinoso primario de sigma (OMS 2000) que infiltra la pared colónica, el tejido graso perisigmoideo y la superficie serosa, metastatiza en cinco de 19 ganglios linfáticos regionales y produce pseudomixoma peritoneal que incluye células tumorales del adenocarcinoma (escasas células tumorales en el seno del moco pélvico e implante tumoral en el peritoneo del diafragma derecho). Estadificación TNM 7ª Ed.: pT4aN2aM1bV0L1R0.

Discusión: A pesar de que habitualmente se asocia a tumores apendiculares, el pseudomixoma peritoneal se puede producir como resultado de la diseminación peritoneal de células epiteliales productoras de moco, independientemente de su origen. Aunque no está aceptada por todos, la clasificación de Ronnett del pseudomixoma peritoneal tiene valor pronóstico y por tanto gran aplicación clínica. La carcinomatosis peritoneal

mucinoso se asocia a un peor pronóstico, con mayor frecuencia de afectación ganglionar y metástasis extraabdominales.

P-123. EMBARAZO ESPONTÁNEO CON PARTO A TÉRMINO EN PACIENTE PREVIAMENTE TRATADA CON CIRUGÍA CITORREDUCTORA + QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA CON OXALIPLATINO

A. Gómez Portilla¹, A. Reyhani², M. Urbistondo³, I. Olabarria¹, C. Martínez de Lecea⁴, C. Gómez Martínez de Lecea⁵, E. Martín Martín¹, N. Guede¹, N. Moraza¹, M. Kavatzatz¹ y E. Fernández¹

¹Hospital San José, Vitoria. ²Hospital Santiago Apostól. Vitoria. ³Facultad de Medicina de Vitoria, Vitoria. ⁴Hospital USP-La Esperanza, Vitoria. ⁵Facultad de Medicina de Navarra, Pamplona.

Introducción: Una nueva estrategia de tratamiento combinado, que incluye cirugía citorreductora (CC) y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (QIH), desarrollada en los últimos 30 años ha permitido aportar un rayo de esperanza a los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal al conseguir supervivencias prolongadas en casos seleccionados. La pelvipertonectomía estándar durante la CR por enfermedad diseminada de la superficie peritoneal incluye la práctica de una histerectomía con doble anexectomía en la mujer. El pseudomixoma peritoneal, el mesotelioma peritoneal primario, y la carcinomatosis de origen ovárico son las 3 principales causas de carcinomatosis difusa peritoneal en el grupo de mujeres jóvenes. Debido a la expectativa de supervivencia prolongada en este grupo de pacientes con la nueva estrategia terapéutica, la cirugía con preservación de la función reproductora, aunque supone un desafío, puede ser de particular importancia en mujeres en edad fértil. Presentamos el primer caso conocido de embarazo natural y gestación con parto a término sin incidencias en una paciente afecta de pseudomixoma peritoneal difuso previamente tratada mediante CC y QIP con protocolo de oxaliplatino.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 31 años de edad diagnosticada de pseudomixoma peritoneal difuso de origen apendicular remitida a nuestro Programa de Carcinomatosis Peritoneal del Hospital San José de Vitoria para tratamiento complementario. El 2 de enero del 2007, se le practicó una CC y QIH según esquema de Protocolo de Oxaliplatino. El índice de carcinomatosis peritoneal encontrado durante la intervención fue de 13 sobre un máximo teórico de 39. Se consiguió realizar una citorreducción completa CC-0 al final de la cirugía, si bien por deseo expreso de la paciente se pudo realizar una cirugía con preservación de la función reproductora durante la peritonectomía pélvica (con preservación del útero y el anejo izquierdo), seguido de la aplicación de QIP con oxaliplatino 693 mg durante 30' con hipertermia hasta 43 °C. El curso postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta el 12º día postoperatorio en buenas condiciones. La paciente reanudó espontáneamente las menstruaciones a los 3 meses, y 24 meses tras la finalización del tratamiento combinado la paciente concibió espontáneamente, resultando un embarazo a término sin complicaciones. El parto se lleva a cabo por cesárea, no objetivándose enfermedad residual materna durante la cirugía. A fecha de hoy el niño tiene 3 años, presentando un crecimiento normal para su edad y nuestra paciente se mantiene libre de enfermedad 5 años después del diagnóstico inicial.

Discusión: Debido a la expectativa de vida prolongada en pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal tratados con la nueva estrategia terapéutica de CC y QIP, la cirugía con preservación de la función reproductora, aunque supone un desafío, puede ser de particular importancia en el grupo de mujeres en edad fértil. Nuestra paciente constituye el primer caso conocido de embarazo natural y gestación con parto a término sin incidencias tras tratamiento por pseudomixoma peritoneal difuso mediante CC y QIP con protocolo de oxaliplatino. Hasta ahora solo se han publicado 7 casos en la literatura médica mundial de embarazo con parto a término en pacientes previamente tratadas con CC y QIH. Basados en nuestra experiencia personal y en la revisión de los 7 casos hasta ahora publicados en la literatura médica mundial, la cirugía con preservación de la función reproductora puede realizarse durante la CC, y parece que en casos seleccionados de mujeres afectas de carcinomatosis peritoneal en edad fértil puede considerarse como una buena alternativa cuando las pacientes así lo soliciten.

P-124. TRATAMIENTO DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

B. Martín-Pérez¹, C. Bernal-Bellido², J.M. Álamo-Martínez², M. Gutiérrez-Moreno², M. Rubio-Manzanares Dorado², L.M. Marín-Gómez², G. Suárez-Artacho², J. Serrano Díez-Caunedo², M.A. Gómez-Bravo² y F.J. Padilla-García²

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Tradicionalmente, la carcinomatosis peritoneal ha sido considerada un estadio avanzado e incurable de la enfermedad neoplásica, únicamente subsidiaria de quimioterapia sistémica paliativa, con o sin cirugía reductora de la masa tumoral (debulking). Diversos estudios realizados en los años 80 sugerían que una siembra peritoneal limitada puede ser curada usando una combinación de cirugía citorreductora y de quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria (HIPEC). Así, por ejemplo, la supervivencia del cáncer de ovario mejoró del 10-25% sin tratamiento al 45% a los cinco años en estadio III, y al 38% en estadio IV, con mejores resultados si la citorreducción quirúrgica es completa. A día de hoy, además del cáncer de ovario otros tumores susceptibles de este tratamiento radical serían el cáncer colorrectal, cáncer gástrico, mesotelioma peritoneal, pseudomixoma peritoneal y sarcomatosis peritoneal.

Material y métodos: Presentamos 16 pacientes (13 mujeres y 3 hombres) diagnosticados de carcinomatosis peritoneal sometidos a peritonectomía y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (mitomicina o cisplatino) entre marzo del 2009 y marzo del 2012 en nuestra unidad, con un seguimiento entre 1 mes y 1 año. Los pacientes tenían entre 38 y 75 años en el momento de la cirugía (edad media de 60.4), 7 de ellos ASA II y 9 ASA III. El tumor primario era de origen colorrectal en 6 de los pacientes, pseudomixomas en 5, ovario en 3, un caso de tumor de endometrio y otro caso de mesotelioma peritoneal.

Resultados: Se han objetivado recidivas en 3 de los 16 pacientes (18,7%): mujer de 64 años con cáncer de ovario que presentó metástasis mesentéricas a los 9 meses y luego inguinales en tratamiento quimioterápico; paciente de 38 años con tumor de ovario que al año presenta múltiples recidivas peritoneales, en la que se realiza una segunda peritonectomía y a los dos años presenta metástasis hepáticas que se resecan también; y un varón de 60 años con carcinoma de colon que ha presentado a los 6 meses de la intervención una recidiva peritoneal y pulmonar en tratamiento con quimioterapia. Sólo una paciente falleció, a los pocos días de la intervención por patología médica concomitante reagudizada con la cirugía. En los pacientes revisados al año, la supervivencia libre de enfermedad al año es del 72% y global al año es de 92,3%.

Conclusiones: La carcinomatosis peritoneal es una forma de diseminación intraabdominal con o sin evidencia de enfermedad metastásica sistémica y constituye la causa más frecuente de irrecesabilidad, incurabilidad, recurrencia y muerte en estos pacientes. Los resultados de nuestra serie coinciden con los resultados obtenidos en otras series -en espera de resultados a más largo plazo- y confirma asimismo que la peritonectomía y la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica pueden obtener resultados muy esperanzadores en este tipo de tumores y deben ser consideradas en casos seleccionados de pacientes con carcinomatosis peritoneal.

P-125. PSEUDOMIXOMA PERITONEAL DESCUBIERTO DURANTE LA REPARACIÓN DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL. ¿QUÉ HACER?

J. Fernández, P. Cascales Campos, J. Gil, E. Gil, A. González, P. Galindo y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El pseudomixoma peritoneal (PMP) es una rara enfermedad que se caracteriza por la producción y la acumulación de abundante cantidad de ascitis mucinosa en la cavidad peritoneal. Referente a la diseminación peritoneal de neoplasias mucinosas apendiculares de alto o bajo grado de malignidad, podemos diferenciar tres tipos histológicos, con implicaciones pronósticas, según la clasificación de Ronnet: adenomucinositis peritoneal diseminada (DPAM, implantes no invasivos y células bien diferenciadas y sin atipias), carcinomatosis peritoneal mucinosa (PMCA, con la presencia de implantes invasivos y abundantes células con atipias) y formas intermedias o híbridas (PMCA-I). Presentamos 2 pacientes con el diagnóstico de PMP descubiertos en el trascurso de una cirugía por hernia umbilical y discutimos el manejo de este tipo de pacientes.

Caso clínico: Mujer de 60 años, sin antecedentes de interés. Remitida a nuestro centro tras el hallazgo durante la reparación de una hernia umbilical de ascitis gelatinosa y omento mayor tumoral, con implantes mucinosos. En nuestro centro, se realizó una determinación de marcadores tumorales, siendo el CEA de 21. Un TAC toraco-abdominal evidenció la presencia de ascitis difusa. Una gastroscopia y colonoscopia hasta ciego resultaron normales. La paciente fue intervenida hallando una neoplasia mucinosa apendicular rota con un índice de carcinomatosis peritoneal (PCI) intraoperatorio de 30. Se practicó una peritonectomía pélvica incluyendo una histerectomía con doble anexectomía y fondo de saco de Douglas, hemicolectomía derecha, peritonectomía de ambos flancos y diafragmática derecha con resección parcial de la cápsula de Glisson, omentectomía mayor con esplenectomía, colecistectomía, citorreducción de los implantes del intestino delgado y onfalectomía con resección de la cicatriz de la de la herniorrafia previa. Se completó la cirugía con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica con mitomicina C durante 90 minutos a una temperatura constante de 42 grados centígrados. La paciente fue dada de alta sin incidencias en el 10º día postoperatorio, estando actualmente libre de enfermedad 14 meses después de la cirugía. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (DPAM).

Discusión: El PMP es una enfermedad infrecuente, con una incidencia de 1-2 casos por millón de habitantes/año. Actualmente se reconoce como la mejor actitud terapéutica en estos casos la realización de extensas cirugías de citorreducción y la administración posterior de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC). La citorreducción con procedimientos de peritonectomía y la administración de HIPEC ha permitido conseguir cifras de supervivencia superiores al 90% en algunas series. Ante el descubrimiento de un PMP en el transcurso de una cirugía herniaria, la toma de muestras para estudio histológico, el cierre simple (rafia) del defecto aponeurótico y la derivación de estos enfermos para estudio y tratamiento a centros con experiencia en el tratamiento de la enfermedad maligna peritoneal debe ser la recomendación a seguir.

P-126. RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA PARA CÁNCER DE RECTO BAJO: FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES DE HERIDA E IMPACTO EN RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO

D. Saavedra-Pérez, C. Adelsdorfer, R. Almenara, S. Delgado, M. Pavel, W. Adelsdorfer, A. Ibarzábal, D. Momblán y A.M. Lacy

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: Las complicaciones de la herida perineal (CHP) son frecuentes en la resección abdominoperineal (RAP) abierta, especialmente con el uso de la quimiorradioterapia preoperatoria, teniendo un efecto negativo sobre la recurrencia y la sobrevida de los pacientes con cáncer de recto bajo. El objetivo de este estudio fue evaluar los factores de riesgo para las CHP y el impacto sobre los resultados oncológicos a largo plazo de pacientes con cáncer de recto bajo sometidos a RAP asistida por laparoscopia.

Material y métodos: De manera prospectiva, los pacientes admitidos a nuestra unidad de cáncer colorrectal con adenocarcinoma de recto bajo, entre enero 1998 y septiembre 2010, fueron incluidos en el estudio. Los pacientes con estadios clínicos avanzados (TNM) y sin contrindicación recibieron quimiorradioterapia neoayuvante (QRTN) basada en 5-fluorouracilo con radioterapia concomitante en un ciclo de 45 Gy. La intervención quirúrgica se llevó a cabo alrededor de la semana 8 desde el inicio del tratamiento. El seguimiento de los pacientes se realizó en consultas externas bajo protocolo previamente descrito. Las características clínicas, patológicas y quirúrgicas significativamente asociadas con infección de herida, retraso en cicatrización (> 30 días), reintervención, recurrencia de enfermedad y sobrevida de los pacientes fueron evaluadas en un análisis uni y multivariado.

Resultados: Un total de 80 pacientes con media de edad de 68 ± 18 (29-90) años fueron evaluados. La QRTN se administró en el 77,5% de los pacientes. Nueve casos presentaron perforación rectal intraoperatoria y en el 10% de los pacientes se llevó a cabo conversión a cirugía abierta. En todas las intervenciones se realizó cierre primario de la herida. La resección completa se obtuvo en el 82,5% de los pacientes. La tasa global de CHP fue del 16,3% (13/80) con retraso en cicatrización en el 10% y la necesidad de reintervención en el 3,8% de los pacientes. Los factores asociados con CHP fueron invasión tumoral a órganos vecinos (p = 0,016), perforación rectal intraoperatoria (p < 0,001), conversión a cirugía abierta (p = 0,006) y

los estadios clínicos III-IV ($p = 0,017$). En el análisis multivariado, la presencia de perforación rectal intraoperatoria (RR 12, IC95% 1,01-12,7; $p = 0,004$) y los estadios clínicos III-IV (RR 1,3, IC95% 1,1-1,4, $p = 0,005$) permanecieron significativamente asociados a CHP. A pesar de que el 14,5% (9/62) de los pacientes que recibieron QRTN presentaron CHP, no se encontró asociación ($p = 0,16$). La media de seguimiento fue de 40,8 meses con una tasa de recurrencia global de 16,3% (13/80) y una tasa global de sobrevida a cinco años de 61,7%. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las tasas de recurrencia local y sobrevida global entre los pacientes con y sin CHP.

Conclusiones: La tasa de CHP después de RAP asistida por laparoscopia y completada con cierre primario de la herida para los pacientes con cáncer de recto bajo, fue menor a la reportada previamente para las series de casos sometidos a cirugía abierta. Los estadios clínicos III-IV y la presencia de perforación rectal intraoperatoria son factores predictivos de CHP. No encontramos efecto de la presencia de CHP sobre la recurrencia local y la sobrevida global de la enfermedad.

P-127. PAPEL DE LA RNM POSNEOADYUVANCIA EN LA ACTITUD QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO

F.G. Onieva González, J.A. Flores García, D. López Guerra, J. Santos Naharro, M.J. Matito Díaz, M. Arribas Jurado, L. Munuera Romero, I. Pérez Andrés, J.L. Jiménez Redondo y J. Salas Martínez

Complejo Universitario Hospitalario Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: En el estadiaje preoperatorio del cáncer de recto se emplean habitualmente técnicas de imagen (RNM/ecografía endoanal) para poder discriminar la invasión a través de la pared del tumor y la invasión ganglionar, así como la afectación del plano esfinteriano de tumores de tercio inferior. Gracias a los nuevos tratamientos neoadyuvantes, en ciertos pacientes, no se encuentran nichos de células tumorales tras el estudio anatomopatológico de la pieza, no existiendo en la actualidad una prueba de imagen capaz de discernir la existencia de tumor residual tras la neoadyuvancia con alta sensibilidad y especificidad, y por ende, modificar la estrategia quirúrgica primitiva.

Material y métodos: El objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia de la RNM posneoadyuvancia en la planificación quirúrgica. Para ello, se ha realizado un estudio descriptivo de aquellos pacientes que han recibido neoadyuvancia, tomándose datos del estadiaje radiológico y comparándolo con hallazgos anatomopatológicos. Se ha utilizado el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Desde mayo 2009 se han tratado 142 afectos de ca de recto según el Protocolo Vikingo. De ellos, 70 pacientes han recibido neoadyuvancia, de los cuales a 55 pacientes se les ha realizado RNM posneoadyuvancia. La edad media fue de 65 ± 11 años, 69,1% varones. En un 61,8%, encontramos ausencia de concordancia en el estadiaje T, con sobreestadificación en un 40%. En el caso de N, no existe concordancia en el 50,9%, con sobreestadificación en el 27,3% de los casos. En ningún caso, la RNM posneoadyuvancia supuso una variación en la estrategia quirúrgica marcada primitivamente ni un rechazo a la cirugía.

Conclusiones: En nuestra serie, el índice de discordancia entre RNM posneoadyuvancia y los hallazgos anatomopatológicos es muy elevado, sobre todo en cuanto a la sobreestadificación tumoral, debido en gran parte a la gran reacción desmoplásica producida por el tratamiento radioterápico. Así, salvo en casos muy puntuales y muy evidentes, la RNM posneoadyuvancia no nos contraindicaría la intervención quirúrgica.

P-128. ESTADIAJE PREOPERATORIO DEL CÁNCER DE RECTO. COMPARACIÓN CON LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS

R. Parra, A. Eldabe Mikhail, E. Alonso Alonso, M. Álvarez Rico, I. Gil Laso, A. Palomo Luquero, V. Rodrigo Amador, L. González Martínez, X. Valero Cerrato, R. León Miranda y J.L. Seco Gil

Complejo Asistencial de Burgos, Burgos.

Introducción: El estadiaje preoperatorio correcto del carcinoma rectal está cobrando cada vez más importancia con el desarrollo de nuevas modalidades terapéuticas como la terapia neoadyuvante, la resección endoscópica transanal y la anastomosis coloanal.

Objetivos: Comparar la precisión diagnóstica de la ecografía endorrectal y de la resonancia magnética pélvica en el estadiaje preoperatorio del carcinoma rectal.

Material y métodos: 44 pacientes fueron intervenidos de un carcinoma del recto medio/bajo entre enero de 2009 y abril de 2011. Se realizó ecografía endorrectal en 36 casos, resonancia magnética en 41 casos y ambos estudios en 36 pacientes. Todos los casos fueron sometidos a una cirugía resectiva radical posteriormente. El estadiaje preoperatorio se comparó con los hallazgos anatomopatológicos de la pieza quirúrgica según la clasificación TNM.

Resultados: Se observó una mayor sensibilidad de la EER en el estadiaje tumoral y ganglionar frente a la RM (72% vs 68% y 61,5% vs 53,85% respectivamente). Sin embargo, la exactitud diagnóstica de la ecografía endorrectal se mostró inferior a la RM en la clasificación T (61,7% vs 78%) y en la clasificación N (57% vs 73%) debido a la mayor especificidad de la RM. Se observó una supraestadificación de la T en 3 casos con la EER y en 1 caso con la RMN. La infraestadificación resultó más frecuente con 7 casos con la ecografía y 12 casos con la RM. En el caso del estadiaje ganglionar (N) se observó una tendencia a la infraestadificación en 10 casos con la ecografía frente a 5 casos con la RM. La supraestadificación ganglionar se observó en 5 casos con la EER y en 6 casos con la RM.

Conclusiones: El estadiaje locorregional correcto del carcinoma rectal es esencial a la hora de planificar la estrategia terapéutica. En nuestro servicio ambas modalidades diagnósticas mostraron resultados parecidos siendo la RM más costosa y la EER más operadordependiente. En el momento actual y debido a la curva de aprendizaje, parece justificado el uso de ambas modalidades para el estadiaje locorregional. La auditoría de los resultados servirá para definir el momento en el que se podrá prescindir de la RM salvo para casos muy concretos.

P-129. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL ESTADIAJE PREOPERATORIO DEL ADENOCARCINOMA DE RECTO ENTRE LA ECOENDOSCOPIA (EER) Y LA RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN)?

M. Prieto Calvo, A. Lamiquiz Vallejo, T. Marquina Tobalina, A. Sarriugarte Lasarte, H. Marín Ortega, I. Álvarez Abad, J.M. García González, T. Moreno Allende, A. Larzábal Aretxabala y A. Colina Alonso

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: Teniendo en cuenta la importancia del estadiaje preoperatorio en el manejo de los adenocarcinomas rectales, creemos vital conocer la técnica que mejores resultados aporta.

Objetivos: Conocer si existen diferencias entre el estadiaje uTN, rTN y pTN de los adenocarcinomas de recto.

Material y métodos: Serie de casos clínicos retrospectiva de los adenocarcinomas rectales intervenidos en nuestro centro (01/01/2004-29/02/2012).

Resultados: $n = 39$. 71,8% hombres. Edad media: $65,8 \pm 11,6$ años. La endoscopia determinó una altura media de $6,3 \pm 2,5$ cm. EER: altura media de $8,2 \pm 3,4$ cm y RMN: $7,8 \pm 3,5$ cm. El margen circunferencial libre (MRC) en 41% de EER: media $13,3 \pm 12,9$ mm y en 35,9% de RMN: media $12,2 \pm 12,5$ mm. La AP aportó el MRC en el 46,2%, siendo la media $5,2 \pm 5,6$ mm. Si comparamos ambas técnicas y sus resultados T y N, obtenemos un índice de concordancia κ 0,60 ($p < 0,001$) para la T y 0,56 ($p < 0,001$) y para la N. Comparando con la A.P (T y N) la EER aprecia un índice κ para la T de 0,47 ($p = 0,003$) y de 0,19 ($p = 0,249$) para la N y la RMN a su vez 0,28 ($p = 0,078$) para la T y 0,371 ($p = 0,018$) para la N.

Criterios de inclusión:	Criterios de exclusión:
Adenocarcinoma rectal Cirugía programada.	Cirugía urgente. Margen anal > 15 cm (colonoscopia).
0-15 cm de margen anal (colonoscopia).	Estadiaje local: EER o RMN únicamente o TC.
Cualquier T, Cualquier N y Cualquier M.	Neoadyuvancia
Estadiaje local: EER y RMN	Técnicas quirúrgicas locales.
Valores de concordancia índice κ : $< 0,2$ pobre, 0,21-0,40 débil, 0,41-0,60 moderada, 0,60-0,8 buena, 0,81-1 excelente.	

N = 39	uTN	rTN	pTN
T1-2	14	12	11
T3-4	25	27	28
N0	27	21	25
N1-N2	12	18	14

Conclusiones: La EER y la RMN son técnicamente complementarias en el estadije local del cáncer rectal. Sin embargo son necesarios estudios prospectivos y con mayor número de sujetos de cara a una mejor evaluación de estos procedimientos diagnósticos.

P-130. VÍA CLÍNICA DEL CÁNCER DE RECTO: ANÁLISIS DE LAS PIEZAS DE RESECCIÓN

R.M. Peláez Barrigón, D.N. Macías Hernández, A. Hernández Pérez, J.A. Alcázar Montero, L.M. González Fernández, F. Gutiérrez Conde, A. Marín Pérez-Taberno, O. Bengoechea, O. Blanco y J. García García

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción y objetivos: El análisis histológico de las piezas de resección rectal (realizado según los criterios diagnósticos de Quirke) constituye una auténtica auditoria de la calidad del tratamiento quirúrgico y tiene valor pronóstico fundamental para la recidiva. Nuestro objetivo es analizar los informes anatomo-patológicos de las piezas de resección como criterio para evaluar la calidad del tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de 147 pacientes con cáncer de recto resecado con finalidad curativa en la Unidad de Coloproctología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca desde enero de 2008 a diciembre de 2011. El protocolo seguido en la estadificación, tratamiento y análisis histológico de las piezas de resección ha sido el definido en la vía clínica de cáncer de recto de nuestro centro y el Proyecto Vikingo del que nuestra Unidad forma parte. Se analizan los datos más significativos del análisis anatomo-patológico (margen distal y circunferencial, número de ganglios, respuesta a la neoadyuvancia, calidad del mesorrecto y el tipo de resección) y se correlacionan con los datos anatomo-clínicos y la estadificación preoperatoria.

Resultados: 147 pacientes intervenidos, de los cuales el 66,4% son varones. En 88 pacientes se ha realizado resección anterior. La intención ha sido curativa en 89,8% de los pacientes, la escisión total del mesorrecto se ha llevado a cabo en 68% de pacientes, siendo parcial en 30%. La tasa de conservación de esfínteres es del 65,6% en nuestra muestra. Los pacientes que han recibido tratamiento neoadyuvante han sido 97 (66%) cuya respuesta ha sido valorada según la clasificación de Dworak en remisión completa 11%, respuesta parcial 76% y ausencia de respuesta en 11%. En el subgrupo que recibió neoadyuvancia la media de ganglios aislados fue 13 y en el 50% de casos se aislaron 12 o más ganglios como criterio de calidad. En el subgrupo de pacientes que no recibieron neoadyuvancia, el promedio de ganglios aislados fue 18 y en 67,3% de los casos se aislaron un número de ganglios igual o superior a 12. La calidad del mesorrecto en ambos subgrupos fue satisfactoria o parcialmente satisfactoria en el 92% de los pacientes (135) y el margen circunferencial respetado en 123 pacientes (83,6%). La intervención fue tipo R0 en 83% de los pacientes.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en nuestro hospital son similares a los obtenidos en los hospitales incluidos en el Proyecto Vikingo.

P-131. UTILIZACIÓN DE ARPÓN INTRAABDOMINAL EN LA LOCALIZACIÓN DE RECIDIVAS DE NEOPLASIA DE COLON

J. Bollo, I. Lupu, F. Marinello, A. Carrasquer, J.L. Pallares, C. Martínez, C. Balagué, J.C. Pernas, E. Targarona y M.T. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción y objetivos: La colocación de un arpón o aguja guiada por tomografía axial computerizada (TAC) está bien establecida en tumores de mama no palpables, para realizar una cirugía mínimamente invasiva. También está descrita esta técnica en tumores pulmonares subcentimétricos o tumores de partes blandas. La utilización de esta técnica en la búsqueda de recidivas intraabdominales de pequeño tamaño o difícil localización en recidivas de tumores de colon no está bien establecida todavía, pero es una técnica factible y de gran utilidad, sobre todo cuando las relaciones anatómicas están alteradas o la exposición del campo quirúrgico es difícil.

Material y métodos: Presentamos tres pacientes postoperados de neoplasia de colon, que en curso postoperatorio presentan recidivas únicas de su patología tumoral. El primer paciente se trata de una mujer de 81 años intervenida de apendicetomía y posterior hemicolectomía derecha mediante laparotomía media, por adenocarcinoma mucinoso apendicular, posteriormente es intervenida por un cuadro oclusivo practicándose lisis de bridas, e intervenida por recidiva tumoral en corredera parietocólica derecha. En la actualidad presenta un nódulo único a nivel de fosa iliaca derecha de 43 x 25 mm que se visualiza en una TAC de control. El segundo paciente se trata de una mujer de 78 años, intervenida por adenocarcinoma de colon derecho, practicándose hemicolectomía derecha laparoscópica; posteriormente se interviene por recidiva a nivel de la anastomosis. En el tercer año postoperatorio se observa en una TAC una lesión periduodenal de 20 x 33 mm compatible con recidiva neoplásica. El tercer paciente se trata de una mujer de 73 años intervenida de neoplasia de recto con tratamiento de radioterapia pélvica, que en control postoperatorio presenta una masa localizada en región lateral derecha de pelvis menor. En dos de los tres pacientes se realiza tomografía por emisión de positrones (PET), observando una hipercaptación de la lesiones. Por la potencial dificultad de localización de las pequeñas lesiones tumorales en esta tres pacientes con múltiples operaciones abdominales se decide colocación de arpón guiado por TAC bajo anestesia local, el mismo día de la intervención sin incidencias. Intraoperatoriamente se localizó la recidiva con el arpón en su interior, realizando exéresis de la lesión con márgenes correctos, sin realizar resección o lesión de otros órganos adyacentes. El resultado anatomopatológico confirmó la naturaleza tumoral de dichos nódulos.

Resultados: La colocación de arpón guiada por TAC en lesiones intraabdominales de pequeño tamaño o en lesiones de difícil localización es una técnica factible y de gran utilidad, más aún si se trata de pacientes que pueden presentar adherencias postoperatorias o fibrosis en los tejidos adyacentes o se trata de paciente obesos. Gracias a esta técnica, podemos disminuir el tiempo quirúrgico y la resección tumoral se realizará de forma más exacta y precisa, evitando búsquedas y manipulaciones innecesarias que puedan conllevar un aumento de la morbilidad perioperatoria.

Conclusiones: La incidencia de posibles complicaciones secundarias a la colocación del arpón ronda el 1,3%, es decir, es una técnica segura y dependerá de la localización del tumor, del trayecto a seguir intraabdominal y de la experiencia del radiólogo.

P-132. CÁNCER COLORRECTAL ESTADIO IV. LAS COMPLICACIONES DEL TUMOR PRIMARIO DURANTE EL TRATAMIENTO PALIATIVO ¿INFLUYEN EN LA SUPERVIVENCIA?

M. Sánchez Vázquez, F.J. Suárez Alecha, E. Balén Rivera, A. Viúdez Berral, I. Hernández García, B. Oronoz Martínez, C. Yarnoz Irazábal y J.M. Lera Tricas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Alrededor del 25% de los pacientes con cáncer colorrectal presentan metástasis en el momento del diagnóstico y la resección quirúrgica sólo es posible en un grupo seleccionado de pacientes y el tratamiento quimioterápico paliativo será la opción en el resto. En este contexto, el objetivo del tratamiento es prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, existe una tasa de complicaciones relacionadas con el tumor primario del 17%, siendo la principal la obstrucción intestinal.

Objetivos: Evaluar la tasa de complicaciones relacionadas con el tumor primario que precisara de intervención, quirúrgica o endoscópica, en pacientes con estadio IV de cáncer colorrectal no sometidos a tratamiento quirúrgico, y la influencia de este tipo de complicaciones en la supervivencia.

Material y métodos: Se analizaron 81 pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal sincrónico estadio IV, asintomáticos o con mínima sintomatología y tratados con quimioterapia, de noviembre 2000 a noviembre 2010. Excluidos pacientes con cirugía del primario en el momento del diagnóstico o cirugía posterior de la enfermedad metastásica después de respuesta al tratamiento quimioterápico. Se dividieron en dos grupos: aquellos que precisaron de intervención quirúrgica o endoscópica por complicación del tumor primario, denominado grupo complicado (gc), mientras los que no precisaron de cirugía, grupo no complicado (gnc). Se

estudiaron, en ambos grupos, datos del paciente (edad, sexo), parámetros analíticos (CEA, GGT, FA, BR), localización tumor primaria, afectación uni o bilobar hepática, localizaciones de enfermedad metastásica y posibilidad de traspasar el tumor con endoscopia. En grupo complicado se analizó el tipo de complicación y el procedimiento. También se estudió si existía alguna relación entre la imposibilidad de traspasar el endoscopia y el desarrollo de una obstrucción posterior.

Resultados: Se obtuvieron un total de 81 pacientes, 55 hombres y 26 mujeres, sin evidencia en el momento del diagnóstico de obstrucción intestinal o hemorragia activa. Con una media de 197 días, 16 pacientes desarrollaron una complicación relacionada con el tumor primario (15 obstrucción intestinal, 1 perforación), 10 requirieron intervención quirúrgica y 6 procedimiento endoscópico. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a edad, sexo, parámetros analíticos, participación bilobar del hígado o el número de órganos afectados ($p > 0,05$). Tampoco en cuanto a supervivencia (13 vs 10 meses, gp y gnc respectivamente, $p > 0,05$). Existe una relación estadísticamente significativa entre la imposibilidad de pasar el endoscopia y la posterior aparición de una obstrucción intestinal, en los tumores localizados distalmente al ángulo esplénico ($p > 0,05$).

Conclusiones: Quimioterapia es la primera línea de tratamiento para pacientes asintomáticos con cáncer colorrectal estadio IV con intención paliativa. Cerca del 20% sufrirán una complicación siendo la obstrucción intestinal la más frecuente. La imposibilidad de traspasar el tumor con el endoscopia predice la aparición de obstrucción intestinal en los tumores distales al ángulo esplénico.

P-133. HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA MEDIANTE PUERTO ÚNICO

O. Estrada Ferrer, N. Ruiz Edo, L.A. Hidalgo Grau, E.M. García Torralbo, A. Heredia Budó y X. Suñol Sala

Hospital de Mataró, Mataró.

Objetivos: La laparoscopia por puerto único se ha desarrollado en los últimos años con el objetivo de minimizar el traumatismo tisular y mejorar el resultado cosmético en el tratamiento por laparoscopia de la patología colorrectal. Describimos la experiencia inicial de nuestra Unidad en la realización de hemicolectomía derecha por laparoscopia mediante puerto único (HDPÚ).

Material y métodos: Hemos realizado un análisis descriptivo prospectivo de 13 HDPÚ, desde julio de 2010 a febrero de 2012. Las HDPÚ se llevaron a cabo por parte de los miembros de la Unidad de Cirugía Colorrectal de nuestro Servicio. Se consideran los datos preoperatorios, datos quirúrgicos, estudio histopatológico y evolución postoperatoria. La técnica quirúrgica consistió en la realización de una incisión transumbilical de 3-4 cm de longitud para la colocación de un dispositivo multipuerto (Gel Port) y posterior neumoperitoneo. Completada la liberación de la pieza quirúrgica y la sección de los vasos ileocólicos y cólicos derechos en su raíz, ésta se exterioriza a través de la propia incisión umbilical, que pudo requerir ser ampliada en función del tamaño tumoral y de la anatomía del paciente. En todos los casos se utilizó un mecanismo protector para la extracción de la pieza y se realizó una anastomosis mecánica latero-lateral extracorpórea funcional íleo-transversa.

Resultados: La edad media del grupo fue de 70,5 años (límites 48-86) y la distribución por género fue 4 hombres y 9 mujeres. En 10 casos el riesgo anestésico se consideró como ASA II y el resto ASA III. El tiempo quirúrgico medio de la serie fue de 160 minutos (70-235). Cabe decir que en un caso se añadió al procedimiento una nefroureterectomía derecha por tumor sincrónico de vías urinarias. No hubo complicaciones intraoperatorias ni necesidad de transfusión de concentrados de hemáties perioperatorio. La estancia hospitalaria media postoperatoria fue de 5,2 días (4-10). La pieza quirúrgica tuvo una longitud media de 25,7 cm (13-35,5). La distancia media entre el tumor y el margen proximal fue de 10,2 cm (4-15) y de 10,6 cm (3-21) en caso del margen distal. La media de ganglios disecados fue de 15,1 (8-21). En cuanto a los estadios patológicos, 2 pacientes fueron estadio I, 7 pacientes estadio II, 3 pacientes estadio III y un paciente estadio IV (metástasis hepáticas detectadas preoperatoriamente). La morbilidad postoperatoria consistió en 2 casos de íleo paralítico, 2 casos de hemorragia anastomótica y 1 caso de infección de herida quirúrgica. No se requirieron reintervenciones.

Conclusiones: La HDPÚ es una alternativa de abordaje laparoscópico a considerar en casos seleccionados. En nuestra experiencia no aumenta la

morbilidad y los resultados son satisfactorios desde el punto de vista oncológico.

P-134. CÁNCER DE COLON. ALTERNATIVAS EN LA EVALUACIÓN PRONÓSTICA Y PREDICCIÓN DE RECAÍDA DE ENFERMEDAD. VALIDACIÓN NORMOGRAMA MEMORIAL SLOAN-KETTERING CANCER CENTER (MSKCC)

M.E. Gómez García, F.J. Blanco González, J.V. García Díez, M.J. Enguix Soriano, S. Mariner Belvis, J. Lorenzo Pérez, D. Álvarez Martínez, C. Redondo Cano, D. Iborra Cebriá, L. García Requena y B. Ballester Sapiña

Hospital Universitario de La Ribera, Alzira.

Introducción: El adenocarcinoma de colon afecta alrededor de un millón de personas en el mundo constituyendo la neoplasia gastrointestinal más frecuente. Aunque la cirugía es el principal tratamiento, fundamentalmente en la enfermedad localizada, no metastásica, las verdaderas mejoras en supervivencia/control de la enfermedad se deben a los avances globales en el manejo multidisciplinar y al mejor conocimiento del riesgo y potencial de diseminación neoplásica. En la era de la quimioterapia, su efecto adyuvante desempeña un rol clave como parte integral del tratamiento, y resulta imprescindible detectar, del modo más preciso e individualizado posible, a aquellos pacientes que, por sus factores de riesgo (debut, localización, tipo de resección, histología, estadificación o biología tumoral...) necesiten o vayan a beneficiarse de una terapéutica complementaria. En este sentido, en los últimos años se han desarrollado diversos normogramas entre otros, para cáncer de próstata, con los que se pretende una mayor homogeneidad en la estratificación de los pacientes en grupos de riesgo.

Material y métodos: Se recopilaron los datos relativos a las intervenciones por cáncer de colon practicadas en el Hospital de la Ribera entre los años 2005-2007 con objeto de poder completar un seguimiento de 5 años, notificando en cada caso la situación actual del paciente en términos de supervivencia global (OS) y libre de enfermedad (DFS). Se evaluó esta última globalmente y por estadios según la 5ª y 6ª Ediciones del TNM/AJCC entonces vigentes. Adicionalmente, se re-estadió según la última y reciente 7ª Edición (asumiendo el sesgo derivado de la ausencia de determinación de N1c: células tumorales satélites en subserosa sin ganglios positivos). Se excluyeron resecciones de cáncer de recto, pacientes en estadio IV (enfermedad metastásica) y por, su diferente fisiopatología y características, cirugías indicadas en el contexto de cáncer colorrectal hereditario, asociado a síndromes de poliposis o enfermedad inflamatoria intestinal. Basándonos en la fórmula propuesta por el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC), y a partir

Resultados: Se analizó estadística y gráficamente la evolución y pronóstico de la enfermedad neoplásica a través de los datos de supervivencia libre de enfermedad (DFS) por estadios evaluando el grado de homogeneidad y concordancia en estratos crecientes. Con una supervivencia global libre de enfermedad de 62%, por estadios resultó ser de 86,4%, 57% y 59,8% (estadios I, II, III, 5ª Edición TNM; $p = 0,019$ entre I-II, $p = 0,006$ I-III, $p = 0,552$ II-III); 86,4%, 62,5%, 40%, 75%, 57,9% y 50% (estadios I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC, 6ª Edición TNM; $p = 0,046$ I-IIA, $p = 0,013$ I-IIB, $p = 0,005$ I-IIIB, $p = 0,0001$ I-IIIC, $p = 0,071$ IIA-IIB, $p = 0,096$ IIA-IIIA, $p = 0,033$ IIA-IIIC, $p = 0,095$ IIB-IIIA, $p = 0,058$ IIIA-IIIB, $p = 0,045$ IIIA-IIIC). Frente a esta heterogeneidad de distribución, el normograma predecía una DFS global de 73,09% (66,68% 10 años) con una estimación DFS media agrupada de 93,23%, 82,68% y 54,72% (estadios I, II y III 5ª Edición TNM) en contraposición a un 93,23%, 84,15%, 80,20%, 82,67%, 62%, 36,73% (estadios I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC 6ª Edición TNM).

Conclusiones: La supervivencia global libre de enfermedad estimada por el normograma del MSKCC no difiere significativamente ($p < 0,05$) de la real y la desviación existente entre ambas (fundamentalmente por estratos) bien podría estar, al menos parcialmente, condicionada por una inexacta estimación del riesgo y un subóptimo manejo terapéutico que, con herramientas predictivas como esta, aunque menos sencillas que el clásico TNM, podría implementarse. Por tanto, este normograma podría ser de gran utilidad en la evaluación pronóstica, precisamente porque este incremento de la complejidad podría contribuir a reducir la heterogeneidad intra-grupo y a lograr una optimización terapéutica en cada caso particular según el riesgo estimado.

P-135. ESTUDIO DE COSTES DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL FRENTE A UN PROTOCOLO TRADICIONAL PARA EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA COLORRECTAL

P. Royo Dachary¹, J.A. Gracia², D. Callejo³, J.M. Ramírez², A. Arroyo⁴, R. Cabeza⁵, F. Villalba⁶ y G. Germ⁷

¹Hospital San Jorge, Huesca. ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ³Agencia Laín Entralgo, Madrid. ⁴Hospital General Universitario, Elche. ⁵Fundación Hospital, Calahorra. ⁶Hospital General Universitario, Valencia. ⁷Grupo Español de Rehabilitación Multimodal.

Introducción: El grupo GERM (Grupo Español de Rehabilitación Multimodal) lleva trabajando con protocolos de rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal desde 2008. Estos protocolos han demostrado importantes beneficios en la morbilidad y la estancia postoperatoria, pero a pesar de ello su implantación no es fácil, ya sea por "chocar" con los cuidados tradicionales o por la creencia generalizada de que todo lo nuevo es siempre más caro. Con este estudio pretendemos demostrar los beneficios de estos protocolos también en términos de eficiencia.

Material y métodos: Se ha comparado un protocolo de cuidados tradicionales de cirugía colorrectal con el Protocolo de Rehabilitación Multimodal que actualmente estamos empleando en el grupo GERM. Cada parámetro se ha traducido a un valor económico. Empleando los datos de complicaciones y estancia media ya publicados por nuestro grupo pre y post implantación del protocolo se calcula diferencias en estancia postoperatoria.

Resultados: El coste medio del protocolo de Rehabilitación multimodal ha sido de 264,25 euros; mientras que el tradicional ha sido de 355,3 euros. La diferencia de estancia entre los dos grupos es de 6,7 días (5,4 vs 12,1), con un sobrecoste de 1.541 euros. Hemos considerado una morbilidad sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los protocolos de Rehabilitación Multimodal permiten un ahorro significativo por paciente, alcanzando en nuestro caso un ahorro teórico de 1.632 euros por paciente.

P-136. TASAS DE CONVERSIÓN EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA COLORRECTAL

J.A. Romeo Ramírez, B. Cermeño Toral, E. Campo Cimarras, J.D. Sardón Ramos, I.M. Angulo Revilla, A. Gastón Moreno, J. Errasti Alustiza y L. Fernández Rico

Hospital Txagorritxu, Vitoria.

Introducción: La cirugía laparoscópica está totalmente aceptada en el tratamiento de la patología colorrectal benigna y maligna. La tasa de conversión a laparotomía está relacionada con la localización y tamaño tumoral, cirugías previas, selección de pacientes y experiencia del equipo quirúrgico.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los procedimientos laparoscópicos y robóticos en cirugía colorrectal realizados en nuestro hospital durante el periodo abril 2003-abril 2012. Todas las intervenciones fueron practicadas por el mismo equipo quirúrgico (5 adjuntos y residentes). Consideramos conversión en todas las intervenciones iniciadas por laparoscopia en las que se realiza laparotomía o ampliación de herida quirúrgica para completar el procedimiento. Se realiza un estudio de la tasa de conversión a laparotomía, causas y evolución en el tiempo de la misma.

Resultados: Durante el periodo de estudio (2003-2012) se practicaron 513 abordajes laparoscópicos y 33 robóticos (Da Vinci) en cirugía colorrectal, de las cuales fueron convertidas a laparotomía 150 (tasa de conversión de 27,3%). Si descartamos la curva de aprendizaje (30 casos/cirujano), la tasa de conversión representa 24%. La cirugía laparoscópica de urgencia es mínima (4 casos por perforación yatrógena). Se ha producido un descenso progresivo en la tasa de conversión, a pesar de una menor selección de los pacientes, llegando durante el último año al 11,1%. Las causas de conversión han sido: Dificultades en la disección 52 (34,7%) especialmente en recto distal y ángulo esplénico, neoplasias avanzadas 32 (21,3%), adherencias de intervenciones previas 24 (16%), no localización de neoplasia ni tatuaje 20 (16%), dificultades en la exposición (procesos oclusivos) 10 (6,7%), complicaciones intraoperatorias (hemorragia, rotura de quiste ovárico...)

co...) 8 (5,3%), complicaciones anestésicas 3 (2%), otras 1. Hay que señalar que más de un 30% de las conversiones se han realizado precozmente, tras introducir 2 o 3 trócares. Atendiendo a los procedimientos quirúrgicos las mayores tasas de conversión han sido en colectomía total 10/17 (58%) sobre todo por la dificultad en disección de colon transversal, hemicolectomía izquierda 12/25 (48%) y resección anterior 35/91 (36%) por la dificultad para obtener margen distal adecuado y para la sección del recto. Los procedimientos con menores tasas de conversión: sigmoidectomía 33/143 (23%), amputación abdominoperineal 8/38 (21%) y hemicolectomía derecha 33/174 (19%). La tasa de conversión en cirugía robótica ha sido similar a la laparoscopia (27,3%).

Conclusiones: La cirugía laparoscópica presenta una muy buena alternativa en el tratamiento de la patología colorrectal. Debe ser la técnica de elección siempre que no comprometa el tratamiento correcto de la enfermedad de base. La conversión a cirugía abierta no se debe contemplar como un fracaso. Los criterios de selección de pacientes varían en función de la experiencia del equipo quirúrgico. En nuestro hospital representa un problema el abordaje laparoscópico del tercio inferior de recto y del colon transversal, así como la ocasional identificación de las lesiones pequeñas a pesar de un marcaje colonoscópico. La realización de colonoscopia intraoperatoria se acompaña de un alto porcentaje de conversión.

P-137. ANASTOMOSIS ILEOCÓLICAS POR HEMICOLECTOMÍAS DERECHAS. ANÁLISIS RETROSPECTIVOS DE 6 AÑOS EN NUESTRO SERVICIO

B. Arencibia Pérez, J. Padilla Quintana, J.M. del Pino Monzón, G. Hernández Hernández, A. Pérez Álvarez, L. Gamba Michel, J.G. Díaz Mejías, F. García Correa, M. Alonso González, M. Barrera Gómez y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Objetivos: Las hemicolectomías derechas se realizan comúnmente para el tratamiento del cáncer de colon derecho, enfermedad inflamatoria intestinal y otras patologías como isquemia, perforación y procesos hemorrágicos. La fístula anastomótica después de la cirugía representa una de las complicaciones más temibles, con una incidencia no desdeñable (5-10%), que conduce a una mortalidad del 10-33%. Los trabajos publicados hasta el momento en la literatura que comparan anastomosis ileocólicas mecánicas con manuales han encontrado pocas diferencias en la tasa de complicaciones, pero carecen de poder estadístico adecuado. El objetivo de nuestro estudio es analizar la incidencia de fugas de anastomosis ileocólica según el tipo de cirugía, ya sea programada o urgente, abierta o laparoscópica y el tipo de anastomosis realizada en nuestro Hospital.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo sobre las hemicolectomías derechas realizadas entre enero de 2006 y diciembre de 2011 en el Servicio de Cirugía general y del aparato digestivo del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Se han realizado un total de 460 hemicolectomías derechas durante los 6 últimos años, siendo 245 hombres (53,2%) y 215 mujeres (46,7%). La edad media de los pacientes estudiados fue de 66,5 años.

Resultados: 337 pacientes (73,2%) fueron intervenidos de manera programada y 123 (26,73%) de manera urgente. El procedimiento se realizó de manera laparoscópica el 42,7% de las cirugías programadas y sólo el 10,5% de las urgentes. El tipo de anastomosis ileocólica utilizada fue con grapadora en el 86,4% de los casos (circular: 66,2% y lineal: 34,06%) y manual en el 13,5% (monoplano: 32% y biplano: 68%). El porcentaje total de fugas anastomóticas tras hemicolectomías derechas objetivadas en nuestro servicio fue del 5,67%. El diagnóstico de fuga fue hecho en la mayoría de los casos por la sintomatología del paciente y con TC abdominal.

Conclusiones: Se realizaron más hemicolectomías derechas abiertas que laparoscópicas, incluyendo las realizadas de manera programada y urgente. Las anastomosis realizadas fueron mayoritariamente mecánicas (86,48%) utilizando la grapadora circular en el 66,2% de los casos. El porcentaje total de fugas de anastomosis ileocólicas fue del (5,67%). La incidencia de fugas fue mayor en los procedimientos realizados de urgencias que en los realizados en circunstancias ideales. Los resultados de nuestro servicio han sido similares a los publicados en la literatura hasta el momento.

P-138. NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO. EMPLEO COMO SOPORTE NUTRICIONAL TRAS CIRUGÍA DE COLON

S. Martínez López, E. Viejo Martínez, E. Vaíllo Martín, E. del Valle Hernández, F. Muñoz Jiménez, M. Rodríguez Martín, I. Aguirre y A. Muñoz-Calero Peregrín

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: La desnutrición en el paciente quirúrgico se relaciona con un aumento de la morbilidad en estos pacientes. En el paciente quirúrgico el estrés producido por la cirugía y el ayuno aumentan el riesgo de desnutrición. La nutrición parenteral periférica (NPP), se plantea como un sistema de complemento nutricional en el paciente sometido a cirugía. El objetivo de este estudio es analizar el empleo de la NPP en pacientes postoperados de cirugía de colon, valorando su indicación y complicaciones asociadas.

Material y métodos: Se analizan 100 pacientes con cirugía de colon y recto operados de manera consecutiva entre marzo de 2011 y enero de 2012. Se dividen los pacientes en dos grupos según hayan recibido o no tratamiento con NPP. En nuestros pacientes la NPP empleada fue Oliclinomel N4® en todos los casos en que se indicó. En cada grupo establecimos: días de ayuno, presencia de complicaciones en el postoperatorio y tipo y frecuencia de las mismas.

Resultados: De los 100 pacientes analizados 58 son varones y 42 mujeres. La vía de acceso en la cirugía realizada fue laparoscópica en el 60% de los casos. Un 13% de los pacientes recibió NPP en el postoperatorio. Este porcentaje aumenta hasta el 31% si consideramos su indicación en el grupo de pacientes que presentaron alguna complicación en el postoperatorio. En cuanto a tipo de complicación, la más frecuente en el grupo sin NPP fue la infección del sitio quirúrgico que se registró en 12 pacientes (47,2% de las complicaciones presentadas en este grupo) y en el grupo con NPP la dehiscencia anastomótica que presentaron 4 pacientes (28,5% de las complicaciones). En cuanto a la flebitis se registraron dos casos, uno en cada grupo. El número de días de ayuno completo fue de 5,15 de media en el grupo en que se consideró necesaria la NPP y de 1,96 en el que no se indicó.

Conclusiones: Es más frecuente la indicación de NPP en pacientes que precisan varios días sin dieta oral o/y que han sufrido complicaciones en el postoperatorio. En el grupo de pacientes que recibió NPP existe tendencia a presentar menor incidencia de infección del sitio quirúrgico, aunque no tengamos resultados estadísticamente significativos. La aparición de protocolos de empleo de NPP en el paciente postoperado es fundamental para optimizar el beneficio de este tipo de soporte nutricional.

P-139. OCLUSIÓN INTESTINAL POR IMPLANTES DE CARCINOMATOSIS DE CÁNCER DE COLON SOBRE PLUG DE HERNIOPLASTIA

R. Rumenova Smilevska, C. Nofuentes Riera, S. Pérez Bru, M. Gil Santos, F. Orts Micó, M. Mingorance Alberola, M. Ruiz-Piqueras Lecroisey, E. Soliveres Solivers, J.M. Rubio Cerdido, M. Morales Calderón y S. García García

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

Objetivos: Las causas de oclusión intestinal en pacientes con neoplasia conocida intraabdominal tratada quirúrgicamente pueden ser recidiva de la neoplasia, carcinomatosis peritoneal o síndrome adherencial. El objetivo es la presentación de un caso clínico de oclusión intestinal secundaria a carcinomatosis peritoneal sobre plug de hernioplastia inguinal.

Material y métodos: Revisión de la literatura a propósito de un caso.

Resultados: Paciente de 70 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hernioplastia inguinal izquierda hace más de 20 años, cistoprostatectomía radical por neoplasia vesical en 2004, hemicolectomía derecha por adenocarcinoma de ciego pT3N1M1 (implantes peritoneales). Diez meses antes del ingreso en tomografía axial computarizada (TAC) de control se detectó masa en tercio medio de esófago irrecusable, cuya biopsia es compatible con carcinoma epidermoide de esófago. Se realizó PET-TAC, que objetivó con presencia de masa esofágica y nódulo pulmonar en lóbulo inferior izquierdo con características malignas. Se colocó prótesis esofágica y se inició quimioterapia. El paciente estaba ingresado a cargo del servicio de oncología por úlcera gástrica por decúbito de prótesis esofágica. Al décimo-quinto día de ingreso presenta dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal, con buena respuesta

inicial a medidas de soporte pero empeoramiento progresivo posterior y TAC (fig. 1) que mostró oclusión de intestino delgado localizada en hipogastrio izquierdo secundario a probable implante peritoneal. Se intervino de urgencia, objetivando adherencia íntima y dura de asa yeyunal distal que corresponde al tapón de polipropileno de antigua hernioplastia inguinal izquierda, donde presenta implante peritoneal (fig. 2). Se practica liberación del asa yeyunal con resección del tapón, resección de 10 cm de asa con anastomosis latero-lateral. La histología confirma la presencia de infiltración de partes blandas por adenocarcinoma colorrectal conocido e inflamación crónica tipo cuerpo extraño. En el postoperatorio el paciente desarrolló fistula entero-cutánea junto con colecciones intraabdominales que se resolvieron mediante drenaje percutáneo. Tras retirada del mismo presentó resolución de colecciones y fue dado de alta al trigésimo-tercer día postoperatorio.

Conclusiones: En la literatura existen muy pocos casos descritos de presencia de carcinomatosis a nivel de materiales protésicos (plug) de hernioplastia, cuya presencia y desarrollo podrían estar favorecidos por la inflamación crónica local de cuerpo extraño.



Figura 1. TAC: oclusión de intestino delgado por implante.

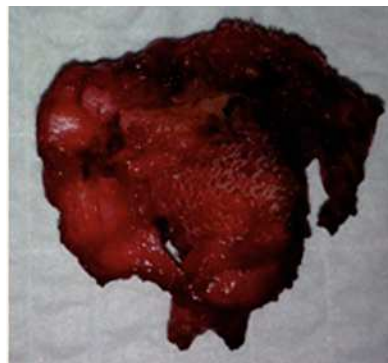


Figura 2. Pieza quirúrgica: Implante peritoneal en el plug.

P-140. DOLOR CRÓNICO EN FOSA ILÍACA DERECHA: FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA DIVERTICULITIS APENDICULAR

B. Febrero, A. Ríos, J.M. Rodríguez, R. Brusadin, P. Sánchez, J. Ruiz y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La presencia de divertículos en el apéndice cecal es infrecuente, con una incidencia que puede variar de 0,004-2,1%. Su diagnóstico suele ser casual (radiológico o histológico) y, cuando se produce clínica, generalmente se trata de un cuadro secundario a la complicación de los divertículos, sobre todo, inflamación y perforación. La diverticulitis apendicular es más frecuente en el sexo masculino y en mayores de 30 años. Las manifestaciones clínicas en fase inicial suelen ser poco llamativas, con un dolor insidioso e intermitente que puede prolongarse hasta dos semanas, sin sintomatología gastrointestinal asociada (náuseas, vómitos o diarrea). Algunos pacientes refieren episodios de do-

lor similares previamente. El dolor suele localizarse en la fosa ilíaca derecha, por lo que es esencial el diagnóstico diferencial con la apendicitis aguda, cuyo dolor es más agudo y menos prolongado. La ausencia de sospecha de esta enfermedad condiciona un retraso en el diagnóstico, lo que puede acabar en una perforación apendicular con la formación de abscesos y/o peritonitis. Presentamos un caso de diverticulitis apendicular en un paciente con una clínica larvada que hizo retrasar el diagnóstico, con la formación de un plastrón inflamatorio.

Caso clínico: Varón de 71 años que consultó en puerta de Urgencias por dolor en fosa ilíaca derecha (FID) de un mes de evolución, sin otra sintomatología. A la exploración clínica estaba afebril, con abdomen blando y depresible, doloroso en FID, con defensa e irritación peritoneal a ese nivel. La analítica presentaba parámetros normales, observándose en la ecografía abdominal un plastrón en FID que parecía depender del apéndice cecal. Con el diagnóstico de abdomen agudo de posible origen apendicular se intervino por laparoscopia, encontrando un plastrón de consistencia pétrea. Ante estos hallazgos se decidió convertir a una laparotomía media. Se realizó disección del plastrón, hallando un apéndice de características inflamatorias y con formaciones saculares. La evolución fue favorable. La histología definitiva informó de diverticulitis apendicular.

Conclusiones: La diverticulosis apendicular es una entidad clínica infrecuente, que suele diagnosticarse ante la presencia de una complicación. En pacientes con clínica de larga evolución en fosa ilíaca derecha debe ser una patología a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial.

P-141. FACTORES PRONÓSTICOS EN LOS TUMORES MUCINOSOS DEL APÉNDICE VERMIFORME

N. Fakhí Gómez, O. Caso Maestro, I. Justo Alonso, A. Marcacuzco, J. Calvo Pulido, R. Sanabria, S. Olivares, M. García Nebreda y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Los tumores mucinosos del apéndice tienen un comportamiento biológico impredecible. Característicamente presentan una dilatación quística del apéndice con acumulo de mucina intraluminalmente, y su importancia radica en su potencial de diseminación peritoneal (pseudomixoma peritoneal) y otras vísceras. Existe mucha controversia alrededor de estas neoplasias sobre todo por la inconsistencia de los criterios histológicos para su diagnóstico, presentando un problema para los cirujanos en el manejo de las mismas.

Material y métodos: Presentamos una serie de 50 casos de tumores mucinosos de apéndice (cistoadenomas/cistoadenocarcinomas) intervenidos en nuestro hospital entre enero 1999 y junio 2009.

Resultados: Se presenta un total de 50 pacientes de los cuales 34 eran mujeres (68%) y 16 hombres (32%) con una media de edad 63 ± 15 años (29-87). El hallazgo fue incidental en 9 casos en donde el diagnóstico se realizó en cirugía por un tumor sincrónico (diagnóstico intraoperatorio o anatomopatológico en pieza quirúrgica), de los cuales la mayoría eran de origen colorrectal (6 casos) seguidos de ginecológicos (3 casos). El estudio histopatológico era compatible con cistoadenoma mucinoso en 39 casos (78%) y cistoadenocarcinoma en 11 (22%). Se evidenció pseudomixoma peritoneal (PP) en 13 casos (26%), todos ellos en el momento de la cirugía. El tratamiento realizado fue de apendicetomía en 31 casos (62%), hemicolectomía derecha en 17 casos (34%) y apendicetomía mas resección cecal en 2 casos (4%). La supervivencia actuarial (SA) global fue 89,7% y 86% al año y a los 5 años respectivamente. La supervivencia en los casos de cistoadenoma fue de 92,1% y 82,1% al año y a los 5 años, y de 81,8% al año y a los 5 años en los casos de cistoadenocarcinoma ($p = 0,84$). En cuando a la presencia de tumor sincrónico, la SA fue de 91,8% y 81,3% al

año y a los 5 años si no existía, y 77,8% al año y a los 5 años si existía ($p = 0,72$). La SA en los pacientes sin PP a los 1 y 5 años fue de 91,8% y 81,4% respectivamente, mientras que fue de 83,3% y 66,7% respectivamente en los pacientes con PP ($p = 0,76$). En estos pacientes la supervivencia era menor en ambos grupos (con o sin PP) ante la presencia de celularidad extraapendicular: SA al año de 85% en los casos con celularidad negativa extraapendicular y 50% si era positiva ($p = 0,039$) en los pacientes sin PP, y de 85,7% cuando era negativa y 75% cuando era positiva ($p = 0,937$) en los pacientes con PP. Además, la presencia celularidad extraapendicular empeoraba el pronóstico tanto en los pacientes con cistoadenoma o con cistoadenocarcinoma.

Conclusiones: El grado histológico y la diseminación peritoneal con la presencia de celularidad extraapendicular microscópica o PP son factores muy importantes en el pronóstico de los tumores mucinosos del apéndice.

P-142. REVISIÓN DE LAS NEOPLASIAS DE APÉNDICE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

V. García Gutiérrez, P. Peláez Torres, G. Supelano Esloit, M. de la Fuente Bartolomé, R. Ortega García, E.E. Rubio González, T. Butrón Vila, M. Ortiz Aguilar, J.A. Pascual Montero, M. Hidalgo Pascual y M. Lomas Espadas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La apendicitis es la patología urgente que más frecuentemente trata el cirujano general. Las neoplasias apendiculares sólo suponen un 0,5% de todas las neoplasias gastrointestinales y 1% de todas las apendicectomías. No suelen diagnosticarse preoperatoriamente y, menos de la mitad se diagnostican intraoperatoriamente. La mayoría se manifiestan con clínica de apendicitis. Según la literatura los tumores carcinoides son las neoplasias más frecuentes del apéndice (50% aproximadamente), aunque la distribución de las neoplasias apendiculares cambia en las distintas series. Los mucocelos suponen un 8% de las neoplasias apendiculares e incluyen: cistoadenoma mucinoso y cistoadenocarcinoma, con histología benigna y maligna, respectivamente.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio 87 pacientes con diagnóstico de neoplasia apendicular en el Hospital Universitario Doce de Octubre en el periodo comprendido entre 1999 y 2009. Las neoplasias se clasificaron en: carcinóide, adenocarcinoma, cistoadenoma mucinoso (pseudomixoma peritoneal), adenocarcinóide y cistoadenocarcinoma. Los datos han sido analizados con el programa SPSS.

Resultados: En nuestra serie el cistoadenoma mucinoso es el tumor más frecuente (39,1%), seguido del tumor carcinóide que supone un 24,1% del total de casos. El de menor frecuencia es el adenocarcinóide.

Conclusiones: En nuestra serie se han incluido neoplasias malignas y una neoplasia benigna, el cistoadenoma mucinoso que puede dar lugar a una entidad especial: el pseudomixoma peritoneal, producido tras la ruptura de la capa serosa del apéndice en el contexto de un cistoadenoma mucinoso, es por esto que existen controversias respecto a la histología benigna de esta neoplasia. En la mayoría de series el tumor carcinóide es el más frecuente, no siendo objetivado en nuestra revisión. La mortalidad del tumor carcinóide (4,8%) está relacionada con el tamaño del tumor, no recogido en esta revisión. En nuestra serie el cistoadenoma mucinoso es el más frecuente. En cuanto a la mortalidad llama la atención el porcentaje correspondiente al cistoadenoma (26,5%) que se encuentra por encima de la descrita en la literatura, aproximadamente un 20-25% teniendo en cuenta el cistoadenocarcinoma. El elevado número de pacientes que han abandonado el seguimiento en nuestro centro supone una importante limitación para conocer la verdadera mortalidad secundaria a los tumores apendiculares. La neoplasia apendicular es una entidad rara que

Tabla 1. (P-142)

	T.C.	Adenoca.	C.M.	PMP	ACD	CAC
Casos (n)	21	17	34	2	3	10
Porcentaje	24,1%	19,5%	39,1%	2,3%	3,4%	11,5%
Mortalidad						
Fallecido	1 (4,8%)	9 (52,9%)	9 (26,5%)	1 (50%)	0 (0%)	3 (30%)
Vivo	11 (52,4%)	6 (35,3%)	18 (52,9%)	1 (50%)	1 (33,3%)	7 (70%)
Desconocido	9 (42,9%)	2 (11,8%)	7 (20,6%)	0 (0%)	2 (66,7%)	0 (0%)

TC: carcinóide; Adenoca.: adenocarcinoma; PMP: pseudomixoma peritoneal secundario a C.M.; C.M.: cistoadenoma mucinoso; ACD: adenocarcinóide; CAC: cistoadenocarcinoma.

no suele diagnosticarse previamente a la intervención quirúrgica. En nuestra serie predominan las neoplasias apendiculares productoras de mucina, tanto benignas como malignas, con una mortalidad secundaria a la neoplasia superior a las series publicadas.

P-143. MANIFESTACIONES CLÍNICAS INFRECIENTES DE ENDOMETRIOSIS INTESTINAL

L. Millán Paredes, L. Lázaro García, M. Riveros Caballero, N. Pérez Romero, A. Navarro Luna y E. Veloso Veloso

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: La endometriosis es un trastorno ginecológico crónico y benigno que afecta al 10% de las mujeres en edad fértil. La clínica de endometriosis intestinal es inespecífica. Puede presentarse de forma crónica o aguda. Aportamos dos casos de endometriosis intestinal, con dos presentaciones clínicas poco frecuentes.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 44 años, sin antecedentes. Estudiada por dolor en hemiabdomen derecho, cólico crónico y cíclico. Se realiza TC abdominal (quiste ovárico de 18 mm), ecografía transvaginal (folículo en ovario), exploración ginecológica normal y tránsito intestinal (ciego rotado en hipocondrio derecho y última asa ileal normal). Con sospecha de ciego móvil rotado se decide laparoscopia exploradora. Se objetiva un ciego móvil y un apéndice engrosado sin signos inflamatorios. Se realiza cecopexia y apendicectomía laparoscópica. Anatomía patológica: endometriosis apendicular. Paciente actualmente asintomática. Caso 2: mujer de 36 años, sin antecedentes. Acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos de 5 días de evolución. A la exploración destaca abdomen distendido con peritonismo en hemiabdomen inferior, analíticamente 4.290 leucocitos (11 bandas), hemoglobina 11 g/dl, PCR 103 mg/dl, Rx abdomen con dilatación de asas de intestino delgado y TC abdominal con lesión sólida de 4 x 2,5 cm en contacto con asas de íleon que provoca el cambio de calibre. Se interviene confirmando el diagnóstico de oclusión de íleon terminal, realizándose resección y anastomosis termino-terminal. Anatomía patológica: isquemia intestinal aguda, con focos de endometriosis intramural.

Discusión: La endometriosis es una enfermedad benigna consistente en la existencia de tejido endometrial funcionante ectópico. Su etiología está basada en diferentes hipótesis: la metastásica y la de la diseminación vascular o linfática. La más aceptada es que células endometriales son transportadas desde el útero para implantarse en otros tejidos. El flujo retrógrado del tejido menstrual por las trompas de Falopio puede producir endometriosis intraabdominal. Algunos pacientes presentan implantes endometriales extrapélvicos (pulmonar, urinario, intestinal...). En los casos de endometriosis grave se ha reportado afección intestinal hasta en 50% de los casos, y de éstos, menos de 10% requieren resección intestinal. Los lugares más frecuentemente afectados son recto y rectosigma (88%); con menor frecuencia son: apéndice 9%, sigma 7%, ciego 3%, íleon terminal 2% y colon proximal 1%. El diagnóstico preoperatorio es difícil; la gran mayoría de los casos son diagnosticados a través del estudio histopatológico, ante la presencia en la serosa y la muscular de tejido endometrial ectópico funcionante (glándulas y estroma), con o sin hemorragia. El diagnóstico diferencial de la endometriosis intestinal se establece con patología tumoral primaria o secundaria, enfermedad inflamatoria intestinal, tumor carcinóide, pólipos benignos, diverticulosis, colitis por radiación e isquémica y tumores pélvicos y de mesenterio. La endometriosis intestinal puede tener dos manifestaciones clínicas: la primera, y más común, como enfermedad crónica progresiva, lesiones de larga evolución, que pueden ser asintomáticas o dar dolor continuo, cíclico en el 50% de los casos, en relación con la menstruación. La segunda, más rara, como una enfermedad aguda que requiere de resolución inmediata (apendicitis aguda, perforación, intususcepción, sangrado intestinal bajo u obstrucción intestinal).

P-144. ENDOMETRIOSIS COLÓNICA, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENIGMÁTICO: INFORME DE 4 CASOS

O. Uyanik, J. Bollo, A. Carrasquer, C. Rodríguez-Luppi, I. Lupu, J.L. Pallarés, C. Martínez, C. Balagué, E. Targarona y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La endometriosis se define como la presencia de tejido endometrial ectópico, es una enfermedad benigna afectando aproximadamente entre 7 y 15% de todas las mujeres en vida reproductiva aunque la

afectación intestinal es relativamente infrecuente (entre 3 y 37% de las mujeres afectadas de endometriosis). Los síntomas son inespecíficos como dolor abdominal, tenesmo rectal, cambio del hábito deposicional por estreñimiento y rectorragias cíclicas, clásicamente la clínica se exacerba durante la menstruación y solo está presente en un tercio de los pacientes. Si nos basamos en los síntomas clínicos, los procedimientos endoscópicos y los hallazgos radiológicos, la endometriosis con afectación intestinal se puede fácilmente confundir con tumores malignos intestinales. El diagnóstico endoscópico de la endometriosis colónica es difícil teniendo en cuenta que la mucosa usualmente es normal o muestra mínimas anormalidades, friabilidad compresión extrínseca o estenosis fibrosada. La localización más frecuente es la zona rectosigmoidea (70%) seguido por la afectación de íleon distal (1-7%). Se revisan de manera retrospectiva las historias clínicas de los casos intervenidos y diagnosticados de endometriosis intestinal en nuestro servicio entre 2005 y 2012.

Casos clínicos: Se encuentran cuatro mujeres de rango de edad entre 31 y 51 años, en fase reproductiva. Dos casos eran uníparas y los otros dos nuligestas, una de las cuales catalogada como esterilidad primaria en estudio. Ninguna paciente presentaba antecedentes de endometriosis. Sólo uno de los casos era asintomático, en cambio las otras tres pacientes presentaban clínica digestiva como dolor abdominal acompañado de estreñimiento y rectorragias ocasionales coincidiendo con la menstruación. En los tres casos que presentaban sintomatología intestinal se realizó fibrocolonoscopia observando una lesión estenosante en dos casos y en el otro una lesión ulcerada rectal. Los resultados de las biopsias fueron no concluyentes. Se realizó tomografía computarizada y/o resonancia magnética abdominal a todas las pacientes, destacando una lesión en pared colónica en todas las pacientes sin poder descartar una neoformación maligna. Todos los casos se sometieron a cirugía, realizándose en dos pacientes una resección anterior baja asistida por laparoscopia e ileostomía de protección en dos mujeres, sigmoidectomía laparoscópica en una y exéresis de la lesión vía TEM en la otra. El resultado de anatomía patológica fue la presencia de tejido endometrial ectópico en todos los casos con afectación de pared del colon o recto. En la paciente con clínica de rectorragias y operada vía TEM la afectación era mucosa, en cambio los casos de estenosis la afectación era muscular y serosa.

Discusión: La endometriosis intestinal se debe considerar como un diagnóstico diferencial y se necesita un alto índice de sospecha en la evaluación de las mujeres en edad reproductiva presentando síntomas y signos intestinales inespecíficos para llegar a un diagnóstico. La hormonoterapia como tratamiento de la endometriosis con afectación de colónica es aún motivo de discusión, estando indicado en pacientes asintomáticas cuando la enfermedad es un hallazgo incidental. En cambio cuando existe dolor, rectorragias u obstrucción intestinal la intervención quirúrgica es la indicada. La utilización de la laparoscopia es factible y está indicada para la correcta exploración de la cavidad abdominal.

P-145. RESCATE QUIRÚRGICO DE RESERVORIOS ILEOANALES TRAS LA APARICIÓN DE FÍSTULAS A PROPÓSITO DE 2 CASOS DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

J. Díaz Jiménez, F. Palma Carazo, A. Fontalva Pico, F. Moya Donoso, M. Ramos Fernández y N. Gándara Adán

Hospital Costa del Sol, Marbella.

Introducción: La coloproctomía con reservorio ileoanal, es la cirugía de elección en la colitis ulcerosa. Su mortalidad es inferior al 1%, pero sus complicaciones son importantes, en algunos trabajos de hasta el 50%. Entre ellas, las fístulas son una de las complicaciones más frecuentes, con un incidencia entre el 4 y el 16%. Son múltiples las causas que intervienen en su formación: isquemia con posterior dehiscencia de la anastomosis, lesiones inadvertidas de órganos vecinos, sepsis pélvica y enfermedad de Crohn. Es una de las causas más importantes de fracaso del reservorio. Los resultados del tratamiento conservador son malos, con tasas de cierre espontáneo inferior al 10%, de ahí la importancia del tratamiento quirúrgico de las mismas.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 53 años con diagnóstico de colitis ulcerosa refractaria al tratamiento médico. En 2002, se realiza intervención quirúrgica (panproctectomía con reservorio ileoanal e ileostomía lateral). En 2003, presentó fístula reservorio cutánea, realizándose curetaje y sellado con fibrina, ante la persistencia de la misma y la presencia de

deposiciones, se terminalizó la ileostomía, así como nuevo curetaje y sellado con fibrina. En 2006, ante la falta de mejoría se realizó resección de la fístula intestinal, desapareciendo la sintomatología. En 2007, se cerró la ileostomía. En 2009, dada de alta en cirugía y en seguimiento por Digestivo. Caso 2: 2007: hombre de 49 años que presentaba desde hacía dos años molestias perianales y fístula con supuración constante. Diagnosticado de colitis ulcerosa. 2008: se realizó fistulectomía. En 2009, ante la falta de respuesta al tratamiento médico se propone tratamiento quirúrgico y se realiza colectomía subtotal con ileostomía lateral y fístula mucosa sigmoidea más fistulectomía extramuscular. Ante la persistencia de la fístula perianal, se realiza fistulectomía más colgajo de avance. En 2010, se realizó proctectomía más reservorio ileoanal en J. En 2011 se realizó cierre de la ileostomía y reconstrucción del tránsito. En la actualidad asintomático y en seguimiento por Digestivo. En ambos casos, la resolución quirúrgica de las lesiones fistulosas ha sido esencial para la integridad del reservorio ileoanal. Tras el cierre de la ileostomía los dos pacientes permanecen asintomáticos, sin presentar hasta el momento recidiva de la fístula.

Discusión: Las fístulas son una complicación frecuente de la pampoprocto-colectomía con reservorio ileoanal, en algunas series de hasta el 17%. El tratamiento quirúrgico de las mismas, tanto las secundarias a complicación de la cirugía como las asociadas al reservorio y previas a la cirugía, se hace indispensable para la preservación del reservorio ileoanal, ante la falta de respuesta al tratamiento conservador.

P-146. LA ENFERMEDAD DE CROHN CON DEBUT EN LA GESTACIÓN: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

K.I. Alemán Ulloa, P. Peláez, S. Alonso Gómez, M. Ortiz, E. Rubio, R. Ortega, G. Supelano, V. García, T. Butrón, M. Hidalgo y M. Lomas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El pico de edad de aparición de la enfermedad de Crohn coincide con los años de fertilidad femenina. La enfermedad de Crohn que debuta durante el embarazo es una afección infrecuente y fue descrita inicialmente en 1946. Su diagnóstico es difícil y requiere un alto grado de sospecha porque los síntomas son inespecíficos. Los casos que debutan durante el embarazo tienen una forma de presentación atípica, lo que retrasa el diagnóstico y conlleva una elevada incidencia de partos prematuros, un aumento de la cirugía de urgencia y una importante morbilidad fetal, por este motivo son esenciales la sospecha y el diagnóstico precoz.

Caso clínico: Paciente de 32 años de edad, gestante de 21 semanas, con cuadro de dolor abdominal de 3 semanas de evolución acompañado de diarrea y fiebre. Al inicio del cuadro clínico fue intervenida de apendicitis aguda (AP: apendicopatía crónica cicatricial). Exploración física en la que presenta abdomen doloroso y útero correspondiente a su edad gestacional. Analítica: escasa leucocitosis, trombocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Ecografía abdominal: proceso inflamatorio intestinal a descartar diverticulitis perforada de Meckel. RMN abdominal: absceso mesentérico en relación con asa intestinal. Se realiza intervención mediante laparotomía media encontrando gran tumoración dependiente del íleon terminal con afectación por contigüidad sobre colon derecho y transversal así como adenopatías en el meso. Útero correspondiente a edad gestacional. Se realizó hemicolectomía derecha y anastomosis ileo-cólica. El resultado anatomopatológico describe el segmento de íleon terminal y colon ascendente con fístulas enteroperitoneales, enterocólicas y fibrosis transmural compatibles con enfermedad de Crohn. La paciente evolucionó favorablemente y el parto se produjo a término sin complicaciones para la madre ni el recién nacido.

Discusión: Durante el embarazo los abscesos y las perforaciones son formas de presentación frecuentes de la enfermedad de Crohn debido al retraso en el diagnóstico, siendo necesario realizar un adecuado tratamiento quirúrgico de estas complicaciones. Hay que considerar que la cirugía durante el primer trimestre de gestación se asocia con riesgo de aborto espontáneo y durante el tercer trimestre con el riesgo de parto prematuro. A pesar de esto, la mortalidad materna y fetal de la laparotomía negativa es significativamente menor que la del retraso en el tratamiento de las complicaciones de la enfermedad de Crohn. Las pacientes que debutan con enfermedad de Crohn durante el embarazo tienen un peor pronóstico que las pacientes embarazadas con enfermedad de Crohn ya conocida. Cuando las manifestaciones agudas están presentes se recomienda no demorar la intervención y extir-

par el segmento responsable de la sepsis ya que aumenta la supervivencia materna y fetal.

P-147. ENTEROLITIASIS EN UN RESEVORIO ILEOANAL: UNA COMPLICACIÓN TARDÍA INFRECUENTE

D.A. Bernal Moreno, D. Aparicio Sánchez, A.R. Soares Medina, J.M. Vázquez Monchul, C. Palacios González, J.M. Díaz Pavón, J.L. Gollonet Carnicero, F. de la Portilla de Juan, J.M. Sánchez Gil y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El reservorio ileoanal en J es un procedimiento llevado a cabo en pacientes sometidos a panproctectomía, ofreciendo una alternativa continente a la ileostomía tradicional. Tiene una morbilidad del 18 al 70%, que incluye "pouchitis", sepsis pélvica crónica, fístulas, estenosis anal, o fracaso del reservorio, entre otros. Presentamos un caso de formación de fecalitos en un paciente con reservorio que requirió de intervención quirúrgica.

Caso clínico: Paciente de 65 años con historia personal de diabetes y neuritis óptica isquémica bilateral. Intervenido de colectomía total con reservorio ileal por colitis ulcerosa. Sin seguimiento médico durante once años, consulta ahora por deposiciones muy frecuentes (hasta 20-30 diarias), dolor abdominal esporádico y pérdida de 5-6 kg de peso en el último año. En la reservorioscopia se ven dos grandes "masas" de color amarillento muy duras, ocupando prácticamente toda la luz y ocasionando úlceras planas en las zonas de roce, que no pueden extraerse. En la intervención quirúrgica se realiza reservoriotomía y extracción de 3 fecalitos de hasta 10 cm, con cierre en dos planos del asa intestinal y sellado con esponja de fibrinógeno y trombina. Los 3 fecalitos extraídos fueron analizados, arrojando una composición de estearato cálcico, palmitato cálcico, ácido palmítico y proteínas. La evolución postoperatoria estuvo marcada por la aparición de un cuadro suboclusivo resuelto con medidas conservadoras, pudiendo ser alta al 10º día postoperatorio. Seguimiento en consultas con 3 reservorioscopias que no muestra alteraciones de interés, presentando el paciente un hábito intestinal normal. Realiza ciclos mensuales de rifaximina para la prevención de nuevas formaciones litiasicas.

Discusión: La formación de enterolitiasis en los reservorios ileoanales está poco descrita en la literatura. Su formación parece ligada a estados de estasis fecal prolongado en el reservorio por estenosis anal junto con alteraciones en el pH del medio que favorece el sobrecrecimiento bacteriano de flora gram-negativa y anaerobia. Es fundamental el seguimiento de estos pacientes con reservorioscopias periódicas, que en la mayoría de los casos pueden ser tanto diagnósticas como terapéuticas, aunque como en nuestro caso, puede ser precisa la cirugía para resolver el problema.

P-148. UN PASO ENTRE LA ILEOSTOMÍA DE PROTECCIÓN Y LA ILEOSTOMÍA DE NECESIDAD. UNA BUENA ALTERNATIVA

S. Olivares Pizarro, N. Fakih, I. Justo Alonso, F. Cambra Molero, O. Caso, A. Gimeno, E. Álvaro, C. Alegre, P. Rico Selas y C. Jiménez Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Las anastomosis intestinales por debajo de la reflexión peritoneal presentan un riesgo elevado de dehiscencia anastomótica. Varios meta-análisis y 2 estudios aleatorizados indican que la ileostomía de protección (IP) reduce la tasa de fístula anastomótica (FiA) clínicamente evidenciable y las reintervenciones en caso de ella, pero no influencia en la aparición del fallo anastomótico, aunque si en su repercusión. Además no están libres de complicaciones inmediatas o a largo plazo, incluso después de su cierre. La ileostomía fantasma (IF) es una nueva opción que permite realizar la ileostomía solo en caso de necesidad y bajo anestesia local.

Material y métodos: Realizamos 9 casos de IF en pacientes ya sea con indicación de IP como sin ella. Nuestra experiencia consta de 5 casos con indicación de ileostomía desfuncionalizante (1 fallo de sutura mecánica, 1 rodete incompleto tras sutura mecánica, 1 condición médica adversa esteroides + obesidad, y 2 condición quirúrgica: hemorragia intraoperatorio-

ria de más de 1 litro + dificultad en la disección pelviana) y otros 4 en forma rutinaria, en cirugías colorectales pélvicas con anastomosis baja o ultrabaja.

Resultados: En ninguno de los casos hubo necesidad de exteriorizar y abrir el asa. En un caso se necesitó reoperación para lavado peritoneal por fistula entérica yeyuno-ileal inadvertida no dependiente de la IF.

Conclusiones: La realización de la ileostomía es dependiente del cirujano y del centro. Aunque con la realización la IP no se reduce la incidencia de FiA, sí que se observa una reducción en la necesidad de reintervención. Por ende, algunos autores indican la realización de la IP solo en los casos de adversidad y otros autores defienden su realización en forma rutinaria, en las anastomosis rectales bajas y ultrabajas por el mayor riesgo de FiA. Nosotros hemos realizado en distintas circunstancias la IF aunando todas las posibilidades, y aunque el número es pequeño para realizar una recomendación, podemos demostrar ante las alternativas que maneja la comunidad científica que 8 de los 9 casos, o en su defecto 4 de los 5 casos que requerirían una IP evitaron la morbilidad, una segunda cirugía de cierre del estoma y su anestesia, la calidad de vida temporal que implica el estoma. En caso de necesitarla la morbilidad y la mortalidad son comparables a cualquier grupo. La ileostomía fantasma es una buena opción que disminuye la morbimortalidad del estoma de protección, evitando una segunda cirugía y segunda anestesia para su cierre, no agrega una 2ª cirugía y anestesia en caso de necesitarla y no incrementa el tiempo quirúrgico en las anastomosis rectales bajas y ultrabajas.

P-149. ILEOSTOMÍAS DE PROTECCIÓN EN RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO: EXPERIENCIA DE NUESTRA UNIDAD

N. Macías Hernández, A. Hernández Pérez, R. Peláez Barrigón, L.M. González Fernández, J.A. Alcázar Montero, F. Gutiérrez Conde y J. García García

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción y objetivos: Las ileostomías de protección son una práctica habitual en pacientes sometidos a resección anterior baja por cáncer de recto, especialmente si concurren factores de riesgo. Su uso hoy aún es controvertido porque es una técnica no exenta de riesgo. No existe evidencia de que esta práctica sirva para prevenir la aparición de fuga anastomótica, pero cuando ésta se presenta, es más fácil de controlar. La morbilidad de esta técnica es muy variable, incluyendo desde dermatitis superficial hasta reintervenciones múltiples por estenosis o fistula intestinal tras la reconstrucción e incluso muerte. Nuestro objetivo es estudiar los factores relacionados con este tipo de técnica en la experiencia de nuestra Unidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos de resección anterior de recto con ileostomía desde enero 2008 hasta abril 2012, mediante base de datos propia de la Unidad.

Resultados: En el periodo 2008-2012 se realizan 88 resecciones anteriores de recto con anastomosis primaria, de las cuales 22 asocian ileostomía de protección. Dentro de éstos, fueron 15 varones (68,18%) y 7 mujeres (31,82%). La edad media fue de 69 años (rango 60-84). La localización de los tumores fue: a menos de 5 cm de margen anal: 3 (13,64%), 17 (77,27%) entre los 6-10 cm, y 2 (9,09%) a más de 10 cm. Recibieron neoadyuvancia 17 pacientes (77,27%). La intención quirúrgica fue curativa en el 90,91%. Hasta el momento se han reconstruido 18 de las 22 ileostomías, con un intervalo de ileostomía de 129 días (rango 29-661). Siempre previo a la reconstrucción se evaluó la anastomosis rectal con enema de Gastrografin realizado con sonda de Foley. Tres pacientes (13,64%), presentaron algún tipo de complicación: 3 oclusiones por bridas, 1 estenosis anastomótica, 1 fistula intestinal, y 1 isquemia cólica derecha perforada. En nuestra serie tuvimos 9 casos de fugas anastomóticascolo-rectales, 7 en pacientes con resección anterior sin ileostomía (10,61%) y 2 con ileostomía (9,09%). Las fugas aparecen por igual en pacientes con y sin neoadyuvancia, con 1 caso en cada grupo de pacientes.

Conclusiones: La frecuencia, resultados y complicaciones de las resecciones de recto con ileostomía en nuestro Centro está dentro de los estándares de la mayoría de los hospitales de nuestro medio. En nuestra experiencia, la realización de ileostomía no previene la aparición de fugas de la anastomosis, aunque facilita su manejo. La neoadyuvancia no parece tener impacto sobre la aparición de complicaciones de esta técnica.

P-150. SUTURAS SUBCUTÁNEAS EN JARETA FRENTE A SUTURA CUTÁNEA CONVENCIONAL EN EL CIERRE DE ILEOSTOMÍA DERIVATIVA TRAS ANASTOMOSIS COLORRECTAL

V. Gumbau Puchol, M. Cantos Pallarés, M.A. Lorenzo Liñán, G. Martín Martín, M.J. García Coret, A. Salvador Martínez, F. Villalba Ferrer, J. García Armengol y J.V. Roig Vila

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Objetivos: La intervención de cierre de ileostomía se asocia clásicamente a complicaciones infecciosas y en particular de herida quirúrgica (IHQ). Nuestro objetivo es analizar comparativamente el resultado de dos técnicas de cierre de la piel y tejido celular subcutáneo en pacientes sometidos a cierre de ileostomía.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de dos cohortes de pacientes sometidos a cierre de ileostomía derivativa mediante anastomosis terminal-funcional con dispositivo de grapado lineal GIA-75 mm tras resección anterior baja por neoplasia de recto. En la primera de ellas (2004-2007), se efectuó una incisión elíptica alrededor del estoma y posteriormente cierre primario con grapas de la herida quirúrgica (Grupo CP). En la segunda (2008-2011), se efectuó una incisión circular inmediatamente adyacente al estoma y posteriormente cierre del tejido celular subcutáneo con varias suturas en bolsa de tabaco, dejando un mínimo orificio cutáneo central (Grupo SC). En ambos grupos se realizó profilaxis preoperatoria con 2 g de amoxicilina-ácido clavulánico. Análisis estadístico mediante SPSS versión 20.

Resultados: Analizamos un total de 70 pacientes (50 hombres y 20 mujeres) de edad media 61 ± 11 años. La media de tiempo transcurrido entre la resección rectal y el cierre del estoma fue de $6,1 \pm 3,3$ meses. El Grupo CP estuvo formado por 31 pacientes y el SC por 39, sin diferencias significativas en cuanto a edad, ASA, obesidad, estadio tumoral u otros factores de riesgo. La duración de la cirugía en el primer grupo fue de 59 vs 55 min en el grupo SC sin diferencias significativas ($p = 0,316$). Tampoco hubo diferencias en la tasa de complicaciones postoperatorias globales (29 vs 20,5%; $p = 0,292$). Sin embargo, la IHQ superficial en el momento del alta hospitalaria fue del 12,9% vs 0% y la profunda del 3,7 vs 0%, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,034$). Hubo sólo 1 caso de absceso intraabdominal en el grupo SC. La estancia postoperatoria media fue de 4 días en ambos grupos ($p = 0,106$). Se reintervino 1 paciente en cada grupo $p = 0,656$. La herida a los 30 días mostró infección en 16,7% de pacientes del grupo CP y en 2,6% del grupo SC habiendo diferencias significativas ($p = 0,043$). El aspecto estético de las heridas del Grupo CP fue uniformemente mejor que el del SC, con una cicatriz más reducida.

Conclusiones: El cierre subcutáneo en jareta tras reconstrucción de ileostomía, presenta menores tasas de infección de herida quirúrgica tanto superficial como profunda y a los 30 días de la cirugía con resultados estadísticamente significativos. Por otro lado, la realización de este tipo de cierre no supone un mayor tiempo operatorio y tiene excelentes resultados estéticos.

P-151. CIERRE MANUAL DE ILEOSTOMÍA: ¿UNA ALTERNATIVA VÁLIDA?

M. Cea Soriano, P. Galindo Jara, A. Pueyo Rabanal, C. García Llorente, E. Esteban Agustí, M.I. Hernanz Hernández, R. Barriga Sánchez, L. Rabadán Ruiz, E. Valbuena Duran y J.A. Garijo Álvarez

Hospital de Torrejón, Torrejón.

Objetivos: El cierre de ileostomía lateral de protección tras escisión mesorrectal total por carcinoma de recto está asociado a complicaciones postoperatorias. De entre las distintas técnicas quirúrgicas, no existe evidencia clara a favor de una de ellas.

Material y métodos: Presentamos el cierre de ileostomía lateral de protección tras escisión mesorrectal total por carcinoma de recto a los 20 días de la intervención tras comprobación de estanqueidad de anastomosis rectal. Realizamos un cierre manual transverso de cara anterior con puntos sueltos invaginantes de monofilamento reabsorbible sin resección de segmento intestinal. El cierre de herida cutánea se realiza mediante bolsa de tabaco con monofilamento irreabsorbible.

Resultados: Cierre de ileostomía con una duración quirúrgica de una hora, gasto de material, monofilamento irreabsorbible de 3/0 para cierre de asa, monofilamento reabsorbible del 0 para aponeurosis y trenzado reabsorbible 2/0 para subcutáneo y dermis, un ingreso hospitalario sin

complicaciones de 4 días. No infección de herida a largo plazo. El cierre de ileostomía lateral de protección tras escisión mesorrectal total por carcinoma de recto está asociado a una incidencia elevada de complicaciones postoperatorias, entre ellas obstrucción intestinal, dehiscencia anastomótica, lesión iatrogénica intestinal e infección de herida. No existe hasta el momento ningún estudio que haya demostrado diferencia estadísticamente significativa en incidencia de complicaciones comparando el cierre manual frente al cierre mecánico latero-lateral, aunque describen una tendencia a favor del cierre mecánico latero-lateral en cuanto a menor tiempo operatorio. En cuanto al cierre primario de la herida, parece existir evidencia que favorece el cierre mediante bolsa de tabaco. Por otra parte, el cierre precoz de la ileostomía disminuye las complicaciones locales y sistémicas de los pacientes oncológicos en los que la ileostomía es temporal, mejorando su calidad de vida.

Conclusiones: La técnica de cierre transversal de cara anterior es una alternativa válida al cierre mecánico latero-lateral, con similar incidencia de complicaciones postoperatorias y menor gasto material y disminución del tiempo quirúrgico en nuestra experiencia.

P-152. TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS ILEORRECTAL MEDIANTE ELECTROCAUTERIO POR VÍA ENDOSCÓPICA

M. Ruiz López, R. Becerra Ortiz, J. Carrasco Campos, I. González Poveda, J.A. Toval Mata, A. Titos García, S. Mera Velasco y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Las estenosis de las anastomosis es una complicación frecuente sobre todo aquellas que se realizan de forma mecánica como suelen ser las rectales. Presentamos el tratamiento endoscópico con electrocauterio, junto a dilatación con balón, de una anastomosis ileorrectal estenótica.

Caso clínico: Paciente mujer de 22 años con historia de poliposis colónica familiar, intervenida en 2009, se le realizó colectomía total y anastomosis ileorrectal lateroterminal con sutura mecánica calibre 25 que quedó a 12 cm del margen anal. A los 7 meses de postoperatorio presenta estenosis de la anastomosis empezándose tratamiento habitual mediante dilataciones con balón de las que necesitó más de 12. Planteamos la posibilidad de realizar electroincisiones radiales en dicha anastomosis mediante endoscopia con esfinterotomo de aguja y ayudado mediante dilataciones con balón. La técnica se realizó con éxito, pasando de calibre 9 mm a 20 mm en la misma sesión. Tras 6 meses de la terapia incisional el calibre no ha disminuido en los controles que se han realizado.

Discusión: Las estenosis de las anastomosis son frecuentes, hasta un 20%, el origen es incierto pero suelen ser secundarios a complicación de la anastomosis tipo dehiscencia o isquemia. En ocasiones el tratamiento habitual mediante dilataciones con balón o dilatadores es ineficaz. El uso del electrocauterio para romper la fibrosis que se produce y provoca la estenosis, se ha demostrado, en numerosos artículos, seguro y eficaz. A pesar de esto, su uso no está muy generalizado insistiendo en los tratamientos exclusivamente dilatadores tanto en anastomosis colorrectales como esofágicas. Queremos hacer una llamada de atención a favor de esta técnica por su eficacia y seguridad si bien no está completamente exenta de complicaciones.

P-153. RECONSTRUCCIÓN DE HARTMANN, FACTORES PREDICTORES Y ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD

E. Soliveres Soliveres, S. Pérez Bru, M. Mella Laborde, C. Nofuentes Riera, A. García Marín, V. Núñez Rodríguez, A. Candela Gomis, P. Luri Prieto, M. Gil Santos, R. Smilevska Rumenova y S. García García

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

Objetivos: La reconstrucción de Hartmann sigue siendo una técnica quirúrgica muy empleada. Tan sólo llega a reconstruirse la continuidad del tubo digestivo una parte de los pacientes intervenidos, por la supuesta elevada morbilidad asociada a la reintervención, con el impacto social y psicológico que conlleva ser portador de una colostomía. La hipótesis de este estudio es que se sobrestima el riesgo quirúrgico de estos pacientes interviniendo a un grupo reducido de ellos sometiendo al resto al impacto de vivir con un estoma. Como objetivo principal determinamos la tasa de reconstrucción y los factores predictivos de no reconstrucción. Como objetivos secundarios determinamos las tasas de morbi-

talidad tanto en la intervención de Hartmann como en la reconstrucción, así como los factores asociados a éstas.

Material y métodos: Se diseñó un estudio retrospectivo seleccionando a los pacientes intervenidos por intervención o reconstrucción de Hartmann entre el 1 enero 2004 y el 31 de diciembre de 2009, recogiendo datos sociodemográficos, los antecedentes personales de los pacientes, las características de las intervenciones y las complicaciones, estancia hospitalaria, motivo de no reconstrucción y tiempo entre ambas.

Resultados: Se reconstruyeron el 40% de los pacientes, siendo los factores predictores de no reconstrucción la mortalidad, etiología, edad, riesgo ASA y la hemoglobina. La tasa de mortalidad en los pacientes con restauración del tránsito digestivo fue del 0%, mientras que la morbilidad fue del 61,7% sin encontrar asociación estadística entre ninguno de los factores analizados. La tasa de mortalidad en la intervención de Hartmann fue del 11,7%, siendo factores de riesgo de mortalidad la etiología neoplásica, edad superior a 65 años, diabetes mellitus, la sepsis grave, estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos y experiencia menor de 5 años del cirujano. La tasa de morbilidad fue del 51,9% siendo factores predictivos de mayor morbilidad el ingreso prolongado, en planta o en la unidad de cuidados intensivos, baja concentración de hemoglobina, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar previa y el riesgo preanestésico ASA elevado.

Conclusiones: No se reintervienen todos los pacientes que podrían, sobreestimando el riesgo quirúrgico ya que la tasa de mortalidad fue del 0% y la tasa de morbilidad aunque elevada, en ninguno de los casos fue grave y el 40% de estas complicaciones es solo por infección de la herida quirúrgica, que podría mejorar con una política adecuada.

P-154. METÁSTASIS OVÁRICAS EN EL CARCINOMA COLORRECTAL. CIRUGÍA COMO PRIMERA INDICACIÓN FRENTE A RADIOQUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA. ¿QUÉ HACER?

R. Velasco López, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo Martín, M. Rodríguez López, J.C. Sarmentero Prieto, J.I. Blanco Álvarez y B. Pérez Saborido

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Las metástasis ováricas en el carcinoma colorrectal pueden aparecer de manera sincrónica o metacrónica, y tiene una incidencia entre 1 y 14%. Son más frecuentes en mujeres premenopáusicas y en neoplasias de colon más que en rectales. A pesar de que se consideran un factor de riesgo de mal pronóstico, principalmente las sincrónicas y bilaterales, la resección quirúrgica completa podría mejorar la supervivencia.

Material y métodos: Paciente de 37 años de edad, con antecedentes familiares de pólipos colónicos, que acude a urgencias por alteración del hábito intestinal de 4 meses de evolución, con tenesmo rectal y rectorragia, sin pérdida de peso. En la colonoscopia se observa una lesión estenosante a 11 cm del margen anal, que se biopsia, con diagnóstico de adenocarcinoma de recto. Se coloca una prótesis con objeto de mejorar la sintomatología. En la RMN se define la masa rectal ya conocida a 8,5 cm del margen anal, infiltrando la grasa y los ganglios perirrectales, además de una masa anexial izquierda bien definida de 4,6 x 3,9 x 4,6 cm con biopsia compatible con metástasis. No se evidencian otras lesiones a nivel hepático ni pulmonar. CEA 54,8 ng/ml, Ca 19,9 188 ng/ml, Ca 125 en límite alto de la normalidad. Se decidió comenzar tratamiento con quimioterapia preoperatoria al considerar un estadio T3N2, ya que la neoplasia rectal no estaba en íntimo contacto con el ovario, en lugar de T4N2, y reevaluación para posible rescate quirúrgico.

Resultados: 3 meses después, y tras 4 ciclos de quimioterapia, se programa para intervención quirúrgica, realizándose resección anterior de recto, histerectomía, doble anexectomía y amplia linfadenectomía. El estudio anatómico-patológico de la pieza, así como de un nódulo sospechoso a nivel de epíplon mayor, determinó la existencia de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de intestino grueso, que infiltra tejido subseroso, con metástasis en un ganglio de los 38 aislados a nivel de recto y ausencia de metástasis en ganglio preaórtico proximal. Infiltración masiva de ambos ovarios, sin afectación de exo ni endocervix, con hiperplasia endometrial simple y sin infiltración de ambas trompas de falopio. Bordes quirúrgicos libres. Metástasis en epíplon mayor. Al alta fue remitida de nuevo al servicio de Oncología para continuar con tratamiento quimioterápico. En la actualidad, 5 meses después del tratamiento quirúrgico, ha finalizado el tratamiento coadyuvante, tras 4 ciclos más y la paciente se encuentra asintomática.

Conclusiones: Las metástasis ováricas secundarias a cáncer de colon distal y recto, son bilaterales en el 50-70% de las ocasiones y afectan a mujeres en torno a 30-40 años, debido, según se cree, a su diseminación hematológica. En el caso de que aparezca de manera sincrónica al tumor primario, está indicada, como primera opción, su extirpación quirúrgica con intención curativa cuando ésta sea completamente resecable, dado que, sobre todo si son voluminosas, responden peor al tratamiento quimioterápico sistémico. A pesar su mal pronóstico, con una supervivencia media de 14 meses, la resección completa de la metástasis, lograría mejorar esta supervivencia.

P-155. INDICACIONES QUIRÚRGICAS EN LAS METÁSTASIS GASTROINTESTINALES DEL MELANOMA MALIGNO

M. Rey-Riveiro, M. Leiva-Salinas, T. Blasco-Segura, S. Ortiz y F. Lluís

Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: Los melanomas suponen < 5% de los tumores malignos de la piel pero son responsables de > 75% de las muertes debidas a tumores cutáneos (Meyers, 1998). Hasta 60% de pacientes con melanoma tiene metástasis en algún momento de su evolución. El melanoma maligno es el tumor que con mayor frecuencia da metástasis en el tubo digestivo. Las metástasis viscerales se inician en las adenopatías regionales invadidas, siendo el intestino delgado la diana visceral que con más frecuencia se afecta (Blecker, 1999). Las metástasis intestinales del melanoma suelen ser sintomáticas. Los pacientes con melanoma que presentan signos de hemorragia digestiva deben ser explorados mediante endoscopia alta, baja y/o de intestino delgado con cápsula (Albert, 2012). La tomografía con emisión de positrones (PET) puede facilitar la detección de metástasis intestinales del melanoma (Lens 2009). Los pacientes con hemorragia digestiva, invaginación u obstrucción requieren cirugía urgente. El diagnóstico se confirma durante el acto quirúrgico en 80%, mediante endoscopia en 15% y con biopsia percutánea en 5% (Capizzi, 1994). Aunque no contengan pigmento, las células suelen expresar proteína S-100, HMB-45, Melan-A y vimentina (Serin, 2010). No existe tratamiento sistémico para estas metástasis. Su resección conlleva paliación, si bien la supervivencia media sólo alcanza 7-10 meses (Coit, 1993).

Caso clínico: Mujer de 64 años con antecedente de exéresis de melanoma en espalda, estudio de extensión y márgenes de resección negativos. Recibió tratamiento adyuvante con interferón alfa a altas dosis. Durante el seguimiento, se evidenció en TAC de control realizado a los 5 años una lesión única de 6 cm de diámetro en asa de intestino delgado localizada en hipogastrio. La PAAF de dicha lesión informó de metástasis de melanoma. Se realizó resección de 30 cm de íleon con extirpación completa de la tumoración. No se objetivaron otras lesiones sugestivas de metástasis durante la cirugía. La paciente evolucionó de forma satisfactoria, siendo alta al 6º día de la intervención. Tras 6 meses de seguimiento, no se ha constatado progresión de la enfermedad.

Discusión: La afectación metastásica del intestino delgado debe entrar en el diagnóstico diferencial de todo paciente con historia de melanoma maligno que presenta síntomas gastrointestinales poco específicos. La resección quirúrgica de las metástasis gastrointestinales sintomáticas de melanoma maligno es el tratamiento de elección ya que ofrece buena paliación y mejora el pronóstico.

P-156. RECTORRAGIA MASIVA SECUNDARIA A NEOPLASIA DE RECTO

M.T. Abadía Forcén, J.I. Otegi Altolagirre, M. de Miguel Valencia, F. Oteiza Martínez, M.A. Ciga Lozano, P. Armendáriz Rubio, M. de Miguel Velasco y H. Ortiz Hurtado

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Aunque la rectorragia es un signo frecuente en el paciente con cáncer de recto, el sangrado masivo que obligue a realizar una cirugía urgente es un hecho excepcional. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de neoplasia de recto, que hubo de ser intervenido de urgencia por rectorragia masiva e incoercible.

Caso clínico: Varón de 51 años estudiado por rectorragias y alteración del ritmo deposicional, que tras endoscopia es diagnosticado de neoplasia de recto medio, a 10 cm de margen anal, estenosante, con biopsia de "adenocarcinoma indiferenciado" y expresión inmunohistoquímica patológica de proteínas hMLH1 y PMS2. La Resonancia Magnética estadifica el tumor como T4N2, con infiltración de un asa de intestino delgado y amplia afec-

tación del margen de resección circunferencial en cuadrante posterior y lateral derecho. En la TC no hubo evidencia de enfermedad a distancia. Dada la estadificación local se decide iniciar el tratamiento con radioquimioterapia preoperatoria, realizándose previamente una ileostomía derivativa vía laparoscópica al comenzar el paciente a presentar clínica suboclusiva. Antes de iniciar el tratamiento neoadyuvante el paciente acude a urgencias por rectorragias de repetición en número mayor de 10 en las últimas 6 horas. A su llegada a urgencias se objetiva una TA de 96/60, con Htc de 33,9% y Hgb de 11,4 g/dL. Se realiza angio-TC que pone de manifiesto sangrado en sábana a nivel de la tumoración rectal, siendo imposible obtener una visión adecuada vía endoscópica. Dada la persistencia del sangrado, con necesidad de trasfundir 8 concentrados de hemáties en 12 horas para mantener la estabilidad hemodinámica, se realiza instilación rectal de formaldehído al 4% (180 ml durante 3 minutos \times 2), consiguiendo el cese de la hemorragia. Dos días después comienza el tratamiento neoadyuvante, y cuatro días después es dado de alta sin haber presentado nuevos episodios de sangrado. Cuatro días más tarde, tras haber recibido 7 sesiones de radioterapia (180 cGy por sesión), acude de nuevo a urgencias por rectorragia masiva, con Htc de 20,5% y Hgb de 6,1 g/dL. Se realiza nuevamente instilación de formaldehído que no consigue detener el sangrado. Ante la progresiva inestabilidad hemodinámica a pesar de la trasfusión de 4 concentrados de hemáties en 4 horas, se decide cirugía urgente. Previo a ésta, ya en quirófano, se realiza endoscopia encontrando abundante contenido hemático tanto en el recto como en el asa distal de la ileostomía. En la intervención se practica una resección anterior baja en bloque con un asa de íleon infiltrada por el tumor, sin que se produzcan incidentes. El postoperatorio transcurre sin complicaciones. El estudio anatomopatológico revela un "adenocarcinoma" moderadamente diferenciado (7 \times 6 \times 6 cm), ulcerado, invadiendo transmuralmente el asa de íleon, con una arteria visible en el espesor de la lesión ulcerada (pT4bN1c), y lesiones de enterocolitis hemorrágica isquémica y enterocolitis pseudomembranosa, probablemente secundarias al tratamiento con formaldehído.

Discusión. La indicación de cirugía urgente por rectorragia masiva secundaria a un tumor de recto es excepcional, pero puede ser necesaria si fracasan otras medidas.

P-242. ¿ES IGUAL DE EFECTIVA LA NEUROMODULACIÓN DE RAÍCES SACRAS EN PACIENTES CON DEFECTOS ESFINTERIANOS DIAGNOSTICADOS POR ECOGRAFÍA ANORRECTAL?

P. Moya, A. Arroyo, I. Galindo, I. Oller, J. Lacueva, F. Candela, M.A. Gómez, J. Santos, L. Armañanzas, J. Ruiz Tovar y R. Calpena

Hospital General Universitario, Elche.

Introducción: La incontinencia fecal representa un complejo y multifactorial problema de salud. El manejo terapéutico ha de ser individualizado, analizando la etiología y la gravedad de cada caso. La neuroestimulación de raíces sacras ha sido descrita como un tratamiento efectivo para la incontinencia fecal.

Objetivos: Determinar la eficacia de la neuromodulación de raíces sacras en el tratamiento de la incontinencia fecal en pacientes con defectos esfinterianos.

Material y métodos: 52 pacientes con incontinencia fecal grave tratados con neuroestimulación de raíces sacras en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Universitario de Elche entre marzo de 2002 y diciembre de 2010 fueron analizados. Las pruebas preoperatorias incluían examen físico y ecografía y manometría anorrectal. La continencia anal se evaluó utilizando la escala de Wexner. La calidad de vida se valoró mediante la escala de calidad de vida para pacientes con incontinencia fecal. Los pacientes se distribuyeron en 4 grupos según los hallazgos ecográficos (sin hallazgos, adelgazamiento esfinteriano, lesión esfínter interno y lesión esfínter externo). El seguimiento se realizó al mes de la cirugía, a los 6 meses y anualmente.

Resultados: En la ecografía endoanal 27 pacientes (51,9%) no presentaban alteración, 12 (23,1%) adelgazamiento de ambos esfínteres, 7 (13,5%) defectos en el esfínter anal externo inferior a 90° y 6 (11,5%) en el esfínter interno. La media del Wexner preoperatorio fue 15,37 \pm 2,058, no existiendo diferencias estadísticas entre los grupos ($p = 0,286$). El 55,8% de los pacientes presentaban una capacidad inferior a 1 minuto, el 36,5% entre 1 y 5 minutos y el 7,7% entre 5 y 15 minutos ($p = 0,746$). Ningún paciente podía retrasar la defecación por encima de 15 minutos. La presión máxima basal media fue de 49,67 \pm 16,421 mmHg y la pre-

sión máxima de contracción voluntaria fue de $73,79 \pm 31,687$ mmHg ($p = 0,515$ y $p = 0,865$). Los resultados en calidad de vida no mostraban diferencias entre los grupos ($p = 0,727$). Tras la prueba de estimulación, en 50 pacientes (96,15%), se produjo una reducción igual o superior al 50% de los episodios de incontinencia fecal, por lo que se les calificó de aptos para la implantación del generador definitivo. No obtuvimos respuesta en un paciente con lesión del esfínter interno y otro del esfínter externo. Tras la implantación del generador, la media del Wexner obtenido fue de $5,30 \pm 2,772$, sin existir diferencias estadísticas entre los grupos ($p = 0,587$). El 17,3% (9 pacientes) presentaban una capacidad para retrasar la defecación entre 5 y 15 minutos. En el 78,84% (41 pacientes) era superior a 15 minutos. No existen diferencias entre los distintos grupos ($p = 0,113$). En todos los pacientes se produjo mejoría en la escala de calidad de vida, sin diferencias entre los grupos ($p = 0,491$). Los resultados se han mantenido constantes durante el seguimiento ($55,52 \pm 31,841$ meses).

Conclusiones: La neuromodulación de raíces sacras mejora la continencia de los pacientes independientemente de los hallazgos ecográficos. Provoca mejoría espectacular en la calidad de vida de los pacientes que se mantiene lo largo del seguimiento y reduce la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos más invasivos.

P-243. SÍNDROME DE RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO. TRATAMIENTO MEDIANTE NEUROMODULACIÓN DE RAÍCES SACRAS

M.D. Ruiz Carmona, K. Maiocchi, S. Díaz Sierra, R. Rodríguez Carrillo, R. Lozoya Trujillo, A. Frangi Caregnato y F. Checa Ayet

Hospital de Sagunto, Sagunto.

Objetivos: Comunicar la experiencia en el tratamiento del síndrome de resección anterior de recto mediante neuromodulación de raíces sacras (NMS) en un hospital comarcal donde se realiza esta técnica para el tratamiento de la incontinencia fecal (IF) desde el año 2001.

Material y métodos: Presentamos 5 pacientes (3 hombres y 2 mujeres, mediana de edad: 69 años) con alteración del hábito defecatorio e IF secundaria a síndrome de resección anterior de recto tratados mediante NMS. Todos presentaron neoplasia de recto localizada en tercio inferior en 4 casos y en tercio medio en el restante. Tres pacientes recibieron neoadyuvancia: en 2 de ellos mediante QM-RT de ciclo largo y en el restante de ciclo corto. Un cuarto paciente se trató con RT postoperatoria. La técnica quirúrgica consistió en resección anterior baja de recto en los 5 casos junto a estoma de protección en cuatro de ellos. En uno de los casos se realizó reservorio cólico en J. En ningún caso se produjo morbilidad postoperatoria que afectara a la anastomosis.

Resultados: Tras el cierre del estoma todos los pacientes presentaron un aumento en el número de deposiciones (media: 16 deposiciones/día), urgencia evacuatoria, ensuciamiento y necesidad de utilización de compresa diaria. La puntuación media preoperatoria en la escala Jorge y Wexner fue de 18,4. Se realizó ecografía endoanal en todos los casos que fue normal. Todos se manejaron con astringentes sin mejoría por lo que, tras una media de 39 meses desde el cierre estomal, se realizó test de prueba de NMS en raíz S₃ (derecha en 4, izquierda en uno). En tres pacientes la respuesta al test fue muy positiva: dos de ellos recibieron un implante definitivo y el restante se encuentra pendiente del mismo. Tras el implante definitivo el número de deposiciones disminuyó a una media de 4 deposiciones/día con continencia anal completa en uno de los pacientes y escapes esporádicos en el segundo. En ambos casos la urgencia disminuyó hasta un episodio/semana. La paciente restante presentó durante el test de prueba una disminución clara en el número de deposiciones diario (preoperatorio: 40, test: 10) y una mejoría en el número de escapes mayor al 50%. Los tres pacientes habían recibido tratamiento con RT previamente: neoadyuvancia de ciclo largo (un caso), ciclo corto (un caso) y postoperatoria (un caso). En 2 casos el test se consideró inefectivo, sin mejoría en el número de deposiciones ni en los episodios de urgencia e incontinencia fecal por lo que se procedió a la retirada del electrodo de prueba.

Conclusiones: La NMS puede constituir una opción de tratamiento para los pacientes con síndrome de resección anterior tras cirugía preservadora de esfínteres por neoplasia de recto. En nuestra experiencia, el tratamiento previo con radioterapia no ha condicionado una mala respuesta a la NMS. La existencia de un test de prueba permite seleccionar aquellos pacientes que van a beneficiarse del implante.

P-244. NEUROESTIMULACIÓN DEL NERVO TIBIAL POSTERIOR EN PACIENTES CON DEFECTO DEL ESFÍNTER ANAL EXTERNO

E. Peña Ros, M. Ruiz Marín, M. Vicente Ruiz, A. Sánchez Cifuentes, P.A. Parra Baños, J.A. Benavides Buleje, C. Escamilla Segade, J.M. Muñoz Camarena, F.M. González Valverde, M. Candel Arenas y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: La neuroestimulación del nervio tibial posterior (NTP) fue descrita como tratamiento para desórdenes urológicos, y posteriormente aplicada para el tratamiento de la incontinencia fecal. En numerosos estudios y series publicadas se han excluido a los pacientes con defectos del esfínter anal externos (EAE) por suponer escasa efectividad de este tratamiento en los pacientes con este desorden.

Material y métodos: Presentamos a pacientes con diagnóstico mediante ecografía endoanal de defecto del EAE de diversa etiología que presentaban incontinencia fecal. Los pacientes fueron incluidos en el protocolo de tratamiento tras fracaso de medidas farmacológicas y biofeedback. Todos los pacientes rellenaron un cuestionario de calidad de vida y una escala visual analógica pre y postratamiento y se obtuvo el Wexner antes y después de la terapia. Se realizó manometría y ecografía endoanal a todos ellos. Se aplicó una sesión semanal durante 12 semanas y posteriormente una sesión quincenal durante 12 semanas.

Resultados: Los pacientes incluidos en el protocolo presentaban un defecto medio de 64,2°, con un rango entre 20-108°, obtuvieron un Wexner inicial medio de 6,28, que se redujo a un valor medio de 2,71, obteniendo una mejoría estadísticamente significativa. En cuanto a la calidad de vida, el valor de la EVA inicial medio fue de 5,71, y de 8,14 después del tratamiento. Los aspectos de la calidad de vida analizados fueron: estilo de vida, comportamiento, depresión y vergüenza, mejorando todas ellas en torno a un 20% con respeto a la pretratamiento.

Conclusiones: La neuromodulación del NTP para el tratamiento de la incontinencia fecal es un tratamiento que está obteniendo aceptables resultados. Las pautas terapéuticas, criterios de exclusión para recibir esta terapia y la necesidad de sesiones de recuerdo están aún por determinar. En numerosos estudios de la literatura se ha considerado un criterio de exclusión los defectos de EAE. En nuestro estudio hemos incluido estos pacientes y vemos que son pacientes susceptibles de mejorar con dicho tratamiento. En concreto los pacientes con defectos mayores de 80° mostraron una menor mejoría que los pacientes con defectos de menor tamaño o que no se extendían a lo largo de todo el EAE, pero creemos que a priori no debería suponer una causa de exclusión para esta terapia el hecho de presentar un defecto del EAE.

P-245. SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHEELOCK: DESCRIPCIÓN DE 3 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Fábregues Olea, C. Rey Valcárcel, L.E. Bernardos García, Y. Al-Lal, L. Álvarez Llano, R. Franco Herrera, M. Burneo Esteves, M. Cuadrado Ayuso, J.M. Monturiol Jalón, M.D. Pérez Díaz y F. Turégano Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Presentamos tres casos clínicos de pacientes con síndrome de McKittrick-Wheelock (SMW), una entidad clínica infrecuente caracterizada por deshidratación e hiponatremia secundarias a una diarrea abundante acuosa y mucosa causada por la secreción de adenomas vellosos de gran tamaño localizados en colon sigmoide o recto.

Material y métodos: Casos clínicos de tres pacientes con SMW ingresados en nuestro servicio. Todos estaban en estudio por diarrea crónica de meses de evolución y finalmente sufrieron un grave desequilibrio hidroelectrolítico, precisando de medidas de reanimación intensivas.

Resultados: Caso 1: paciente varón de 78 años con un cuadro de 3 meses de evolución de caquexia, diarrea acuosa y deterioro cognitivo que ingresa en urgencias por una deshidratación severa con natremia de 118 mmol/l. Tras la reposición inicial de fluidos se diagnostica de un adenoma vellosos de 7 cm en recto bajo. Se le realiza una resección anterior baja con colostomía terminal, debido a la incontinencia previa que presentaba. La anatomía patológica de la pieza revela un adenoma vellosos con focos de adenocarcinoma (T2, N0, M0). Caso 2: paciente mujer de 50 años con una historia de diarrea acuosa y caquexia de un año de evolución. Ingresa en urgencias con un fallo renal agudo y depresión del nivel de

conciencia, con unos datos analíticos de urea 282 mg/dl, Na 122 mmol/l, K 2,2 mmol/l y acidosis metabólica. Se realiza una TC en la que se objetiva una lesión de 9 cm en la unión rectosigmoidea que causó intususcepción. Tras la estabilización inicial se le realiza una resección anterior baja laparoscópica sin ampliar el estudio, dado el difícil manejo hidroelectrolítico que suponía, con balances negativos de hasta 10 litros/día. La anatomía patológica muestra un adenocarcinoma T3N1M0. Caso 3: paciente mujer de 90 años con antecedentes de cardiopatía isquémica cónica y una resección anterior baja previa por un adenocarcinoma veloso T2N0M0 diez años atrás. La paciente había presentado varias recidivas en la anastomosis, tratadas mediante resecciones endoscópicas y resecciones endoanales; estas resultaban incompletas debido al gran tamaño de la lesión y el elevado riesgo anestésico que contraindicaba una cirugía mayor. Tras una nueva recidiva que causó una abundante diarrea mucosa, fallo renal agudo e hiponatremia se comienza con tratamiento paliativo con indometacina, con buena respuesta clínica.

Conclusiones: Es necesario un alto grado de sospecha ante la clínica inicial del SMW para evitar las graves complicaciones que éste acarrea. Los adenomas vellosos causantes de la enfermedad son de gran tamaño y presentan un riesgo alto de malignización, alrededor del 20%. Esto hace de la resección quirúrgica el tratamiento de elección, con distintos abordajes según las circunstancias individuales de cada paciente.

P-246. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA CONDILOMATOSIS PERIANAL: COMPARACIÓN ENTRE LA POBLACIÓN VIH+ Y LA SERONEGATIVA

G. Garrigós Ortega, N. Peris Tomás, N. Estellés Vidagany, J.A. Díez Ares, A. Martínez Pérez, S.A. Gómez Abril, E. Grau Cardona, E. Martí y M. Martínez Abad

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: La infección por el Virus del Papiloma humano (HPV) es una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes. A nivel perianal es responsable de la aparición de los condilomas acuminados, displasias del epitelio del canal anal (neoplasia intraepitelial anal) y del carcinoma escamoso. Está demostrado que la prevalencia de la infección por HPV es mayor en la población VIH y que tienen mayor riesgo de desarrollar displasias y carcinoma.

Objetivos: Evaluar nuestra experiencia, la prevalencia de neoplasia intraepitelial anal y la tasa de recidivas tras la cirugía en pacientes VIH positivos (VIH+) y negativos (VIH-) intervenidos en nuestro medio.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de todos los pacientes intervenidos en nuestro hospital entre 1998-2011 con sospecha de condilomatosis perianal. La muestra la componen 86 pacientes 64 varones (75%) y 22 mujeres (25%) con una edad media de 34 años (20-68). 51 pacientes eran VIH negativos (60%) y 25 VIH positivo (40%).

Resultados: 8 casos (10%) se excluyeron del estudio porque no se encontraron lesiones en quirófano o porque la anatomía o microbiología descartó condilomatosis. En los otros 78 pacientes que se confirmó el diagnóstico de condilomas, 21 (28%) presentaron lesiones displásicas (7 leves, 8 moderadas, 6 graves) y 1 carcinoma epidermoide. La tasa de displasias en función en VIH+ es del 37% y en VIH- 40%, siendo la tasa de displasia severa del 16% y 4% respectivamente (sin diferencias estadísticamente significativas). La prevalencia de infección por HPV de alto y bajo riesgo es del 85% en VIH+ y 62% en VIH-, HPV de alto riesgo del 3% y 4%, y HPV bajo riesgo del 12% y 34% (sin diferencias). Se realizaron un total de 112 intervenciones, la mayoría (82%) en régimen de cirugía ambulatoria. Durante el seguimiento hubo al menos una recidiva en el 26% de los pacientes VIH negativo y 33% VIH positivos, haciendo un total de 23 casos (29% del total), con una media de tiempo tras la intervención de 1 año (rango de 1 mes-4 años). Se han realizado una media de 1,3 intervenciones por paciente VIH negativo y 1,55 en los VIH positivo. 6 pacientes (8%) no acudieron a la revisión anual.

Conclusiones: La condilomatosis perianal es una enfermedad que afecta principalmente a varones jóvenes, con alta incidencia entre la población VIH positiva en la que es necesario realizar un correcto diagnóstico clínico para evitar intervenciones innecesarias. Aunque no hemos observado diferencias significativas, la tasa de displasia entre ambos grupos es similar, siendo más graves en el paciente VIH, con un ligero aumento en la tasa de recidivas en éstos. El riesgo de presentar lesiones displásicas, cuya historia natural todavía no está esclarecida, así como el riesgo de recidivas (en nuestra serie ambas entorno a un tercio de los casos, similar a lo publicado en la literatura) nos hace pensar que en el momento actual, la

exéresis quirúrgica con toma de muestras y un estrecho seguimiento es el manejo de elección de los pacientes, seropositivos y seronegativos.

P-247. MALIGNIZACIÓN DE CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE PERIANAL (TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN) A CARCINOMA ESCAMOCELULAR

B. García Albiach, I. González Poveda, M. Ruiz López, J. Carrasco Campos, J.A. Toval Mata, R.M. Becerra Ortiz, I. Fernández Burgos, S. Mera Velasco y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El tumor de Buschke-Lowenstein es una rara enfermedad que se presenta como una tumoración exofítica de comportamiento localmente agresivo. Es considerada como enfermedad de transmisión sexual ocasionada por el virus del papiloma humano, principalmente serotipos 6 y 11. La relación entre el condiloma acuminado y el carcinoma escamocelular es bien conocida, presentando el condiloma acuminado gigante tasas de transformación maligna superiores al 50%.

Caso clínico: Varón de 46 años VIH+, VHC+, ex-ADVP y linfoma Hodgkin en remisión. Acude a Consulta Externa por tumoración perianal dolorosa y supurativa. A la exploración presenta lesión excrescente ulcerada de aspecto condilomatoso circunferencial que afecta a periné y región sacrococcígea. La colonoscopia objetiva lesiones en canal anal con recto normal. Ante la sospecha de malignidad se toman biopsias de las lesiones con resultado de carcinoma escamocelular in situ e infiltrante con áreas de ulceración. El paciente es presentado en Comité Oncológico decidiéndose tratamiento combinado de quimioradioterapia con mitomicina C y 5-fluoracilo.

Discusión: No existe consenso acerca del tratamiento del carcinoma escamoso relacionado con lesiones causadas por la infección por VPH. El tratamiento inicial con agentes tópicos como la podofilina no ha mostrado buenos resultados en tratamiento del condiloma acuminado gigante. La escisión local amplia ha sido el tratamiento clásico, sin embargo presenta tasas de recidiva muy elevadas (18-63%). La quimioradioterapia, por sí sola o en combinación con la cirugía, se ha convertido en el tratamiento de elección de tumores del canal anal y ha presentado buenos resultados en el condiloma acuminado gigante. El condiloma acuminado gigante presenta una incidencia creciente y elevadas tasas de malignización. El tratamiento quimioradioterápico es una buena opción terapéutica en el condiloma acuminado gigante, evitando la morbilidad asociada al tratamiento quirúrgico y disminuyendo las recidivas.

P-248. TUMOR DE BUSCHKE-LOEWENSTEIN

M.I. Sartal Cuñarro, S. López Goye, M. Echevarría Canoura, A. Paulos Gómez, J.P. Paredes Cotoré y M. Bustamante Montalvo

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Introducción: El tumor de Buschke-Loewenstein, también denominado condiloma acuminado gigante o carcinoma verrucoso, es una neoplasia rara, que deriva de las células escamosas, con bajo grado de malignidad pero potencialmente invasivo a nivel local.

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 37 años, que presenta lesión vegetante de gran tamaño en región anal de 20 años de evolución, y un conglomerado adenopático palpable en región inguinal en el momento del diagnóstico. Se realizan biopsias de la lesión compatibles con condiloma, sin poder descartar malignidad, por lo que se decide realizar cirugía reductora de la masa tumoral. Tras confirmación de la malignidad de la lesión y la infiltración de recto distal, se decide tratamiento neoadyuvante y cirugía posterior.



Resultados: El estudio histopatológico es compatible con una neoformación epitelial de crecimiento exofítico bien diferenciado, que invade el estroma de forma expansiva, que muestra atipia coilocítica, hiperqueratosis y papilomatosis, con un índice de proliferación alto. El estudio para HPV evidenció positividad para el genotipo 6.

Discusión: El carcinoma verrucoso suele aparecer en varones de mediana edad, frecuentemente asociado al VPH (principalmente genotipos 6 y 11) y VIH. Su transformación en carcinoma invasivo se da en un tercio de los casos. El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica de la lesión. El tratamiento neoadyuvante con quimioterapia y radioterapia es controvertido, estando la radioterapia indicada para tumores de alto grado de malignidad o irresecables en el momento del diagnóstico, siendo este el caso de nuestro paciente.

P-249. MANEJO Y TRATAMIENTO DE LESIONES BENIGNAS ANORRECTALES. A PROPÓSITO DE 5 CASOS CLÍNICOS

M. García Ávila, C. Nieto Moral, Z. de Julián Cabrera, I. Fraile, D. Palomares Rabadán, F. Molina Martín, G. Krasniqi, J. Medina, P. Toral, C. López González y C. Ugena

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción: Las tumoraciones benignas del espacio anorrectal son muy poco frecuentes. De etiología variada (vascular, muscular, quística, de tejido adiposo...) y predominio en el sexo femenino. En la mayoría de las publicaciones se describen casos individuales. El mayor número de diagnósticos se dan en la edad adulta (80%). Suelen ser asintomáticos. Su posible clínica se relaciona con el tamaño tumoral y la compresión local de la zona. En el manejo diagnóstico, la prueba principal es la RMN, a complementar con TAC, eco endoanal, tacto rectal y PAAF guiada por eco si existe alta sospecha de benignidad. Las tumoraciones benignas más frecuentes son: hamartomas, leiomiomas, quistes y tumores de partes blandas. Según su tamaño tumoral, algunas tienen riesgo de malignización. Su tratamiento es la exéresis quirúrgica completa.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo de todos los tumores benignos de la región anorrectal operados entre el 2009 y 2010 en nuestro centro. Las variables a estudio han sido: sexo, edad, antecedentes personales, clínica, pruebas diagnósticas, vía de abordaje quirúrgico, anatomía patológica, estancia media y complicaciones a corto y largo plazo.

Resultados: De los cinco pacientes a estudio, tres eran mujeres y dos eran hombres. El 80% se encontraban asintomáticos. A todos se les realizó estudio diagnóstico mediante RMN, TAC Y PAAF. Las cinco lesiones se situaban en el espacio anorrectal, pero en especial una de ellas se situaba en el tabique recto-vaginal y otra se extendía desde el espacio anorrectal hacia raíz del muslo derecho. Se intervinieron por vía perianal dos pacientes y por vía perineal los tres restantes. Todos ellos cerrados bajo drenaje. La estancia media fue de 48 horas, sin complicaciones inmediatas ni a largo plazo (0% incontinencia fecal). Dentro de la serie, la A.P. resultó ser: tres leiomiomas, un hamartoma y un fibroma colagenoso.

Conclusiones: La prueba principal diagnóstica para el manejo de las lesiones anorrectales es la RMN. El tratamiento de las mismas es la exéresis quirúrgica completa aún en lesiones benignas asintomáticas.

P-250. CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASIVO, IRRESECABLE, DESARROLLADO SOBRE CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE (TUMOR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN)

R. Santos Rancaño, C. Cerdán, N. Cervantes, M. Ortega, J. Zuloaga, D. Vázquez, M. Fernández-Nespral, R. Sanz, G. Sanz y J. Cerdán

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: El condiloma gigante acumulado o tumor de Buschke-Lowenstein (TBL) fue descrito por Buschke y Lowenstein en 1925, como un tumor benigno producido por papovavirus humano (tipos 6 y 11 sobretodo y ocasionalmente 16 y 18) en el pene. También han sido descritas otras localizaciones como anorrectales, vulvares o genitales. La mortalidad es del 20% habiéndose descrito menos de 100 casos en la región anorrectal. Es considerado como carcinoma verrucoso o como lesión intermedia entre éste y el condiloma acumulado.

Caso clínico: Varón de 72 años, fumador y bebedor, con un cuadro de 3 meses de astenia, palidez cutánea y rectorragias ocasionales. Refiere una masa anal de 40 años de evolución, que en los últimos cuatro meses ha presentado un mayor crecimiento. No fiebre, anorexia, ni pérdida de peso. A su llegada la Hb es de 5,6 g/dl. La lesión anal es condilomatosa, excre-

cente y sangrante, de 20 cm de diámetro y presenta otra lesión de iguales características de 5 cm en cara lateral del pene y de 1 cm en prepucio. A la exploración el abdomen es doloroso en piso abdominal inferior sin signos de irritación peritoneal. Se palpa una adenopatía inguinal derecha móvil y otra izquierda de cinco cm de diámetro, con exudado purulento y fija al plano profundo. La biopsia de la lesión es informada de condiloma acumulado gigante positivo para el VPH tipo 6. Se realiza PAAF de la adenopatía inguinal con resultado de carcinoma epidermoide. PET-TC: captación en gran masa anal, adenopatías locorreccionales, base de pene y glándula prostática. Se decide que el paciente no es subsidiario de tratamiento curativo ni paliativo.

Discusión: El TBL es una proliferación epitelial papilomatosa exo y endofítica rara con un crecimiento lento, y una gran agresividad local. Es una enfermedad de transmisión sexual caracterizada por presentar degeneración a carcinoma escamoso hasta en el 50% de los casos y una tasa de recurrencia del 66%, siendo las metástasis a distancia raras. Los factores de riesgo son: múltiples parejas sexuales, prostitución, falta de higiene, inmunosupresión, infecciones genitales crónicas, etc. La localización más frecuente en los varones es el pene (81%), área anorrectal (10-17%) y uretra (5%), mientras que en las mujeres es en la vulva (90%). El tratamiento local con podofilina, crioterapia o RT y sistémico con QT e inmunoterapia no suele ser eficaz y es la cirugía el tratamiento de elección. Pero no hay suficiente evidencia que apoye una cirugía radical para evitar las recidivas y malignización vs una cirugía conservadora. En conclusión: 1) El TBL es un tumor raro, benigno, pero agresivo localmente, con una alta tasa de recurrencia y de transformación maligna. 2) Es una enfermedad de transmisión sexual cuya localización más frecuente es el pene en los varones y la vulva en las mujeres. 3) El tratamiento de elección es la cirugía. El efecto de la radio-quimioterapia no está claro todavía. 4) La larga evolución en el caso que presentamos (más de 40 años) ha motivado la malignización e invasión locorreccionales agresiva, con imposibilidad de opciones terapéuticas.

P-251. CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE ANO Y VULVA: A PROPÓSITO DE UNA AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL CON FASE PERINEAL EN PRONO

I. Talal El-Abur, S. Saudí Moro, J.L. Moya Andía, P. Riverola Aso, M. Beltrán Martos, M. del Campo Lavilla, A. Martínez Germán, L. Ligorred Padilla, V. Borrego Estella y A. Monzón Abad

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El carcinoma epidermoide anal es una rara entidad que constituye aproximadamente el 5% de todos los carcinomas anorrectales y cuyo pronóstico es todavía sombrío puesto que el 30% tienen metástasis en el momento del diagnóstico. Las posibilidades de cura aumentan considerablemente con el diagnóstico precoz y el tratamiento radical.

Caso clínico: Mujer de 50 años intervenida previamente de vulvectomía radical por carcinoma epidermoide vulvar de más de 7 cm de tamaño y que en el postoperatorio inmediato presentó fístula colo-perineal realizándose resección, colgajo fasciocutáneo en flor de loto y colostomía derivativa. Durante el seguimiento, se aprecia lesión ulcerada y dolorosa en rafe perineal. La biopsia es informada como carcinoma epidermoide medianamente diferenciado. La RNM aprecia una masa sólida perineal de localización posterior en línea media de 3,6 cm de eje mayor que contacta e infiltra el canal anal en su porción más distal, así como adenopatías ilíacas externas bilaterales, la mayor de 1,8 cm. Técnica quirúrgica: se realiza amputación abdomino-perineal con colostomía terminal y fase perineal en decúbito prono; reconstrucción de pared vaginal posterior con colgajo de rotación de piel interglútea.

Discusión: En los tumores grandes e invasivos la terapia tradicional es la resección abdomino-perineal. Hay estudios recientes que parecen indicar que la buena respuesta tumoral a la combinación radioterapia-quimioterapia podría requerir posteriormente cirugía menos agresiva.

P-252. MANIOBRA QUIRÚRGICA SENCILLA QUE FACILITA LA RETIRADA DE LA PIEZA EN LA AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL DE RECTO

N. Guàrdia, I. Camps, M. Cuadrado, M. Gómez, M. Piñol y J. Fernández-Llamazares

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

La amputación abdominoperineal de recto o operación de Miles tiene, en la actualidad, unas indicaciones precisas para el tratamiento del cáncer

de recto. La exéresis mesorrectal total y la preservación de la fascia son puntos fundamentales para alcanzar la tasa óptima de recidiva. El equipo especializado en cirugía colorrectal de nuestro centro realiza, el tiempo perineal de esta intervención, con el paciente en decúbito prono desde hace dos años. Esta posición facilita, dada la mejora de la exposición del campo y de la posición de los ayudantes, las maniobras de la exteriorización de la pieza para completar la disección del mesorrecto y realizar la exéresis en bloque. Las dificultades de visión y técnicas de este tiempo quirúrgico vienen causadas por el tamaño de la pelvis, la incisión perineal limitada a nivel anterior por los elementos genito-uritarios y posteriormente por el sacro y por el gran diámetro de la pieza, que incluye el sigma y el recto con sus mesos correspondientes. La utilización de instrumentos quirúrgicos para la extracción, puede provocar el desgarro de la fascia mesorrectal, con la consiguiente diseminación neoplásica y rebajando la calidad de la pieza quirúrgica que tanto ha costado obtener en el tiempo abdominal. También se pueden ocasionar en el momento de la retirada perforaciones colorrectales con la contaminación y gran riesgo de infección que esto supone. Nuestro equipo intenta prevenir estas complicaciones usando un sencillo truco. La técnica consiste en la fijación del extremo de una gasa quirúrgica con tres puntos de sutura del 1 al extremo proximal de la pieza, margen de grapado. Los puntos deben ser amplios y abarcar toda la anchura de la pieza. El otro extremo de la gasa, se coloca al fondo de la pelvis una vez completado el tiempo de resección abdominal y de esta forma será lo primero que se halla al incidir en la fascia presacra. Se tira de la gasa consiguiendo extraer el segmento ya diseccionado sin lesiones de la pieza. A destacar que la gasa debe estar contabilizada por las enfermeras y separarla de la pieza una vez completada la amputación abdominoperineal.

P-253. DIVERTÍCULO RECTAL SOLITARIO

I. Abellán Morcillo, J. Abrisqueta Carrión, M.D. Frutos Bernal, Q. Hernández Agüera, E. Gil, P. Sánchez Fuentes, V. Olivares Ripoll, R. Brusadín, J. Gil, J.A. Luján Mompeán y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La diverticulosis colónica es una patología muy común, sin embargo los divertículos situados en el recto se consideran extremadamente raros. La causa de los divertículos rectales es desconocida y su incidencia actual es menos del 0,07-0,08%. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de divertículo rectal solitario de forma incidental.

Caso clínico: Varón de 50 años, entre sus antecedentes destaca: trasplante renal en 2007 por insuficiencia renal crónica y diabetes mellitus en tratamiento médico. El paciente consulta en septiembre de 2009 por cuadro de astenia de dos meses de evolución. Se realizó analítica en la que destacaba una Hb de 10 mg/dl con un Hto del 30% por lo que se solicitó colonoscopia en la que se observó en recto a 8 cm de margen anal, orificio en la mucosa que podría corresponder a divertículo rectal. Se realizó TC abdominopélvico donde se observaba cavidad de 3 cm de diámetro que comunicaba con la luz rectal a través de cuello estrecho a unos 8 cm de margen anal compatible con divertículo rectal. Ante este hallazgo casual no se realizó ningún acto quirúrgico y en la actualidad el paciente sigue revisiones en consulta y permanece asintomático.

Discusión: Los divertículos rectales son extremadamente raros, actualmente su prevalencia ha aumentado debido a la iatrogenia quirúrgica que se produce en técnicas como la anomucopexia circular de Longo o la resección transanal rectal. El primer caso en la literatura se publicó en 1911 y desde entonces apenas 40 casos han sido publicados. La formación del divertículo se debe a áreas de debilidad focal en la pared del recto, tanto por causas congénitas como adquiridas. Dos teorías han sido descritas para explicar su baja incidencia, la disposición en un solo estrato de las fibras longitudinales musculares en el recto y la menor presión intraluminal y peristaltismo al que está sometido el recto. La edad de aparición del divertículo rectal suele ser a partir de los 50 años con predominio en varones. Suelen localizarse en la pared lateral del recto, ya que la pared anterior y posterior están más reforzadas por la confluencia de las tenias. No existe relación entre el tamaño del divertículo y la clínica, siendo la mayoría de los pacientes diagnosticados de forma incidental, aunque pueden existir complicaciones como la impactación de las heces y la formación de un absceso, la perforación, estenosis de recto, fistula recto-vesical o prolapso rectal. El diagnóstico se realiza mediante enema opaco y colonoscopia, siendo de gran ayuda el TAC y la RMN cuando el divertículo se sitúa en el espacio retrorrectal, para establecer el diagnós-

tico diferencial con el carcinoma de recto. El tratamiento suele ser conservador, reservándose la cirugía en caso de complicaciones o duda diagnóstica. El divertículo rectal solitario es un hallazgo incidental infrecuente, asintomático en la mayoría de los casos que no precisa tratamiento salvo en complicaciones o duda diagnóstica. Es preciso conocerlo y tener un correcto diagnóstico para evitar un tratamiento quirúrgico innecesario.

P-254. FÍSTULA ENTEROPERINEAL: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

C. Nofuentes Riera, M. Mella Laborde, E. Soliveres Soliveres, S. Pérez Bru, A. García Marín, F. Ivorra Muñoz, A. Compañ Rosique, M. Gil Santos, R. Rumenova Smlevska y S. García García

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

Objetivos: La cirugía del cáncer de recto está gravada con tasas de mortalidad y morbilidad muy altas. Las complicaciones son más frecuentes cuando se asocia radioterapia al tratamiento quirúrgico. Las más comunes son: infección de herida (abdominal y perineal) e intraabdominal, hemorragia, dehiscencia anastomótica, etcétera. Una complicación excepcional es la fistula enteroperineal (descrita en la literatura como complicación de la exenteración pélvica). El objetivo es la presentación de dos casos. Revisión de la literatura a propósito de dos casos.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 51 años intervenida de forma urgente en nuestro centro por una neoplasia de recto superior necrosada y perforada a la que se le realizó una intervención de Hartmann 2 meses atrás. En comité multidisciplinar se decidió completar el tratamiento con quimio-radioterapia. Tras 5 sesiones de radioterapia acudió a urgencias por dolor y tumefacción perineal, de unos 10 cm de diámetro. Analítica sanguínea: 23.000 leucocitos y PCR de 21. Tomografía computarizada pélvica: colección extensa perineal con gas en su interior, sugestiva de absceso con fascitis. Se indicó cirugía urgente y, tras la incisión sobre la tumoración se evidenció salida de material intestinal (fig. 1); se realizó lavado abundante y la paciente pasa a planta. Se inició tratamiento conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral y curas. Ante la no resolución del cuadro con un débito intestinal abundante por la herida y por el ano (teóricamente desfuncionalizado), se decidió intervención quirúrgica en la que se realizó: laparotomía media, disección de un asa de intestino delgado íntimamente adherida al muñón rectal, resección de 10 cm de intestino delgado con anastomosis primaria y reparación del muñón rectal mediante una plastia con útero, que se sutura a la pared posterior de la pelvis (fig. 2). La evolución postoperatoria fue satisfactoria con recuperación del tránsito por la colostomía; alta sin complicaciones al 6º día. Caso 2: varón de 81 años diagnosticado de neoplasia de recto inferior, se trató con quimio-radioterapia neoadyuvante y amputación abdominoperineal. En el postoperatorio inmediato presentó un íleo prolongado hasta el 8º día, en el que se evidenció salida de material biliar por la herida perineal. TC pélvico: fistula enteroperineal por la presencia de un asa de intestino delgado adherida a la pelvis (fig. 3). En la cirugía se realizó disección de asa adherida a pelvis, resección de 20 cm y anastomosis. Cierre del defecto perineal mediante epiploplastia. La evolución posterior fue favorable salvo por una infección respiratoria. Fue dado de alta tras 23 días de hospitalización.



Discusión: a) La cirugía del cáncer de recto se asocia a elevadas tasas de complicaciones. b) La fístula enteroperineal es una complicación poco frecuente y grave, que requiere un tratamiento quirúrgico en la mayoría de los casos.

P-255. REVISIÓN DE FÍSTULAS ENTEROVESICALES COMO PATOLOGÍA QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P. Riverola Aso, M. Beltrán Martos, M. del Campo, I. Talal El Abur, L. Ligorred Padilla, A. Martínez Germán, J.A. Monzón Abad, A. Pons Bosque, S. Saudí Moro, J.L. Moya Andía y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La fístula colovesical es una patología quirúrgica poco común. Se presenta con mayor frecuencia en hombres. La etiología más frecuente es la enfermedad diverticular. El diagnóstico es esencialmente clínico, considerándose patognomónica la presencia de neumaturia (65-85%) y fecaluria (45-65%).

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo donde se analizan diversos aspectos en los pacientes intervenidos de forma programada con el diagnóstico de fístula colo-vesical en el Hospital Universitario Miguel Servet desde enero de 2009 hasta diciembre de 2011.

Resultados: De los 13 paciente 6 eran hombres (46,15%), 7 mujeres (53,84%), con una edad media de 65,3 años, siendo la máxima de 90 y la mínima de 31(31-90). En cuanto a la clínica, todos los pacientes presentaron, bien fecaluria o neumaturia de forma aislada o acompañada de otros síntomas como el dolor en hemiabdomen izquierdo o infecciones urinarias de repetición. La neumaturia estuvo presente en 8 (61,53%) y la fecaluria en 7 (53,84%). La localización más frecuente fue sigma, presentándose en 11 (84,61%). En los otros dos se localizó a nivel de íleon distal (15,38%). El origen de la fístula fue en 9 (69,23%) secundaria a enfermedad diverticular, en 2 (15,38%) a neoplasia nivel de sigma y en 2 a enfermedad de Crohn (15,38%). En cuanto a la técnica quirúrgica en 7 (53,84%) se realizó sigmoidectomía con anastomosis primaria y en dos resección segmentaria de íleon. En los 4 restantes (30,76%) colostomía de descarga sobre varilla. La mortalidad y las complicaciones fueron del 0%.

Conclusiones: En nuestra serie, el origen más frecuente fue la enfermedad diverticular, siendo la técnica quirúrgica más utilizada la sigmoidectomía con anastomosis primaria. La neumaturia y la fecaluria estuvieron presentes en casi la totalidad de los pacientes.

P-256. EVISCERACIÓN TRANSANAL POR LACERACIÓN RECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Martínez Pérez, N. Peris Tomás, G. Garrigós Ortega, N. Estellés Vidagany, J.A. Díez Ares, E. Martínez López, T. Torres Sánchez, E. Martí Martínez, J.M. Richart Aznar y M. Martínez-Abad

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Introducción: La evisceración transrectal por lesión colorectal es una entidad muy infrecuente, desde su primera descripción (Brodie, 1827) se han descrito poco más de 60 casos en adultos. Entre los factores predisponentes destaca el prolapso rectal, además de la existencia de fondos de saco rectovaginal y rectovesical anormalmente anchos. En niños se han descrito casos por traumatismos abdominales, succión transanal en piscinas y empalamiento. No hay referencias en la literatura a la autoinducción de la rotura por digitoclastia.

Caso clínico: Paciente de 81 años, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés aparte de trastorno ansioso-depresivo y deterioro cognitivo moderado (dependiente parcial para actividades básicas diarias). Acude a urgencias traída por sus familiares tras encontrarla en el baño de su domicilio presentando salida de asas intestinales por ano. A la exploración se evidencia abdomen excavado no doloroso a la palpación. Por ano se aprecia salida de múltiples asas de intestino delgado congestivas. Se solicita analítica urgente en la que destaca: albúmina de 3, PCR de 47,3 mg/l y 19.700 leucocitos con neutrofilia. La paciente se encuentra séptica e hipotensa, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Durante la misma, la paciente mantuvo la misma situación hemodinámica. Se realiza laparotomía exploradora evidenciando ausencia casi total de asas de delgado en cavidad, con presencia de raíz de mesenterio traccionada caudalmente por las asas intestinales, que se habían desplazado a pelvis. Se procede a reducir las asas a cavidad mediante tracción intraperitoneal de

las mismas, controlada transanalmente. Tras conseguir la reducción se objetiva perforación lineal craneocaudal de 3-4 cm de longitud en la porción antimesentérica de recto superior (RIS II). Además se aprecia importante flacidez de toda la musculatura pélvica, que condiciona gran fondo de saco rectovaginal; esto causa que tanto recto superior como reflexión peritoneal se apoyen prácticamente sobre suelo pélvico. Se lava abundantemente la cavidad peritoneal con SF caliente y tras unos minutos las asas inician peristaltismo visible y adquieren coloración normal. Se realiza disección de sigma y recto superior hasta sobrepasar promontorio y sección de sigma proximal y recto medio con GIA. Posteriormente se confecciona colostomía terminal en vacío izquierdo. Preguntando posteriormente a sus familiares, comentaron que la paciente hacía tiempo que deponía con dificultad, y que era frecuente que se manipulara para extraer las heces. La paciente ingresó en Reanimación durante 3 días, y fue dada de alta tras 13 días de ingreso. A los 2 meses la paciente permanecía asintomática, y su colostomía funcionante.

Discusión: La patología que presentamos es muy infrecuente, y no existen guías clínicas validadas para su manejo. La paciente no presentaba prolapso rectal, factor etiológico más frecuente en la literatura. Sin embargo, su anatomía pélvica facilitaba el contacto con el recto superior (cuya pared probablemente estaba debilitada por la edad y los contactos previos) al manipularse. Aunque se han descrito casos de anastomosis primaria en perforaciones rectales; su mal estado general antes y durante la intervención, la desnutrición y sus problemas defecatorios previos, condicionaron la realización de la colostomía.

P-257. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA HERNIA PERINEAL POSTOPERATORIA

M.J. Cabrerizo Fernández, F. Pérez Benítez, R. Molina Barea, J. Ruiz Castillo, C. González Puga, B. Mirón Pozo, F.J. Bravo Bravo y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Actualmente sigue siendo necesaria la realización de una amputación abdominoperineal como tratamiento radical del cáncer de recto en el 20-30% de los casos, ello supone una importante morbilidad, como son las complicaciones derivadas de la herida perineal, la obstrucción intestinal, la enteritis rádica y la aparición de hernias perineales, que se presentan del 1% al 3,5% de los casos.

Caso clínico: Mujer de 66 años diagnosticada de adenocarcinoma de recto a 2 cm. del margen anal, T3, N1, M0. Recibe tratamiento neoadyuvante (RT+QT) y posteriormente se realiza amputación abdominoperineal laparoscópica. Al año y medio de la intervención presenta tumoración a nivel perineal, en la exploración se aprecia hernia a nivel de la herida perineal que aumenta con las maniobras de Valsalva y se reduce con facilidad. Se interviene por vía perineal realizándose hemioplastia con malla de permancol que se fija al músculo elevador. Postoperatorio sin incidencias y actualmente no presenta recidiva herniaria. La hernia perineal postoperatoria es una complicación poco frecuente tras la amputación abdominoperineal, se define como la profusión de vísceras intraabdominales a través del defecto del piso pélvico. Como factores predisponentes destacan: mesenterio largo, sexo femenino, escisión de los músculos elevadores, radiación pélvica e infección de la herida perineal. Los síntomas principales son molestias inespecíficas como presión perineal, dolor, sensación de bulto, lesión en piel, síntomas urinarios y obstrucción intestinal. Entre las medidas preventivas existen distintas técnicas de reparación pélvica y perineal que permiten un cierre sin tensión y previenen la aparición de las complicaciones mencionadas, se describen: técnicas de partición pélvica, que evitan la ocupación y fijación del intestino en la pelvis. Entre estas destacan la sutura primaria del peritoneo pélvico, la omentopexia y la utilización de un colgajo pediculado de epiplón mayor. Otra opción es la utilización de mallas ya que la aparición de nuevos materiales, la excelente tolerancia a la infección y el buen comportamiento en contacto con las vísceras, hace muy atractivo su uso. Técnicas de reconstrucción perineal, que utilizan colgajo de músculo recto anterior, colgajo de músculo gracilis o de músculo glúteo, pero se asocian con aumento del tiempo quirúrgico, complejidad técnica y riesgo de necrosis. En el tratamiento quirúrgico de la hernia perineal se ha descrito el cierre primario que cuenta con mayor número de recidivas, o lo más aceptado que es la utilización de mallas sintéticas o biológicas. La vía perineal permite el acceso más simple, aunque puede dificultar la movilización del intestino si existen adherencias. Esta se basa en el cierre del defecto muscular con suturas no absorbibles o con mallas. La vía abdominal per-

mite confirmar la ausencia de recidiva, liberar el intestino y colocar la malla a un nivel más alto.

Discusión: Debido a lo infrecuente que es esta patología, hay pocos casos desarrollados en la literatura sobre el tratamiento de elección. Con el acceso perineal se obtienen buenos resultados en la mayoría de los pacientes, por lo que la vía abdominal se debe reservar para las hernias recidivadas, los casos más complejos o cuando sea necesario revisar el contenido abdominal o pélvico.

P-258. EXPERIENCIA INICIAL EN COLOCACIÓN DE MALLA DE POLIPROPILENO EN ESPACIO PREPERITONEAL (SUBLAY) COMO LA PROFILAXIS DE LA HERNIA PARAESTOMAL

J.A. Díaz Milanés, L. Capitán Morales, J. Valdés Hernández, J.C. Gómez Rosado, J. Galán Álvarez, J. Guerrero García y F. Oliva Mompeán

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La incidencia de hernia paraestomal en pacientes portadores de colostomía terminal ronda el 50%. La mayoría se desarrollan en el primer año transcurrido tras la intervención quirúrgica en la que se implantó el estoma. Los síntomas de la hernia paraestomal puede variar desde el discomfort hasta complicaciones potencialmente mortales. Los procedimientos quirúrgicos para repararla son difíciles de realizar y presentan una alta tasa de fracaso. Por este motivo, la mejor estrategia para combatir esta complicación es la prevención de la misma. Para este fin, se decide implantar una malla de polipropileno periestomal en espacio preperitoneal (sublay).

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia inicial en la implantación periestomal de malla de polipropileno de baja densidad y macroporosa en espacio preperitoneal (sublay) como profilaxis de hernia paraestomal en colostomías terminales.

Material y métodos: Desde abril de 2011 hasta febrero de 2012, en la Unidad de Cirugía Colorrectal del Hospital Virgen Macarena, intervenimos de manera reglada a 10 pacientes de cirugía colorrectal que requirieron implantación de colostomía terminal definitiva. A 10 de esos pacientes se le colocó una malla de polipropileno profiláctica en espacio preperitoneal periestomal. Analizamos variables demográficas (sexo, edad, IMC), predictivas de riesgo anestésico (ASA), aspectos técnicos (viabilidad y reproducibilidad de la técnica) y efectividad de la técnica así como las complicaciones consecuentes.

Resultados: Se aplicó malla profiláctica a 10 pacientes, 7 varones y 3 mujeres con una media de 67 años (53-81) y un IMC de 26,72 (22,6-31,53). Todos los pacientes fueron diagnosticados de adenocarcinoma de recto, 1 localizado en recto medio y 9 en recto bajo. El ASA más frecuente fue 3 (1-4). Todos se intervinieron de manera programada con idéntico protocolo, realizándose intervención de Miles (amputación abdominoperineal) en los 9 pacientes con neoplasia a nivel de recto bajo y resección anterior baja con colostomía terminal en el paciente con neoplasia a nivel de recto medio. La vía de abordaje fue laparotomía media suprainfraumbilical en 9 casos y abordaje laparoscópico en 1 caso. La media de tiempo quirúrgico fue 188 minutos y la estancia media fue 10,8 días (7-30). La mortalidad fue nula. Cabe destacar la ausencia de complicaciones asociadas a la colostomía y a la implantación de la malla de polipropileno en espacio preperitoneal. Destaca la estancia de 30 días de un paciente que requirió ser reintervenido por obstrucción mecánica por gran síndrome adherencial sin repercusión en la colostomía.

Conclusiones: La colocación de una malla de polipropileno parcialmente reabsorbible en localización paraestomal preperitoneal (sublay) es fácilmente reproducible y no solo no aumenta la morbilidad sino que disminuye la incidencia de hernia paraestomal como ha quedado demostrado en anteriores estudios recogidos en la bibliografía.

P-259. HERNIA PERINEAL SECUNDARIA A RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL

A.B. Sánchez Casado, H. San José Santamarta, T. Ramos Grande, O.A. Roza Coronel, A. Hernández Pérez, L.M. González Fernández, F. Gutiérrez Conde, J. García García, A. Marín Pérez-Tabernero y J.A. Alcázar Montero

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: Las hernias incisionales perineales se definen como la protrusión del contenido intraperitoneal en el periné, y ocurren de manera

secundaria a un proceso quirúrgico. Su incidencia es baja, representando el 1% de las amputaciones abdominoperineales y entre el 3% y el 10% de las exenteraciones pélvicas, aunque el número de hernias perineales que requiere cirugía no sobrepasa el 0,62%. En su aparición se han implicado diversos factores de riesgo como son las resecciones amplias, el tabaco, la radioterapia preoperatoria, la quimioterapia y la infección de la herida quirúrgica. Clínicamente se presenta como tumoración perineal con molestias a la deambulación y que aumenta con las maniobras de Valsalva. Rara vez se presenta como cuadro de oclusión intestinal o evisceración. El tratamiento quirúrgico consiste en el cierre del lecho pelviano, bien vía perineal o abdominal, pudiendo utilizar mallas sintéticas o biosintéticas, omentoplastia o colgajos de avance. Presentamos un caso clínico de un paciente con hernia incisional perineal que fue reparada quirúrgicamente vía perineal con malla de polipropileno.

Caso clínico: Varón de 57 años de edad con antecedentes personales de diabetes mellitus, intervenido en múltiples ocasiones por hidrosadenitis perineal supurativa. Más tarde fue tratado mediante amputación abdominoperineal por presentar carcinoma epidermoide perineal bien diferenciado, con extirpación de cóccix y tallado de colgajo epiploico amplio a pelvis. A los cuatro meses presentó recidiva local que requirió resección amplia de la herida perineal incluyendo glúteo mayor y vértebra S5. Recibió tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia. Actualmente presenta tumoración perineal que protruye con maniobras de Valsalva con un anillo herniario de aproximadamente 12 cm. Se realiza intervención quirúrgica programada vía perineal con disección e invaginación del saco herniario y fijación de malla de polipropileno a peristio de sacro, tuberosidades isquiáticas y fibrosis retroprostática. La evolución postoperatoria inmediata cursó sin incidencias.

Conclusiones: La hernia perineal es una complicación poco frecuente de la amputación abdominoperineal que sólo debe tratarse en los casos sintomáticos o cuando existe alguna complicación de la misma. La reparación por vía perineal con malla ofrece buenos resultados y aunque presenta mayor incidencia de recidivas que la vía abdominal, se recomienda por su menor complejidad técnica. La vía abdominal se reservaría para las recidivas herniarias o cuando sea imprescindible tratar o descartar cualquier otro problema o complicación asociada.

P-260. HERNIA CIÁTICA TRAS RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL DE RECTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. Soto Sánchez, M. Hernández Barroso, J.M. Sánchez González, G. Hernández Hernández, J.G. Díaz Mejías, L. Gamba Michel, A. Pérez Álvarez, F. García Correa y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Objetivos: Las hernias ciáticas son entidades extremadamente raras. La protrusión de elementos intraabdominales se produce a través de la escotadura ciática mayor. Con frecuencia son asintomáticas, siendo el síntoma más frecuente una masa molesta o que crece lentamente en la zona glútea. Nuestro objetivo es presentar un caso de hernia ciática en una paciente mujer de 67 años con antecedentes de amputación abdominoperineal de recto hacía 25 años y revisión de la bibliografía.

Caso clínico: Mujer de 67 años que presenta tumoración de 2 años de evolución, localizada en glúteo derecho, de unos 8 cm, redondeada, de consistencia blanda, reductible, que protruye con Valsalva. Se realiza RMN de pelvis que no objetiva herniaciones a través del suelo de la pelvis. Se decide intervención quirúrgica accediendo a través de laparotomía media objetivando hernia ciática derecha por delante del útero y retrovesical con debilidad del suelo pélvico a ese nivel. Se realiza disección del peritoneo retrovesical así como de los laterales del espacio pélvico y reparación con malla de Bio-A® anteuterina fijada con puntos sueltos de PDS al espacio vesico-uterino, paredes laterales de la pelvis y espacio retrovesical. Se cubre la malla con peritoneo disecado previamente. Como incidencia postoperatoria presentó íleo paralítico que se resolvió con tratamiento conservador siendo dada de alta al 8 día postquirúrgico.

Discusión: Estas hernias extremadamente inusuales son difíciles de diagnosticar, y el paciente puede estar libre de síntomas hasta que ocurre la obstrucción intestinal. En otros pacientes se presentan como una masa en el área glútea. El dolor del nervio ciático es causado raramente por la presión de una hernia ciática. Estas hernias se pueden reparar quirúrgicamente.

camente por vía transabdominal, sin embargo si el diagnóstico es claro y el contenido de la hernia parece viable y reducible, puede usarse un abordaje transglúteo menos lesivo, colocando al paciente en decúbito prono. Suele preferirse la reparación con una malla protésica.

P-261. DISMINUCIÓN EN LA TASA DE INFECCIÓN DE LA HERIDA PERINEAL EN AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL EN PRONO: NUESTRA EXPERIENCIA

A. Soto Sánchez, B. Reyes Correa, C. Díaz López, J.G. Díaz Mejías, M. Hernández Barroso, L. Gamba Michell, A. Pérez Álvarez, G. Hernández Hernández, F. García Correa y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Introducción: La infección de la herida perineal en la amputación abdomino perineal (AAP) es una complicación frecuente con elevada morbilidad, precisando largos periodos de curas y produciendo retraso en el inicio de tratamiento adyuvante en pacientes intervenidos de cáncer de recto. La AAP extendida (AAPE), en los tumores de recto distal, en posición decúbito prono, favorece la realización de una exéresis más amplia, con menores tasas tanto de afectación del margen circunferencial como de perforación tumoral.

Objetivos: Comparar nuestros resultados en relación a infección perineal (considerándola como aquella en la que se obtuvo cultivo positivo de las secreciones de dicho nivel) en los últimos 3 años en los que hemos comenzado a realizar la APE en decúbito prono, con cambio completo de material quirúrgico, considerando el tiempo perineal de la amputación como una cirugía completamente distinta.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 48 pacientes intervenidos de cáncer de recto desde enero 2009 a diciembre de 2011 a los que se les realizó de forma electiva una AAP: 24 en decúbito supino (Grupo S) y 24 en decúbito prono (Grupo P) con cambio de material quirúrgico, (pañes, vestimenta quirúrgica, guantes). Se realizó análisis estadístico de la muestra con objeto de determinar si existen diferencias significativas.

Resultados: Comparando el grupo S respecto al P (Sup vs Pro), la Edad media fue (70 años vs 66). Varones (83,3% vs 83,3%) y mujeres (16,6% vs 16,6%). El (87% vs 95%) presentaba alguna comorbilidad asociada, siendo la más frecuente la HTA (37,5% vs 29%) y en segundo lugar la DM (33,3% vs 37,5%). El estadio tumoral más frecuente fue IIIB de AJCC (29,2% vs 41,6%). Presentaron infección de la herida perineal (41,6% vs 16%), de los cuales habían recibido radioterapia preoperatoria (60% vs 100%). La mediana de la estancia hospitalaria total en caso de infección perineal fue (22 días vs 25) y en los casos que no hubo infección la mediana de estancia hospitalaria fue (16 vs 12 días). Se observa que en similares condiciones de edad, comorbilidad, estadio tumoral y con un mismo equipo quirúrgico obtenemos disminución en las infecciones de la herida perineal: de 41% a un 16% que atribuimos al cambio de posición a decúbito prono con cambio del material quirúrgico. Aunque el análisis estadístico no arroja resultados estadísticamente significativos por ser una muestra corta para obtener la representatividad muestral necesaria., el análisis del poder estadístico de la muestra, 60-65%, sería del 100% aumentando el número de casos hasta 100.

Conclusiones: El cambio de técnica quirúrgica en la APE respecto a la APP clásica, considerando el tiempo perineal como una cirugía diferente, produce una franca mejoría en la tasa de infección perineal, con disminución en la morbilidad y en la mediana de estancia hospitalaria con claro beneficio para el paciente y disminución en los costes económicos, tanto de estancia hospitalaria como de cuidados de herida quirúrgica.

P-262. PROLAPSO DE COLOSTOMÍA. UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE CON DISTINTAS OPCIONES TERAPÉUTICAS

G. Supelano Eslait, P. Peláez Torres, S. Alonso Gómez, J.C. Traperó Díaz, T. Butrón Vila, E. Rubio González, M. Ortiz Aguilar, S. García Aroz, V. García Gutiérrez, B. Cristóbal Uriol y M. Lomas Espadas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Presentar una complicación poco frecuente de la realización de colostomías terminales. Señalar la alta frecuencia de complicaciones

asociadas con la realización de estomas de derivación intestinal. Dar a conocer las opciones terapéuticas en pacientes que acuden a urgencias con prolapso del estoma de derivación. Presentar la técnica quirúrgica realizada en nuestro centro para la reparación del prolapso estomal. Presentar otras técnicas propuestas para el mismo fin, sus beneficios y sus complicaciones. Reconocer los riesgos inherentes a la realización de estomas, y actuar en consecuencia previniendo y asumiendo las complicaciones derivadas de los mismos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 73 años, portadora de colostomía terminal en fosa ilíaca izquierda realizada tres meses antes, en el contexto de una amputación abdominoperineal por adenocarcinoma de recto, que acude a urgencias por presentar prolapso de colostomía de 10 cm de longitud de seis horas de evolución. A la exploración se confirma el prolapso y presenta en la mucosa colónica congestión, eritema y signos de isquemia. Tras intentos fallidos de reducción manual se decide intervenir de forma urgente. En quirófano bajo anestesia general se libera la colostomía prolapsada de la piel circundante hasta alcanzar el plano aponeurótico. Se realiza resección de dicho prolapso y del meso acompañante incluyendo el segmento isquémico hasta identificar colon sano, procediendo al anclaje a la aponeurosis y maduración de la nueva colostomía. La paciente evolucionó favorablemente siendo dada de alta el cuarto día postoperatorio.

Discusión: Entre el 21 y el 70% de los estomas presentan complicaciones. Estas complicaciones son más frecuentes en los primeros 5 años tras la realización de la derivación. En torno al 14% de los estomas realizados se prolapsan. Aunque el tratamiento es habitualmente local, en ocasiones, y sobre todo en relación a la calidad de vida de los pacientes, este tratamiento debe ser quirúrgico. El uso de azúcar granulada como osmótico, e inyecciones de hialuronidasa para disminuir el edema del estoma han mostrado su eficacia para la reducción del prolapso en algunos pacientes. Ocasionalmente el tratamiento es quirúrgico, para lo cual existen diferentes técnicas. Lo habitual es la liberación de la colostomía y la reconstrucción de la misma. Con la aparición de las grapadoras lineales y curvas se han desarrollado nuevas técnicas que permiten la corrección de los prolapsos con mínima sedación y sin anestesia general para pacientes de alto riesgo. En ocasiones es necesario rehacer la colostomía en otra localización, y algunas veces la reconstrucción del tránsito intestinal precozmente es la solución. La realización de estomas de derivación es un procedimiento cuyas complicaciones son infravaloradas por los cirujanos que las realizan. Es fundamental reconocer su alta frecuencia, y tratarlas adecuadamente para el bienestar de los pacientes. Es necesario que los residentes de cirugía nos formemos no solo en la técnica para la realización de estomas, sino también en la alta frecuencia de sus complicaciones y como tratarlas.

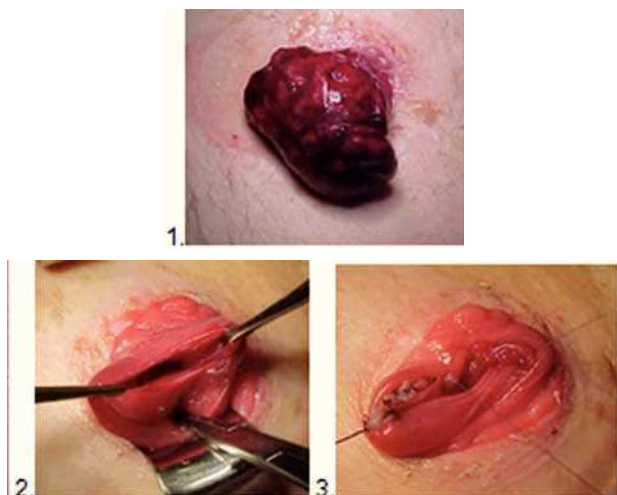
P-263. EVISCERACIÓN TRANSESTOMAL: UNA COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL DE LAS COLOSTOMÍAS

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

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

Objetivos: La realización de una colostomía, considerada una intervención técnicamente simple, no está exenta de complicaciones cuya frecuencia oscila entre el 10 y el 60%. Generalmente se dividen en complicaciones precoces, que se producen en los 30 primeros días del postoperatorio: edema, hemorragia, necrosis; y tardías: prolapso, estenosis y eventración. Una complicación mucho menos frecuente y escasamente publicada en la literatura es la evisceración transestomal. Revisión de la literatura a propósito de un caso.

Caso clínico: Varón de 83 años al que se realizó tres meses antes una amputación abdominoperineal de Miles por una neoplasia de recto inferior acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por evisceración de una tumoración de unos ocho centímetros de diámetro consistente en epiplón a través de un orificio en la pared del asa de la colostomía (fig. 1). El paciente presentaba una demencia senil y, según los familiares, solía introducir su dedo índice con frecuencia por el estoma. Se indicó cirugía urgente y se realizó un procedimiento local mediante resección parcial del epiplon y reparación con sutura reabsorbible del defecto de la pared del colon (figs. 2 y 3). El postoperatorio cursó sin incidencias y el paciente fue dado de alta al quinto día.



Conclusiones: a) La realización de una ostomía definitiva o transitoria es una intervención que requiere una técnica cuidadosa, como se puede comprobar por las numerosas complicaciones referidas en todas las publicaciones. b) Las complicaciones en las ostomías son fuente de numerosas reintervenciones y frecuentemente produce a medio y largo plazo secuelas funcionales que suponen un obstáculo para el paciente ostomizado en su vida diaria.

P-264. COLABORACIÓN DEL CIRUJANO COLORRECTAL CON EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG PEDIÁTRICA: RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Borrego Estella, I. Molinos Arruebo, S. Saudi Moro, G. Pérez Navarro, J.L. Moya Andia, I. Talal El Abur, P. Riverola Aso, M. Beltrán Martos, M. del Campo-Lavilla, A. Serrablo Requejo y J. Esarte-Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: La enfermedad de Hirschsprung (EH) se presenta de 1/5.000 RN vivos y afecta predominantemente al sexo masculino en las formas comunes, sin diferencia entre sexos en los aganglionismos extensos (AE). El tratamiento quirúrgico ha evolucionado en los últimos 30 años y más aún en la última década. El objetivo de este trabajo es el análisis de nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la EH en los últimos 15 años.

Material y métodos: Revisamos 43 casos consecutivos de EH tratados entre 1990-2010: 30 varones y 13 mujeres, edad gestacional media de 38 semanas y peso medio al nacimiento de 2.965 g. Cuatro presentaron otras malformaciones congénitas: urinarias (2) y cardíacas (2). Cuatro enfermos padecían síndrome Down.

Resultados: El 13% manifestaron la enfermedad con cuadros graves durante el período neonatal (oclusión intestinal, la enterocolitis necrotizante, etc.). El 78% eran formas comunes rectosigmoideas, 9 tenían afectación de segmentos cólicos más proximales a rectosigma y 4 padecían aganglionismos extensos: 2 a colon transversal, 2 cólicos totales y 1 con extensión a intestino delgado. Disponemos de 31 resultados manométricos y de 31 biopsias rectales. Practicamos "nursing" con éxito en 11 pacientes que en el momento actual no requieren cirugía, sobre todo porque son segmentos ultracortos y han respondido de forma satisfactoria a la dilatación forzada de ano. 32/43 fueron enterostomizados (22 con colostomías y 5 con ileostomías). Como tratamiento definitivo hemos utilizado varias técnicas quirúrgicas: 28 Rehbein, 2 Duhamel y 2 De la Torre. Sufrieron complicaciones postoperatorias 6 pacientes: 5 cuadros obstructivos por síndromes adherenciales y 2 prolapsos del ostoma. Sólo necesitaron cirugía 2 de los cuadros obstructivos. Analizando la evolución a lo largo plazo hemos encontrado 7 niños con estreñimiento, tratados todos de forma conservadora y con tendencia a la mejoría con el crecimiento en todos los casos.

Conclusiones: Nuestra incidencia de pacientes con síndrome Down (12%) es similar a la de la mayoría de las series publicadas. No hemos compro-

bado mayor morbilidad en los enfermos con síndrome Down: ninguno ha fallecido, no han tenido más episodios de enterocolitis que el resto y la continencia a largo plazo ha sido buena. Recomendamos la manometría como método sensible y específico en el diagnóstico de la EH inclusive en el período neonatal dado que todos estos resultados fueron contrastados con el estudio anatomopatológico en biopsias rectales. La mayoría de nuestros pacientes fueron tratados con la técnica de Rehbein, siendo todos ellos enfermos continentales, no estreñidos, no fueron reoperados y van bien, de igual modo que los tratados con la técnica de De la Torre. La oclusión y la enterocolitis siguen siendo las principales complicaciones y la única causa de morbilidad directa, sin cambios en su incidencia con el paso de los años y sin que la mayor extensión del aganglionismo favorezca su aparición. Los pacientes con ostomía no tienen menor riesgo de padecer nuevos episodios ni que tampoco el tratamiento quirúrgico definitivo sea un factor protector. Los episodios de complicaciones posquirúrgicas han sido escasos, siendo subsidiarios de tratamiento quirúrgico sólo el 6,5%.

P-265. MI ROTATORIO POR EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA. ¿QUÉ ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS PUEDE OFRECER EL CIRUJANO GENERAL Y LA COLOPROCTOLOGÍA ANTE UNA RARA MALFORMACIÓN CONGÉNITA COMO ES LA ATRESIA RECTAL?

V. Borrego Estella, I. Molinos Arruebo, S. Saudi Moro, G. Pérez Navarro, J.L. Moya Andia, I. Talal El Abur, P. Riverola Aso, M. Beltrán Martos, M. del Campo-Lavilla, A. Serrablo Requejo y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Las malformaciones anorrectales (MAR) tienen una incidencia de 1/5000 recién nacidos vivos. La atresia rectal (AR) representa entre el 1-2% de todas estas anomalías. Su etiología se debe a un accidente vascular entre la 13ª y 14ª semana de desarrollo embrionario. En la AR el ano y los músculos del esfínter están normalmente desarrollados, dejando un fondo ciego de 1,5 a 3 cm del ano. La continencia suele ser normal tras la reconstrucción de la atresia.

Material y métodos: Presentamos 4 casos de AR vistos en nuestro servicio en los últimos 15 años. Se trata de dos varones (ambos con hipospadias) y dos mujeres. Dos de ellos presentaban además otras atresias intestinales y múltiples malformaciones asociadas.

Resultados: En tres pacientes se realizó colostomía, el otro fue intervenido por vía transanal con resección de la membrana rectal en período neonatal. En dos se practicó una anorrectoplastia sagital posterior y en el otro, que presentaba múltiples atresias cólicas, un descenso tipo Rehbein. En la actualidad 3 tienen un ritmo deposicional normal con una continencia perfecta; la otra paciente de dos años, es continente pero realiza de 5 a 6 deposiciones diarias ya que presenta una colectomía total debido a sus poliatresias.

Conclusiones: El papel de un correcto examen rectal es imprescindible para un diagnóstico adecuado ya que, la apariencia normal del ano y del periné puede retrasar dicho diagnóstico. La frecuente asociación con otras atresias intestinales puede causar una situación peligrosa si el diagnóstico de AR no se realiza precozmente. Estos pacientes, una vez solucionado su problema, van a tener una continencia normal. En los casos en los que la membrana rectal no sea accesible por vía transanal la técnica de elección será la anorrectoplastia sagital posterior, a no ser que existan varias atresias rectales lo que obligará a un acceso abdominal como en uno de nuestros casos.

P-266. TUMOR NEUROENDOCRINO DE RECTO

M.A. Gómez Correcher¹, A. Frangi², I. Oller¹, I.P. Galindo¹, J. Santos¹, P.J. Moya¹, L. Armañanzas¹, A. Arroyo¹, J. Ruíz-Tovar¹, A. Calero¹ y R. Calpena¹

¹Hospital General Universitario, Elche. ²Hospital de Sagunto, Sagunto.

Caso clínico: Varón de 48 años, fumador y sin otros antecedentes de interés, consultó por cuadro de síndrome constitucional de 1-2 meses de evolución y masa en hipocondrio derecho. Se le realizó: eco abdominal, completándose el estudio con TC abdomino-pélvico: numerosas lesiones sólido-quísticas, la de mayor tamaño en segmento 3 LHI. Engrosamiento parietal de un segmento de recto. Ante estos hallazgos se realizó: colonoscopia: reveló a 15 cm del ano una neoformación excrescente, erosiona-

da y de aproximadamente 4-5 cm. La biopsia mostró una histología compatible con adenocarcinoma infiltrante. RMN: tumoración en sigma de aproximadamente 5 cm de diámetro craneocaudal situada a unos 7 cm de la línea pectínea. Adyacente a ésta, estructuras ganglionares con un tamaño aproximado de 8 mm. PET: mostró lesión rectal con un Suvmax de 3,5 y LOES hepáticas ametabólicas. Se le aplicó quimioterapia neoadyuvante OXL. Resección quirúrgica: resección anterior baja de recto por laparoscopia. Debido a que la quimioterapia OXL no modificó el tamaño de las LOES metastásicas hepáticas y la imagen radiológica de éstas hacía sospechar otra histología, se llevó a cabo biopsia guiada por ecografía de la lesión hepática nodular del segmento 3 con estudio inmunohistoquímico: positividad para cromogranina, sinaptofisina y enolasa neuronal. Metástasis de TNE. Anatomía patológica de la pieza de resección de recto con estudio inmunohistoquímico: positiva para cromogranina y sinaptofisina y con un índice de proliferación (Ki67) < 1%. TNE de recto, bien diferenciado, de 5 cm, con invasión de la grasa pericólica y con 5 ganglios, de 11 aislados. Ante el diagnóstico de TNE de recto con metástasis hepáticas (estadio cT3 N1 M1) se decide tratamiento adyuvante con quimioterapia XELOX más terapia con octeótridos. Próxima posible embolización de las metástasis hepáticas. En lista de espera de trasplante hepático.

Discusión: Los TNE se originan a partir del sistema endocrino difuso en cualquier tejido de origen endodérmico. Surgen de las células APUD del intestino, localizándose por orden de frecuencia decreciente en: apéndice, íleon, recto, estómago y colon. Se diagnostican por estudio de inmunohistoquímica, positivizándose a cromogranina A, sinaptofisina, serotonina y somatostatina. Clínicamente son más agresivos que los adenocarcinomas, con una extensión a distancia más rápida, y por tanto siendo de peor pronóstico. Los TNE suponen < 1% de todos los tumores de colon. La base de datos SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results registry of the National Cancer Institute, EEUU) demuestra que la incidencia de TNE rectal, ajustado a la edad, ha aumentado diez veces en los últimos 30 años. El manejo depende del tamaño, infiltración, localización y enfermedad metastásica. Los TNE rectales de < 1 cm pueden tratarse endoscópicamente o quirúrgicamente y posterior seguimiento endoscópico. Los TNE de recto > 2 cm requieren resección quirúrgica incluyendo linfadenectomía. Los TNE rectales de 1-2 cm de tamaño no tienen un consenso aceptado de tratamiento. Ramage et al recomiendan exéresis quirúrgica teniendo en cuenta que el 10-15% de los TNE rectales < 2 cm metastatizan según la base de datos SEER. En conclusión, la resección quirúrgica y la quimioterapia adyuvante serían el tratamiento principal del TNE colorrectal.

P-267. ADENOCARCINOMA ENDOMETROIDE EN RECTO

Y. Caballero Díaz, R. Romero Dorado, C. Rosas Bermúdez, A. Turégano García, E. López-Tomassetti Fernández, M.S. Martínez Martín, V. Benito, J.R. Hernández Hernández y V. Núñez Jorge

Hospital Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La endometriosis es una alteración ginecológica frecuente que afecta al ovario hasta en el 80% de los casos. La malignización de un endometrioma es excepcional siendo su incidencia en torno al 1%, estimándose que sólo el 5% afecta al colon y recto siendo el tipo histológico más frecuente el carcinoma endometroide. Presentamos el caso de una mujer con un adenocarcinoma endometroide rectal con el objetivo de aumentar la sospecha diagnóstica de esta patológica poco frecuente.

Caso clínico: Paciente mujer de 39 años sin antecedente de interés que presenta dolor abdominal en hipogastrio acompañado de dolor anal, estreñimiento y síndrome constitucional de seis meses de evolución. A la exploración física se palpa masa de consistencia dura en FII. En la analítica destaca un Ca 125 elevado de 522,2 y un CEA normal. Se realizan las siguientes pruebas complementarias: 1) Revisión ginecológica con ecografía transvaginal y citología con resultados normales, 2) TAC abdominal donde se observa una gran tumoración rectal con área de necrosis que infiltra el cuerpo uterino y pequeñas adenopatías perirrectales; y finalmente una 3) Colonoscopia que manifiesta una compresión extrínseca en recto a 15 cm con varias biopsias inespecíficas. Ante la sospecha de probable neoplasia rectal se decide laparoscopia exploradora observándose gran tumoración dependiente del recto medio de 6-7 cm con adenopatías en meso, por lo que se decide convertir a laparotomía. Se realiza resección anterior de recto con biopsia intraoperatoria de fondo de saco de Douglas siendo negativa para malignidad. A la aper-

tura de la pieza quirúrgica se aprecia una tumoración necrosada y ulcerada en cara anterior del recto. En el postoperatorio evoluciona de forma favorable. La anatomía patológica (AP) informa de un adenocarcinoma poco diferenciado, infiltrante, de tipo endometroide sobre focos de endometriosis que infiltra la pared intestinal, con metástasis en tres ganglios linfáticos y un patrón de inmunohistoquímica de citoqueratina 7 positiva y 20 negativo. Ante estos hallazgos se decide completar la cirugía con histerectomía y doble anexectomía abdominal, cuya AP informa de adenocarcinoma pobremente diferenciado de tipo endometroide.

Discusión: La malignización de una endometriosis intestinal es excepcional con menos de 50 casos publicados en la literatura reciente. La presentación clínica habitual suele ser dolor abdominal con rectorragias en mujeres con historia previa de endometriosis. Estos tumores se suelen diagnosticar de forma errónea dada su rareza y es necesario tener un alto índice de sospecha en pacientes con antecedentes de endometriosis y presencia de tumores colorectales que no afecten al plano de la mucosa, sobre todo en menores de 50 años. El patrón de inmunohistoquímica (citoqueratina 7+ y citoqueratina 20-) ayuda a diferenciarlo del adenocarcinoma colorrectal. En nuestro caso la forma de presentación fue poco habitual debido a que la paciente no refería historia previa de endometriosis y la TAC evidenciaba una masa rectal que infiltra útero sin apreciar focos de endometriosis; todos estos hallazgos sugerían otra entidad mucho más frecuente: adenocarcinoma de recto infiltrante.

P-268. CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE RECTO

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

Hospital de la Merced, Osuna.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos de recto son poco frecuentes, representando el 1.8% de las neoplasias anorrectales. Son más frecuentes en la 5ª-6ª década de la vida, sin diferencias entre sexos. La clínica es inespecífica y en el momento del diagnóstico suelen presentar enfermedad a distancia en un 15% de casos. El tratamiento quirúrgico y quimioterápico combinado puede alargar más la supervivencia de los pacientes. A continuación presentamos un caso de carcinoma neuroendocrino de recto que continua en remisión tras un año de seguimiento.

Caso clínico: Varón de 70 años con AP de HTA, DM, DL, CI, FA paroxística y SAOS, que acude por presentar rectorragia de 3 meses de evolución sin alteración del hábito intestinal. Exploración física y tacto rectal sin hallazgos. Se solicita analítica completa con marcadores tumorales (CA 15.3 30,3 U/ml) y colonoscopia, observándose en recto a 10 cm una lesión de 4 cm de tamaño ocupando un cuarto de la luz, la biopsia informa de carcinoma neuroendocrino. Se realiza estudio de extensión con TAC toraco-abdomino-pélvico, con ausencia de metástasis a distancia. Se presenta el caso en el comité de tumores decidiéndose tratamiento quirúrgico, practicándose, resección anterior baja con ileostomía de protección. El análisis histológico de la pieza confirma la existencia de carcinoma neuroendocrino de alto grado con metástasis en 4 de los 10 ganglios aislados, índice de proliferación celular (ki-67): 40% y positividad para citoqueratinas de amplio espectro, enolasa neuronal específica, sinaptofisina y cromogranina A. Tras la intervención el paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta a los 10 días. A los 3 meses se procedió al cierre de la ileostomía temporal y tras un año de seguimiento, el paciente continúa en remisión completa.

Discusión: Los carcinomas neuroendocrinos son tumores de rara aparición en el colon y recto, sin embargo, son los más agresivos de los cánceres colorrectales primarios, presentando una rápida diseminación y un mal pronóstico. Raramente existen síntomas de síndrome paraneoplásico, carcinoide ni anomalías metabólicas. El estadio del tumor en el momento del diagnóstico marca en gran medida el pronóstico y la supervivencia del paciente, situándose entre 6 y 15 meses. El tratamiento es quirúrgico, siendo los tratamientos coadyuvantes, como la quimioterapia y/o radioterapia, un factor menor para mejorar la supervivencia del paciente. Actualmente se están desarrollando ciclos de quimioterapia como es el caso de algunos esquemas agresivos, basados en la administración de estreptozotocina y 5-fluorouracilo o de doxorubicina con 5 fluorouracilo.

P-269. TUMORES GIST DE LOCALIZACIÓN RECTAL. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

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

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

Introducción: Los tumores estromales del tracto digestivo (GIST), son una entidad muy poco frecuente, suponiendo aproximadamente el 0,2% de todos los tumores malignos del tracto digestivo, y siendo muy poco frecuente su localización en el recto. El tratamiento en estos tumores es la resección quirúrgica completa, lo que en la localización rectal puede suponer cirugía de amputación. Este hecho unido a la baja incidencia y la mayor malignidad, hace de los GIST rectales una entidad especialmente comprometida.

Objetivos: Realizar un análisis retrospectivo de los casos de GIST de localización rectal tratados en el Hospital Universitario de Móstoles en los últimos 10 años.

Material y métodos: Revisamos 3 casos clínicos diagnosticados de GIST rectal en los últimos 10 años. Analizamos la clínica de presentación, métodos diagnósticos, tratamiento quirúrgico y oncológico, estudio anatómopatológico e inmunohistoquímico, y evolución de los pacientes.

Resultados: Se han intervenido en este periodo un total de 25 tumores GIST, de los cuales 3 fueron de localización rectal (16%). Dos pacientes varones y una mujer. La clínica fue en todos los casos de rectorragia. El diagnóstico se realizó con colonoscopia y ecoendoscopia, obteniéndose en los tres pacientes biopsia con diagnóstico positivo preoperatorio de GIST; la distancia del margen anal fue de 1 a 3 cm, con infiltración de próstata en un caso y de vagina en otro. El estudio de extensión no evidenció metástasis en ningún caso. Todos los pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante con imatinib durante un periodo entre 2 a 4 meses. Se realizó tratamiento quirúrgico con amputación abdominoperineal en los 3 pacientes; en 1 caso se asoció prostatectomía radical y en otro caso colectomía subtotal. La AP fue de GIST en los 3 pacientes con un tamaño tumoral de 8, 7 y 6 cm; el índice mitótico determino en un caso bajo grado y en dos casos grado intermedio de malignidad; la inmunohistoquímica mostró positividad para ckit y CD34 en los tres casos. En todas las piezas se obtuvieron bordes libres de enfermedad. Ningún paciente recibió tratamiento adyuvante después de la cirugía. Dos pacientes están vivos y libres de enfermedad a los 4 y 5 años de la cirugía; el otro paciente presentó metástasis hepáticas al año que fueron tratadas con imatinib, falleciendo el paciente a los 4 años de la cirugía.

Conclusiones: Los tumores GIST de localización rectal son una entidad rara, pero que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de toda masa rectal. En nuestra experiencia, los GIST rectales han sido tumores de gran tamaño, aunque con un índice mitótico no muy elevado. El tratamiento de elección es la resección completa, aun cuando requiera una cirugía agresiva, incluyendo la resección en bloque de órganos adyacentes.

P-270. CARCINOMA NEUROENDOCRINO RECTAL

J. de Pedro Conal, M. Manzanera Díaz, F.J. Cortina Oliva, C. Sedano Vizcaíno, M. Clerveus, A. López y C. Moreno Sanz

Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Introducción: Los tumores carcinoides derivan de células neuroendocrinas y tienen potencial maligno. La localización rectal es muy poco frecuente, constituyendo el 0,3% del total de las neoplasias rectales. Suelen ser poco diferenciados, con un comportamiento clínico agresivo y mal pronóstico, con tendencia a la diseminación a distancia, si presentan invasión linfovascular, alta tasa mitótica e invasión de la muscular propia. El tratamiento de elección es la resección completa.

Caso clínico: Varón de 53 años, que consultó por rectorragia, alteración del tránsito intestinal, dolor abdominal difuso y sudoración profusa de tres meses de evolución, sin síndrome constitucional. La colonoscopia apreció una lesión ulcerada subestenotante que ascendía unos 4 cm desde margen anal, palpándose en el tacto rectal. Las biopsias mostraron un carcinoma neuroendocrino. En la ecografía trans-rectal se apreció un tumor que rompía la capa muscular y presentaba adenopatías patológicas (uT3N2). TAC abdominal: se aprecian imágenes nodulares sub-centimétricas perirectales, sin apreciar engrosamiento de la pared rectal. CEA 3,9 ng/ml. El octreoscan fue negativo. Los niveles de cromogranina A estaban en 166 ng/ml (19-98) y el 5 OH indolacético en límites normales (2,3

mg/24h). El paciente es intervenido, realizándose una amputación abdominoperineal asistida por laparoscopia. La anatomía definitiva informó de carcinoma neuroendocrino de célula grande con nucleolo prominente y muy alto índice mitótico. En la inmunohistoquímica había positividad para sinaptofisina y cromogranina, invasión linfática y metástasis en 16 de 17 ganglios regionales. Al mes del alta hospitalaria fue realizado un TAC abdominal por dolor perineal intenso sin hallazgos a la exploración física. El TAC reveló múltiples metástasis hepáticas bilaterales. El paciente recibió quimioterapia adyuvante, falleciendo por progresión de la enfermedad a los 5 meses de la cirugía.

Discusión: La expresión clínica de los carcinomas neuroendocrinos rectales es similar a la de los adenocarcinomas. Son de alta agresividad y mal pronóstico, con una supervivencia media de entre 6 y 15 meses. Su tratamiento es quirúrgico. La quimioterapia y/o radioterapia intentan mejorar la supervivencia y calidad de vida del paciente.

P-271. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA GRAVE POR CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE MESOCOLON

H. Oehling de los Reyes, J. Hernández Carmona, J. Doblas Fernández y H. Oliva Muñoz

Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

Objetivos: Los tumores neuroendocrinos del tubo digestivo representan menos del 5% de todas las neoplasias del aparato gastrointestinal y derivan de las células del sistema endocrino difuso gastrointestinal. Los carcinomas neuroendocrinos poco diferenciados (alto grado) también conocidos como carcinomas de células pequeñas son neoplasias poco diferenciadas, funcionantes o no, de células de tamaño intermedio a pequeñas. El caso presentado corresponde a un carcinoma neuroendocrino de alto grado de malignidad localizado en mesocolon sigmoideo, y que debuta como hemorragia digestiva grave, no habiendo encontrado otro caso similar en la literatura revisada.

Material y métodos: Se trata de un paciente varón de 59 años con AP de DM tipo 2, HTA, dislipemia, insuficiencia renal incipiente, fumador y bebedor habitual, y que se encuentra en proceso de estudio por anemia por pérdidas digestivas. Ingresó por urgencias por cuadro de rectorragia abundante, siendo el tercer episodio en 2 meses, y pérdida ponderal de unos 10 kg. Destaca en la exploración una anemia de 6,1 g Hgb, con moderada afectación de la función renal y trombopenia. Se realiza estabilización con cristaloides y 5 unidades de hemáties, realizando EDA y rectoscopia que no son concluyentes. En estudio TAC se aprecia una masa centro abdominal infraumbilical en íntima relación con la pared del sigma, no obstructiva, de 12 cm de diámetro, esférica, sin LOES hepáticas y sugestiva de tumor mesenquimal/linfóide.

Resultados: Ante la persistencia de rectorragia y la necesidad de mas transfusiones, se decide laparotomía urgente, encontrando gran tumoración sólida dependiente de sigma que se resecta, lesión blanquecina en epilón que se envía a AP, hígado cirrótico multinodular, sección accidental de ambos uréteres que se reparan, colostomía terminal en flanco izquierdo. El postoperatorio cursó sin complicaciones. Posteriormente el paciente fue tratado con quimioterapia, y a la fecha actual (9 meses de seguimiento) no hay evidencia de recidiva, siendo las imágenes de TAC sin evidencia de afectación. La anatomía patológica informa como carcinoma neuroendocrino de alto grado y evidencia una pieza de sigmoidectomía cuya sección axial demuestra una tumoración mesentérica blanquecina y sonrosada de unos 14 cm que parece afectar extrínsecamente a la pared y la luz del sigma ulcerando su mucosa. El examen microscópico informa de tumoración mesentérica pseudoencapsulada consistente en proliferación epitelial de células neuroendocrinas de patrón sólido-trabecular, formada por células pequeñas e intermedias con elevado índice mitótico, Ki-67 superior al 75-80% en las áreas más proliferantes. Inmunofenotipo positivo para CKA1-3, cromogranina A y sinaptofisina.

Conclusiones: La mayoría de los tumores mesentéricos suelen ser fibromas/fibrosarcomas, leiomas/leiosarcomas, neurofibromas o mesenquimales. Aunque los tumores carcinoides del intestino con frecuencia invaden el mesenterio, un tumor neuroendocrino primario de mesenterio parece ser algo extremadamente raro. La revisión de la literatura solo aporta un caso de tumor neuroendocrino de grado medio de mesocolon transversal. Por lo tanto creemos que es la primera comunicación de un caso de carcinoma neuroendocrino de alto grado de mesocolon. Aparte, la presentación como hemorragia digestiva baja grave hace del caso un suceso excepcional en la práctica clínica.

P-272. TUMORES CARCINOIDES DEL TRACTO GASTROINTESTINAL: EXPERIENCIA EN 15 AÑOS

M. Ruiz Marín, M. Vicente Ruiz, E. Peña Ros, A. Sánchez Cifuentes, M.F. Candel Arenas, M. Ramírez Faraco, M. Maestre Maderuelo, P. Pastor Pérez, F.M. González Valverde, J.A. Benavides Buleje y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Introducción: Los tumores carcinoides (TC) son los tumores neuroendocrinos más frecuentes. Los carcinoides del tracto gastrointestinal son poco frecuentes, suelen localizarse en el apéndice cecal y son frecuentemente un hallazgo casual en el estudio histológico de las piezas quirúrgicas. Suelen manifestarse con sintomatología inespecífica, lo que hace su estudio y diagnóstico difíciles. Su tratamiento depende del tamaño y características, si bien su pronóstico generalmente es bueno por su bajo grado de malignidad. El objetivo de este trabajo es revisar una serie de TC digestivos en nuestra institución.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes con TC digestivos tratados en nuestro hospital durante el periodo de 1997 a 2012. Se analizó: datos demográficos, localización y procedimiento quirúrgico realizado.

Resultados: Se identificaron 15 casos de TC localizados en el tracto GI durante este periodo. Edad media de presentación fue 49,1 años (rango 18-80), 9 mujeres (60%), 6 varones (40%). Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente: 7 de urgencia (46,7%) y 8 (53,3%) de forma electiva. La localización de los TC fue: apéndice ileocecal 7 casos, estómago 3 casos, intestino delgado 3 casos, ciego 1 caso y recto 1 caso. Se produjeron metástasis hepáticas en 2 de los pacientes. El procedimiento quirúrgico realizado fue apendicectomía 7 casos, gastrectomía total 1 caso, gastrectomía parcial 2 casos, resección segmentaria de intestino delgado en 2 casos, hemicolectomía derecha 2 casos, resección endoanal 1 caso. Hubo una muerte durante el seguimiento por progresión de la enfermedad y han sido controlados 14 pacientes.

Conclusiones: Los TC son las neoplasias más frecuentes del intestino delgado, si bien su localización habitual es el apéndice. Suelen diagnosticarse bien de forma causal tras el estudio de la pieza resecada, ya que el tumor habitualmente no ofrece sintomatología típica, bien mediante los métodos de imagen como endoscopia, ecoendoscopia, TAC y Ocreoscan, entre otros. El tratamiento consiste en la exéresis amplia del tumor primario. Los localizados en el apéndice, el tratamiento de elección es la apendicectomía; sólo ante infiltración del mesoapéndice o en tamaño superior a 2 cm es aconsejable una hemicolectomía derecha. En otras localizaciones el tratamiento está en función del tamaño, profundidad y localización. En los casos avanzados, se recomienda la cirugía del tumor primario y de sus metástasis si es posible, con un tratamiento adyuvante quimio, hormono y radioterápico si se precisa.

P-273. ADENOMUCINOSIS (PSEUDOMIXOMA PERITONEAL) ORIGINADO EN UN TERATOMA OVÁRICO CON FENOTIPO APENDICULAR (TEJIDO APENDICULAR ECTÓPICO OVÁRICO)

J.J. Motos Micó, A. Morales González, J. Torres Melero, A. Moreno Serrano, P. Moreno Marín, G. Verdejo Lucas, M. Felices Montes, M. Lorenzo Campos, D. Rodríguez Morillas, O. Fuentes Porcel y M. Vargas

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: Presentamos un caso de adenomucinosis (pseudomixoma peritoneal) de origen poco frecuente de neoplasia mucinosa apendicular desarrollada en teratoma maduro quístico ovárico

Caso clínico: Paciente mujer de 76 años con antecedentes de HTA, DM-ND, dislipemia y espondiloartrosis que es remitida a la Unidad de Cirugía Oncológica-Peritoneal-Carcinomatosis para valoración y tratamiento. Refiere una historia de 3 meses de dolor y distensión abdominal acompañado de náuseas, discreta pérdida de peso no cuantificada y anorexia. No había presentado vómitos, cambios en el hábito intestinal, disnea, fiebre, ni otros síntomas. A la exploración, presenta un abdomen extremadamente distendido, doloroso, a tensión, que le imposibilita adoptar cualquier postura, abdomen en bacratio, gelatinoso "jelly belly". Aporta ecografía que informa de gran tumoración mucinosa que ocupa toda la cavidad abdominal sin poder precisar su origen. No parece depender de apéndice vermiforme y se extiende hasta pelvis. En el TAC informa de gran masa abdominal que comprime las vísceras, probable pseudomixoma

peritoneal: tumor mucosecretor de ovario izquierdo. Se decide intervención quirúrgica realizando laparotomía y escisión de lesiones del peritoneo, retroperitoneo, epiplón, mesenterio y apéndices epiploicos. Presenta afectación de toda la cavidad abdominal, con salida de moco (PCI = 39). Marcadores tumorales en líquidos biológicos: CEA: > 10.000 ng/ml. CA 19.9: 9966. Se evacuaron 15 kg de material denso. El tratamiento quirúrgico realizado fue CRS (citorreducción completa) -que implicó 5 peritonectomías- y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipértérmica (HIPEC), -técnica Sugarbaker bidireccional-. La evolución postoperatoria transcurrió sin complicaciones. Alta hospitalaria fue dada al 12º día. Última revisión (18 meses post-op) libre de enfermedad. La AP definitiva fue de adenomucinosis originada sobre neoplasia mucinosa de bajo grado desarrollada en un teratoma quístico de ovario. Pseudomixoma peritoneal.

Discusión: Aunque la asociación de tumores mucinosos apendiculares o mucocoele con el pseudomixoma peritoneal ha sido descrita, el origen verdadero del pseudomixoma peritoneal en aquellas mujeres con tumores apendiculares simultáneamente con tumores ováricos ha tema de controversia. Los avances en la técnicas inmunohistoquímicas y moleculares genéticas han aportado pruebas convincentes de que el origen del PMP es un tumor mucinoso apendicular. Se ha sugerido que el PMP término debe ser utilizado para describir un síndrome clínico de ascitis mucinosa junto con el diagnóstico patológico de DPAM. Hay cuatro puntos importantes a considerar en el anterior caso. 1) El apéndice era macroscópicamente y microscópicamente normal, lo que sugiere un mucinoso ovárico primario tumoral. 2) La morfología y el inmunofenotipo del epitelio de revestimiento de los quistes mucinosos en el ovario sugirió un origen gastrointestinal (CK20 +/CK7). 3) La presencia de epitelio escamoso y apéndices de la piel en el ovario indicó la presencia de un teratoma quístico maduro. 4) Depósitos peritoneales mucinosos carecían de revestimiento mucinoso epitelio. Un neoplasma mucinoso apendicular se puede encontrar en casi todos los casos de DPAM/PMP con la notable excepción de los derivados del componente gastrointestinal de un teratoma quístico maduro. Los tumores primarios de ovario mucinoso son por lo general CK7 positiva y muestra de CK20 expresión variable, diferencia de los asociados con teratomas maduros, que tienen la CK20 +/CK7-phenotype. Consideramos la CRS+HIPEC como el tratamiento estándar del PMP.

P-274. ADENOCARCINOMA APENDICULAR PRIMARIO DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO

F.J. Guadarrama González, G.V. Zarzosa Hernández, A.P. Pérez Morera, T. Aramendi Sánchez, E. Crespo Vallejo, M.T. López Mendoza y J.B. Seoane González

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Introducción: La incidencia de AC primario de apéndice es de 0,12 por millón de habitantes. Se diagnostican en el 0,9-1,4% de las piezas de apendicetomía. Si el adenocarcinoma primario de apéndice (AC) es una patología muy rara que constituye menos del 0.5% de los todos los cánceres gastrointestinales; el tipo de células en anillo de sello es una excepcional rareza del que se han publicado pocos casos en la literatura. La presentación clínica es poco específica aunque el dolor abdominal en fosa iliaca derecha es el síntoma más común e indistinguible de una apendicitis aguda.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 61 años que consulta por dolor abdominal de carácter cólico de menos de 24 horas de evolución que no se acompañaba de náuseas, vómitos ni alteraciones del hábito intestinal. Como antecedentes de interés era alérgico a penicilina y derivados y había sido intervenido de coxartrosis, implantándose una prótesis de cadera hacia pocos días, por lo que continuaba con tratamiento antiinflamatorio. La exploración abdominal era anodina con dolor en flanco y fosa iliaca derechos sin signos de irritación peritoneal. Presentaba importante leucocitosis con desviación izquierda y elevación de reactivantes de fase aguda. Las radiografía simples de tórax y abdomen no evidenciaron hallazgos patológicos. Se realizó CT abdominal que informaba de la presencia de estructura tubular en posición retrocecal de aproximadamente 5 cm de longitud con un diámetro máximo de 2 cm con líquido libre alrededor y en gotiera derecha. Hallazgos compatibles con apendicitis aguda. El paciente fue intervenido vía laparoscópica evidenciándose una inflamación importante de la punta del apéndice en posición retrocecal con absceso adyacente. Se realizó apendicetomía reglada, lavado abundante de la cavidad abdominal y colocación de dren conectado a sistema de vacío. El paciente fue dado de alta al 5º día postoperatorio sin

incidencias. El informe anatomopatológico de la pieza describía marcada inflamación de la punta apendicular con extensión a través de todas las capas, alcanzando la serosa. En el resto de las secciones se observaba una infiltración difusa por células de morfología de anillo de sello PAS positivas, que infiltran toda la pared alcanzando la grasa periapendicular focalmente. En una de las secciones se observa mínimo foco de afectación mucosa, pero el predominio en a nivel de capa muscular y serosa. Citoqueratina AE1/AE3 +; KI 6/: 80%; cromogranina-; enolasa-; sinaptofisina-. Conclusión: adenocarcinoma de células en anillo de sello. Apendicitis aguda. Se procedió a pedir batería de pruebas diagnósticas para descartar otros orígenes del tumor. Se realizaron gastroscopia. Colonoscopia y estudio mamográfico siendo todos normales. Posteriormente se le realizó una hemicolectomía derecha por abordaje laparoscópico, no evidenciándose en la pieza de resección restos de enfermedad por lo que no se le administró terapia adyuvante por parte de oncología.

Discusión: La realización de una hemicolectomía derecha tras diagnosticarse un AC de células en anillo de sello primario de apéndice necesaria. La vía de abordaje laparoscópica sería de elección. La necesidad de tratamiento adyuvante quimio o radioterápico dependerá del estadio que haya alcanzado la enfermedad.

P-275. METÁSTASIS CUTÁNEAS DE CÁNCER DE RECTO

M. de Miguel Valencia¹, M. Fraile González², A. Yagüe Hernando², C. Díaz Chaveli², T. Abadía Forcén², F. Oteiza Martínez², M.A. Ciga Lorzano², P. Armendáriz Rubio², M. de Miguel Velasco², H. Ortiz Hurtado² y J.M. Lera Tricas²

¹Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ²Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

Introducción: El carcinoma colorrectal es un tumor que raramente origina metástasis cutáneas (4%) y cuando lo hace éstas suelen localizarse en zonas relativamente cercanas al tumor primario, siendo la diseminación cutánea por vía hematogénica muy poco frecuente. Presentamos el caso de un paciente con cáncer de recto, que tras la cirugía desarrolló metástasis cutáneas múltiples a distintos niveles, un evento extremadamente raro.

Caso clínico: Varón de 55 años, sin antecedentes de interés, estudiado por cuadro alteración del ritmo intestinal y rectorragias y diagnosticado mediante biopsia endoscópica de adenocarcinoma de tercio inferior de recto, bien diferenciado, de alto grado nuclear, con diferenciación mucinosa en menos del 50%, con estadiaje clínico-radiológico (TC y RNM) T3N2M0. El paciente se trató con radioquimioterapia neoadyuvante de ciclo largo con una dosis total de radioterapia de 50,4 Gy en dos fases durante 5 semanas, y de forma paralela con capecitabina vía oral a razón de 825 mg/m²/12h (1.650 mg/12h), cada 15 días. Posteriormente fue intervenido realizándose una amputación abdominoperineal extraelevador. El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue de adenocarcinoma mucinoso de recto de 1,5 cm, situado a 4,5 cm de margen anal, con bordes quirúrgicos proximal y distal sin tumor, margen de resección circunferencial a 20 mm del tumor y a 2 mm de una adenopatía metastatizada; el tumor sobrepasaba 2 mm la muscular propia y metastatizaba en 3 de los 10 ganglios aislados. La escisión del mesorrecto fue satisfactoria (en el plano mesorrectal) y del canal anal en el plano de los elevadores (ypT3bN1). Grado de regresión 3 de Mandard. Tras la cirugía el paciente recibió 6 ciclos de quimioterapia con capecitabina vía oral a razón de 2.000 mg/12h cada 21 días. A los 18 meses de la intervención el paciente advirtió la aparición progresiva de nódulos subcutáneos en frente, axila izquierda, pectoral, flanco izquierdo y extremidades inferiores. Mediante TC se corroboran múltiples imágenes nodulares subcutáneas localizadas en el área pectoral derecha, área axilar izquierda, pared abdominal anterior, flanco izquierdo y áreas glúteas, así como metástasis pulmonares y hepáticas. Se realizó exéresis-biopsia de uno de dichos nódulos subcutáneos en la región pectoral derecha con resultado anatomopatológico de metástasis subcutánea de adenocarcinoma bien diferenciado de recto. Se decidió tratamiento con CPT11-C225 que no llegó a recibir por fallecimiento.

Discusión: El cáncer colorrectal raramente origina metástasis cutáneas, y cuando las desarrolla suelen deberse a extensión directa o a implantación local durante la cirugía en las zonas de incisión o trócares. Las lesiones no presentan unas características específicas; generalmente son nódulos subcutáneos o intradérmicos de 1-2 cm, sin cambios epidérmicos, móviles, inicialmente asintomáticos que pueden crecer rápidamente y ulcerarse. Su desarrollo traduce un mal pronóstico, con una mediana de supervivencia tras el diagnóstico de 18 meses. Actualmente existen pocos

datos de la efectividad de las distintas modalidades de tratamiento, generalmente paliativo, mediante escisión local de la lesión y radioterapia.

P-276. METÁSTASIS INTRAMEDULARES MÚLTIPLES EN CÁNCER COLORRECTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Miñambres Cabañés, A.I. Pérez Zapata, I. Osorio Silla, M. Gutiérrez Samaniego, E. Bra Insa, I. Domínguez Sánchez, J. Alcalde Escribano, F. Sánchez-Bustos Cobaleda, P. Yuste García, M. Gutiérrez Andreu y F. Cruz Vigo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Las metástasis intramedulares son una forma poco frecuente de diseminación a distancia de cáncer. Suponen el 1-3% de todas las neoplasias de la médula espinal. Los tumores primarios más frecuentes son pulmón, mama, linfoma y melanoma.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 65 años intervenido de urgencia en 2005 por cáncer de la unión rectosigmoidea (pT3N0Mx), realizándose operación de Hartmann más quimioterapia posterior. Reinventenido en 2010 por carcinoma de recto (pT3N2A) realizándose amputación abdominoperineal, con quimioterapia y radioterapia posterior. En CT control en octubre de 2011 se observan metástasis pulmonares con recidiva pélvica de la enfermedad. En noviembre de 2011 comienza con cuadro de debilidad en miembros inferiores rápidamente progresiva hacia parálisis, asociado a anestesia hasta el ombligo y retención de orina. Se realiza RMN urgente donde se observan múltiples tumoraciones intradurales e intramedulares a lo largo de toda la médula espinal. Se desestimó al paciente para radioterapia por la gran extensión de las lesiones. Se comenzó con corticoides IV con lo que el paciente mejoró del dolor, pero no recuperó movilidad.

Discusión: Las metástasis intramedulares son muy infrecuentes pero su aparición está asociada a muy mal pronóstico. La RMN es la prueba princeps para el diagnóstico. El tratamiento es siempre paliativo, encaminado a mejorar la función neurológica. La radioterapia puede utilizarse como tratamiento único o como terapia adyuvante a la cirugía, si la lesión es resecable.

P-277. CARCINOMA EPIDERMÓIDE PERIESTOMAL: COMPLICACIÓN TARDÍA E INFRECUENTE

B. Tormos Tronqual, D. Roig, R. Saborit, R. Penalba, T. Pérez, V. Roselló, L. Minguet, J. Mallol y J. Aguiló

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Introducción: Las complicaciones tardías relacionadas con los estomas no son infrecuentes, llegando a describirse hasta en un 25% de los casos, requiriendo reintervención quirúrgica en un elevado porcentaje. Además de las relacionadas con el defecto de la pared abdominal y el propio estoma, se han descrito neoplasias cutáneas malignas "de novo" implantadas en la región periestomal, de tipo carcinoma escamoso o epidermoide, habiéndose hallado descritos sólo 5 casos en la literatura desde 1987 hasta 2012.

Caso clínico: Varón de 74 años, diabético no insulino dependiente, portador de ileostomía terminal en vacío derecho tras proctocolectomía programada hace 40 años por colitis ulcerosa, que acudió a nuestro Servicio de Urgencias por presentar lesión periestomal ulcerada de 3 meses de evolución. El paciente refería crecimiento progresivo de la lesión así como dolor, pese al tratamiento conservador dispensado en su Centro de Salud habitual. A la exploración física, destacaba una lesión ulcerosa de 2 x 3 cm de diámetro, de bordes indurados y sobreelevados, fondo friable y hemorrágico al tacto, extendiéndose hacia línea media desde el borde interno de implantación estomal. Se tomaron biopsias incisionales, siendo el estudio anatomopatológico informado de carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado. Se completó el estudio de extensión mediante Tomografía computarizada, evidenciando enfermedad localizada en pared abdominal, sin signos de diseminación regional o a distancia. Se decidió intervención quirúrgica, practicando resección en bloque de la pared abdominal afecta, incluyendo el estoma, con reubicación de éste y reconstrucción parietal precisando la utilización de material protésico. Actualmente, se encuentra pendiente el resultado anatomopatológico definitivo.

Discusión: Aunque infrecuentes en la región periestomal, los carcinomas epidermoides se han descrito como complicaciones tardías de las ileostomías terminales, la mayoría practicadas tras proctocolectomía por colitis

ulcerosa. Se han asociado a lesiones dérmicas previas en la zona afecta por la neoplasia (tipo dermatitis y úlceras crónicas), secundarias a ileostomías con alto débito y/o dispositivos de recolección inadecuados. Una vez diagnosticado el tumor, el tratamiento recomendado es la resección en bloque con reubicación del estoma, pudiéndose administrar radioterapia adyuvante, según la estadificación tumoral definitiva. Aunque las neoplasias periestomales son una complicación infrecuente y tardía en los pacientes portadores de estas derivaciones digestivas, deberemos tener en cuenta dicho diagnóstico ante la presencia de lesiones excrecentes o ulceradas de crecimiento progresivo o evolución tórpida pese al tratamiento conservador indicado, debiendo realizar múltiples biopsias para la exclusión de malignidad.

P-278. LEISHMANIA COMO CAUSA EXCEPCIONAL DE ABSCESO PERIANAL

M. Ruiz López, T. Prieto Puga, I. González Poveda, J. Carrasco Campos, J.A. Toval Mata, L. Flores Sirvent, S. Mera Velasco y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La leishmaniosis es una infección causada por un protozoo. Existen tres formas de manifestarse visceral, mucosa y cutánea. Presentamos un caso de absceso perianal cuyo origen es una leishmaniasis.

Caso clínico: Varón de 59 años con antecedentes de diabetes mellitus y portador del factor V de Leiden. Sin antecedentes de viajes. Acude tras presentar un absceso perianal, con fístula y un orificio externo a las 7. Se realiza fistulectomía parcial y colocación de setón de drenaje en un orificio interno localizado a las 12 en canal anal alto. El trayecto fistuloso extirpado se envía a estudio anatomopatológico. El paciente es alta en 24 horas sin incidencias. El resultado anatomopatológico informa de mucosa anal con leishmaniasis en un estudio realizado con PCR y RFLP. Remitido al servicio de enfermedades infecciosas para estudio, confirman serología positiva IgG 1/40 y una PCR de 9,7, concluyen que se trata de un caso de picadura esporádica de mosquito, sin afectación de otros órganos u otra zona de piel.

Discusión: La leishmania cutánea se caracteriza por la aparición de uno o varios nódulos eritematosos en el lugar de la picadura, que suelen ser zonas de piel expuestas. Característicamente cicatrizan de forma lenta. La forma mucosa se localiza en nariz, cavidad oral, faringe y laringe. El diagnóstico diferencial se realiza con tuberculosis, infecciones bacterianas, cáncer cutáneo, sarcoidosis, sífilis y lepra. La mayor parte de la leishmaniasis cutánea cura de forma espontánea, el tratamiento acelera la mejoría. En la metabúsqueda realizada, hemos encontrado dos casos de afectación perianal, uno un enfermo VIH con pancitopenia, el segundo un paciente también con pancitopenia y que había visitado Portugal y Malta. En aquellas lesiones perianales en las que la cicatrización está enlentecida, creemos importante tener en cuenta la leishmaniasis como diagnóstico diferencial junto con otras entidades más comunes.

P-279. COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA: MÁS DE UNA ETIOLOGÍA

S. Ros, F. Vilardell, M. Santamaría, C. Artigas, J.A. Baena, J. Melé, C. Mías, M.C. de la Fuente y J. Olsina

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Presentamos un caso infrecuente y mortal de colitis pseudomembranosa, revisando su diagnóstico y tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: Mujer de 69 años de edad a la que se había practicado ooforectomía laparoscópica por quiste de ovario benigno sin administración de antibióticos. Presentación de diarrea al 2º día y persistencia de la misma, siendo diagnosticada por TAC de colitis y por colonoscopia y biopsias de colitis pseudomembranosa. Coprocultivos y detección en heces de toxina A y B para *C. difficile* negativos. Se instaura tratamiento médico con metronidazol y soporte nutricional, con aparente mejoría en los primeros días. Posteriormente evolución tórpida, presentando megacolon, por lo que se decide colectomía subtotal y ileostomía terminal. Postoperatorio inmediato en UCI para soporte hemodinámico. A los tres días hemorragia digestiva alta (HDA) y necrosis progresiva de la ileostomía, por lo que se hace gastroscopia evidenciando necrosis parcial de zonas de mucosa de esófago y estómago. La enferma entra en fallo multisistémico siendo exitus. En el análisis histopatológico de la pieza resecada se detec-

tó citomegalovirus (CMV). La paciente era inmunocompetente, con serología negativa para HIV.

Discusión: No todas las colitis pseudomembranosa están causadas por *C. difficile* y se relacionan con el uso de antibióticos. Aunque el CMV es una causa también de colitis pseudomembranosa, este es el primer caso que hemos encontrado en la literatura que se dé en un enfermo inmunocompetente.

P-280. ANISAKIASIS INTESTINAL

E. Colmenarejo García, I. García Sanz, E. Martín Pérez, S. Salido Fernández, J. Gómez Ramírez, G. Fernández Díaz, J.L. Muñoz de Nova, M. Posada González, A. Rodríguez Sánchez, M.D.M. Naranjo Lozano y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La anisakiasis es una enfermedad causada por la parasitación del hombre por la larva del anisakis, que se produce tras la ingesta de pescado crudo o poco cocinado, cada vez más popularizado en los países occidentales, aumentando los casos de anisakiasis, no sólo en la forma de afectación gástrica, sino también en la intestinal, más rara. Una buena historia clínica, indagando en la toma de pescado crudo o poco cocinado puede orientarnos a un cuadro causado por este nematodo. Presentamos 6 casos de anisakiasis con afectación de intestino delgado.

Casos clínicos: Entre octubre de 2001 y octubre de 2011 se han intervenido en nuestro servicio 6 casos de anisakiasis intestinal. 5 casos referían ingesta de boquerones en vinagre en los días previos y 1 de ellos episodios previos de urticaria con la toma de boquerones. 5 de los casos se presentaron como un cuadro de obstrucción intestinal y uno de ellos como hemorragia digestiva masiva. En 4 casos se realizó TC abdominal y en uno de ellos una arteriografía. Al ingreso 4 de ellos presentaron eosinofilia, pero la determinación de IgE (total y específica) y Prick test fueron positivos en todos los casos. A los 6 pacientes se les realizó resección del segmento de intestino delgado afecto. En el estudio anatomopatológico se objetivó en los casos de obstrucción enteritis eosinofílica con intenso infiltrado inflamatorio, siendo posible aislar la larva de anisakis penetrando en la mucosa en 2 de los casos y en el caso de la hemorragia digestiva se apreció un granuloma eosinófilo. Todos los pacientes continúan asintomáticos tras la intervención quirúrgica.

Discusión: La anisakiasis es una enfermedad infradiagnosticada cuya incidencia está aumentando en los últimos años debido a los nuevos estilos alimentarios y que hay que tener en cuenta en los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo y obstrucción intestinal, siendo imprescindible indagar sobre la toma de pescado crudo o poco cocinado previo al cuadro. El diagnóstico de certeza requiere la visualización de la larva. El mejor tratamiento es la prevención (congelar el pescado a -20 °C durante 24 horas o más o cocinarlo a más de 60 °C). La resección intestinal es curativa, pero en caso de obstrucción intestinal es aconsejable comenzar con medidas conservadoras. La eficacia de corticoides y antihelmínticos aún no está probada.

P-281. CASO DE UNA MUJER TRANSPORTADORA DE BOLAS DE COCAÍNA EN EL INTESTINO (BODY PACKER) Y SU CRÍTICA EVOLUCIÓN

R. Santos Rancaño, G. Sanz Ortega, R. Sanz López, L. Rodríguez, S. Cárdenas, F. Jiménez, O. Cano, E. Arrúe y J. Cerdán

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Existen sujetos portadores de cuerpos extraños intrabdominales (envoltorios de látex, goma o celofán con diversas drogas) para contrabando denominados Body Packer ("mula" o "culero"). Los paquetes son introducidos vía oral, rectal y/o vaginal y su incidencia es difícil de conocer porque frecuentemente pasan desapercibidos.

Caso clínico: Mujer obesa de 47 años, acude por dolor abdominal y vómitos de 3 días de evolución. A su llegada presenta taquicardia, hipotermia, acidosis metabólica hiperlactacidémica y leucocitosis. El CT abdominal muestra neumoperitoneo y múltiples cuerpos extraños en todo el colon. Se decide cirugía urgente, hallándose una necrosis de rectosigma y colon izquierdo, con peritonitis fecaloidea y 68 cuerpos extraños libres en cavidad abdominal. Se realizó hemicolectomía izquierda y colostomía en hipocóndrio derecho, dejando una laparostomía abierta. La evolución de la paciente fue tórpida, precisando tres intervenciones más por abscesos

intrabdominales. Posteriormente la evolución fue lenta pero favorable y se dio de alta tras 87 días de ingreso. En un ingreso posterior, se realizó reconstrucción del tránsito que cursó sin incidencias.

Discusión: La detección de los paquetes y comprobación de su extracción se hará con una RX simple de abdomen debiendo usar el CT abdominal en caso de imágenes dudosas. Los pacientes que no presentan complicaciones se manejan conservadoramente. Es indicación de cirugía urgente la intoxicación aguda, la obstrucción gastrointestinal o la perforación. Aunque no hay criterios universales sobre esto, ni sobre la técnica a emplear, un 5-20% de los pacientes que llegan al hospital precisa enterotomías, resección intestinal, colectomía, Hartmann, etc. En conclusión: 1) La perforación complicada con peritonitis, intoxicación aguda u obstrucción intestinal exigen la realización de una laparotomía urgente. 2) Se debe realizar una cirugía individualizada en cada caso. 3) La situación de los pacientes que requieren cirugía puede ser crítica y su evolución muy tórpida como en el caso que describimos.

P-282. TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

J. Pérez Legaz, J. Bravo, A. Tomás Gómez, A. Sánchez Romero, L. Campos y P. Serrano

Hospital del Vinalopó, Elche.

Introducción: El objetivo de este estudio es evaluar la eficiencia y la seguridad del tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada en un grupo seleccionado de pacientes.

Material y métodos: Estudio prospectivo. Se diagnosticó a 38 pacientes de diverticulitis aguda no complicada, pero 5 presentaban algún criterio de exclusión por lo que fueron incluidos 33 (20 varones/13 mujeres) pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada o Hinchey I estables clínicamente durante el periodo mayo 2010-enero 2012. Se excluyó del estudio a aquellos pacientes que no toleraban ingesta oral, inmunodeprimidos, comorbilidad asociada o casos de sepsis grave. El tratamiento ambulatorio consistió en antibióticos vía oral (ciprofloxacino 500 mg/12h y metronidazol 500 mg/8h) durante 10 días. Además se indicó dieta líquida durante 3 días, dieta pobre en residuos a partir del cuarto día y paracetamol 1 g/6h. Se compararon los costes económicos de los pacientes tratados ambulatoriamente con episodios que requirieron ingreso hospitalario. Se llevó a cabo control clínico en Consultas externas al cuarto, séptimo día y al mes con realización de colonoscopia.

Resultados: La edad media fue de 53.70 (14.6). La presentación clínica más frecuente fue dolor abdominal espontáneo asociado a leucocitosis. Tres pacientes (9,09%) precisaron ingreso para tratamiento ATB iv y uno de ellos fue intervenido de urgencia (intervención de Hartman). Treinta pacientes (91%) completaron el tratamiento sin complicaciones. Durante el seguimiento se diagnosticaron cinco casos de poliposis colónica y no se diagnosticó ningún caso de adenocarcinoma de colon.

Conclusiones: El tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada ha demostrado ser seguro y eficaz en la mayoría de los pacientes de nuestro estudio, consiguiendo una importante reducción de la estancia hospitalaria y una minimización de los costes.

P-283. INTUSUSCEPCIÓN ILEAL

A.B. Bustos Merlo, C. San Miguel Méndez, J. Valdivia Risco, F. Huertas Peña, P. Palma Carazo y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: La invaginación intestinal es un proceso frecuente en la infancia, pero únicamente el 5% de los casos ocurren en el adulto. Representan del 1-5% de los casos de obstrucción intestinal. La forma de presentación en el adulto suele ser subaguda o crónica con una clínica inespecífica; siendo la obstrucción intestinal mecánica excepcional. La tomografía computarizada posee una extraordinaria sensibilidad en el diagnóstico, especialmente en casos crónicos al identificar el intestino invaginado rodeado de grasa mesentérica, pudiendo incluso apreciarse los vasos mesentéricos en el interior del segmento invaginante.

Caso clínico: Paciente de 75 años, sin antecedentes relevantes, que acude a Urgencias con cuadro de obstrucción intestinal: vómitos alimenticios, anorexia y pérdida de peso de un mes y medio de evolución. En tomografía computarizada, se describe dilatación de asas de intestino delgado y

estómago junto imagen en "donnuts" en FID compatible con invaginación ileo-cecal. Se decidió laparotomía media infraumbilical, evidenciándose dilatación importante de intestino delgado desde ángulo de Treitz hasta zona de transición secundaria a tumoración intraluminal, ocasionando una intususcepción ileo-ileal. Se hallaron múltiples adenopatías en omento mayor, meso y en zona de invaginación. Se realizó una resección intestinal, incluyendo zona de tumoración, y anastomosis laterolateral mecánica. Se enviaron muestra de adenopatías para analizar. Los resultados de Anatomía Patológica informaron finalmente de la presencia de un linfoma B difuso de células grandes. Postoperatorio favorable; el paciente en el momento actual se encuentra asintomático, tolerando ingesta oral. Tras obtención de resultados de Anatomía Patológica, recibió poliquimioterapia con buena respuesta.

Discusión: El tratamiento de elección de la intususcepción intestinal en los adultos es la resección quirúrgica, dado que en el adulto casi siempre existe causa orgánica (80-90%) que actúa como cabeza de invaginación. Suelen tratarse de tumores benignos en caso de invaginaciones de intestino delgado; al contrario que las tumoraciones de origen colónico en las que predomina el adenocarcinoma como causa de intususcepción. Los tumores malignos, adenocarcinoma o linfoma, que asientan sobre la válvula ileocecal representan la causa más frecuente (65%). En el caso de tumoraciones malignas, se realiza una amplia resección intestinal incluyendo el mesenterio adyacente a los ganglios regionales seguida de quimioterapia como tratamiento neoadyuvante según las características del tumor.

P-284. MALROTACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

M. García Nebreda, E. Álvaro Cifuentes, R. Sanabria Mateos, C. Alegre Torrado, S. García Aroz, I. Justo Alonso, N. Fakihi Gómez, O. Caso Maestro, F. Cambra Molero, A. Manrique Mucio y C. Jiménez Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La malrotación intestinal (MI) se define como la rotación y la fijación anómalas del segmento medio del intestino durante el desarrollo fetal. Se estima una incidencia de 1/200 a 1/500 nacimientos, cursando de manera sintomática en 1/6.000 casos. El cuadro clínico más frecuente se da en el primer mes de vida presentándose de manera aguda y potencialmente grave. Su incidencia en el adulto es desconocida cursando frecuentemente de manera asintomática, diagnosticándose de manera casual. Sin embargo, un pequeño porcentaje de casos en la edad adulta se manifiestan como un cuadro agudo potencialmente grave. Descripción de un caso clínico de MI en el adulto, y su manejo, tanto diagnóstico como terapéutico.

Caso clínico: Paciente mujer de 84 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias por un cuadro de tres días de evolución de malestar general con disminución del tránsito gastrointestinal asociado a un episodio de hematemesis. Analíticamente destacaba una discreta leucocitosis con neutrofilia. Se realizó TC urgente donde se observaron asas de intestino delgado dilatadas y agrupadas en hemiabdomen derecho. Secundariamente existía desplazamiento medial del colon izquierdo y ciego, con imagen de giro de los vasos mesentéricos en flanco derecho. Ante estos hallazgos se decidió realizar laparotomía urgente objetivándose asas de intestino delgado localizadas en hemiabdomen derecho y adherencias visceroparietales, volvulación de colon derecho con signos de sufrimiento que recuperaron aspecto normal tras la devolvulación completa. Se realiza además pexia de ciego y colon derecho. El postoperatorio fue favorable, únicamente destacar íleo posquirúrgico que cedió con tratamiento conservador.

Discusión: Las malposiciones intestinales son una causa importante de morbilidad en niños y menos frecuentemente en adultos. El intestino experimenta una rotación de 270° en sentido contrario a las agujas del reloj durante el desarrollo embrionario. Podemos clasificar las malposiciones en tres tipos: rotación inversa, rotación incompleta y no-rotación, siendo ésta última la más frecuente en adultos y pudiéndose considerar sinónimo de MI. En el adulto la MI es de difícil diagnóstico por su escasa sospecha clínica, tratándose de un hallazgo la mayoría de las veces, pero en ocasiones cursa con cuadro de obstrucción intestinal, que hay que tratar de manera urgente. Para su diagnóstico actualmente el "gold estándar" es la tomografía computarizada habiendo desplazado al tránsito con contraste. Si la situación clínica lo permite es preferible la cirugía diferida tras un estudio completo de la anatomía abdominal.

P-285. UN RARO CASO DE OCLUSIÓN INTESTINAL POR BEZOARES SIMULANDO UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

O. Rozo Coronel, J.A. Alcázar, I. Jiménez, L. Cosido, A. Sánchez, L. Ortega, R. del Olmo y L. Muñoz Bellvis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: Bezoar es un cuerpo extraño constituido por material ingerido no digerido, acumulado en el tracto gastrointestinal, y que según su composición se clasifica como fitobezoar, tricobezoar, lactobezoar y farmacobezoar. Son causa poco frecuente de oclusión intestinal con escasos casos enumerados en la literatura. Algunos factores predisponentes para su desarrollo son: trastornos emocionales o retraso mental, masticación insuficiente, ingestión de determinados alimentos, defectos en el vaciamiento gástrico, cirugía gastrointestinal, distrofia muscular y neuropatía alcohólica, hipoactividad intestinal, y el uso de opiáceos, anticolinérgicos y/o narcóticos concomitantes. Los síntomas son variables; en íleon producen cuadros subocclusivos u oclusivos acompañados de hematoquecias, dolor en FID y masa palpable, que en pacientes con diagnóstico previo de EII tipo Crohn podrían confundirse con brotes agudos. Describimos un caso de oclusión intestinal secundario a múltiples fitobezoares que por su clínica, y estudios complementarios simularon un brote de EII en un paciente con sospecha de enfermedad de Crohn.

Caso clínico: Paciente varón de 42 años con enfermedad Scheuermann tratado por dolor crónico con morfínicos y benzodiacepinas, con hipodondia parcial de origen no especificado, sospecha de enfermedad de Crohn (clínica y endoscópica, con anatomías patológicas previas no compatibles desde hace 1 año y medio), que ingresó por cuadro de 2 días de fiebre, dolor abdominal en mesogastrio y en FID, asociado a distensión, náuseas y vómitos biliosos, ausencia de tránsito para gases y heces. Los marcadores inflamatorios con ligera elevación y su estudio inicial fue dirigido a descartar un brote agudo de EII tipo Crohn. La radiografía de abdomen mostró imágenes compatibles con cuadro obstructivo, y la resonancia magnética mostró imagen en íleon sugestiva de intususcepción con sufrimiento intestinal. La laparotomía exploradora reveló una oclusión intestinal producida por fitobezoares distribuidos en aproximadamente 1 m de íleon y extraídos por enterotomía.

Discusión: El fitobezoar es una causa poco frecuente de oclusión intestinal, pero es necesario considerarlos en el diagnóstico diferencial de pacientes con factores predisponentes que aumentan el riesgo de provocarlos, como se evidencia en el escaso pero bien documentado número de casos que existen en la literatura. Su diagnóstico clínico es difícil al presentar un comportamiento clínico variable, ocasionalmente confuso y con hallazgos generalmente inespecíficos en las pruebas de imagen, por lo que es común que el diagnóstico sea quirúrgico (sobre todo cuando se localizan en tramos finales del intestino delgado). Esta variabilidad clínica determina que en los pacientes con las características antes expuestas se deban tener en cuenta, para el diagnóstico diferencial de ciertas entidades clínicas como la EII, fundamentalmente cuando el comportamiento y respuesta al tratamiento de las mismas no sea el esperado.

P-286. ENFERMEDAD DIVERTICULAR AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F.G. Onieva González¹, M.J. Matito Díaz¹, D. López Guerra¹, J. Márquez Rojas², J. Santos Naharro¹, M. Gil Santos³, M. Arribas Jurado¹, I. Gallarín Salamanca¹, I.G. Paredes Chambi¹, M.T. Espín Jaime¹ y J. Salas Martínez¹

¹Hospital Infanta Cristina, Badajoz. ²Hospital San Pedro Alcántara, Cáceres.

³Hospital de San Juan, Alicante.

Introducción: La enfermedad diverticular del colon es una patología frecuente, caracterizada por presentarse en forma de episodios recurrentes de dolor abdominal y con complicaciones como la diverticulitis aguda, entidad que requiere ingreso hospitalario y en ocasiones, tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Entre los años 2007-2011, se han tratado en la Unidad de Coloproctología de nuestro hospital un total de 202 pacientes afectados de enfermedad diverticular aguda. Se lleva un análisis de dichos pacientes, analizando su demografía, forma de diagnóstico, así como la terapéutica llevada a cabo. Para ello se recogen los datos de manera retrospectiva, de aquellos pacientes que padecen enfermedad diverticular aguda, utilizándose el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: El 62% eran hombres, con una edad media de la muestra de 55 ± 20 años. El 25% de los pacientes ya tenían antecedentes de cuadros diverticulares agudos anteriores. Más del 90% presentaron dolor abd, con una mediana de días de 2,5, el 38,9% presentaron fiebre y un 33,3% náuseas o vómitos en el momento del diagnóstico. En el 52,7%, se realizó el diagnóstico sólo con TAC abc, y en un 40,4%, ECO abd + TAC abd; en éstos últimos, hubo concordancia entre ambas pruebas en el 43,31%. En la mayoría de los pacientes, la diverticulitis se localizó en el rectosigmo. En el 14%, se llevó a cabo cirugía de urgencias, realizándose en el 8,7% intervención de Hartmann. El índice de masa corporal (IMC) medio fue del $28,21 \pm 5,37 \text{ kg/m}^2$, estando en $26,26 \pm 3,96 \text{ kg/m}^2$ en aquellos pacientes que tenía antecedentes de diverticulitis y en $29,07 \pm 6,10 \text{ kg/m}^2$ en aquellos sin antecedentes, no existiendo significación estadística entre ellos ($p = 0,19$); tampoco hubo diferencias significativas entre el IMC de los pacientes intervenidos de urgencias frente a los tratados de forma conservadora ($25,66 \pm 5,12$ vs $28,51 \pm 5,39 \text{ kg/m}^2$, $p = 0,3$). La estancia media global resultó ser 10 ± 11 días, siendo la estancia media para los no operados de 7 ± 4 días.

Conclusiones: La patogénesis de la diverticulosis colónica está aún por determinar. Existen estudios en los que se relaciona el índice de masa corporal y la frecuencia de diverticulitis, siendo ésta más frecuente en pacientes con mayor IMC, sin embargo, no se ha demostrado asociación entre el IMC y la tasa de complicaciones o la localización del episodio diverticular agudo. El procedimiento diagnóstico de elección es el TAC abdominal por su gran utilidad para determinar el estadio de la enfermedad, y algunos estudios han demostrado que el estadije por TAC ayuda a predecir un pobre resultado tras tratamiento médico en el primer episodio. Las exacerbaciones agudas de esta enfermedad normalmente son tratadas de manera multimodal, con cambios dietéticos, tratamiento antibiótico o incluso tratamiento quirúrgico. El valor de los antibióticos en el tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada no está bien establecido, en la actualidad no hay evidencia de la administración rutinaria de antibióticos en estos casos, aunque algunas guías lo recomiendan. La cirugía electiva debería ser considerada en aquellos pacientes con síntomas residuales que no han respondido al tratamiento conservador.

P-287. SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS: UNA CAUSA DE INVAGINACIÓN INTESTINAL RECURRENTE EN EL ADULTO

M. Posada González, J. Gómez Ramírez, A. Rodríguez Sánchez, M.D.M. Naranjo Lozano, S. Salido Fernández, M.D.M. Achalandabaso Boira, J.L. Muñoz de Nova, F.E. Viamontes Ugalde, I. García Sanz, E. Martín Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La invaginación intestinal es la causa de menos del 1% de las obstrucciones intestinales del adulto. El 90% tienen una causa patológica desencadenante como pueden ser tumores, suturas o pólipos intestinales, lo que condiciona un enfoque terapéutico distinto al de los niños. Presentamos un caso de invaginación intestinal recurrente en una paciente con síndrome de Peutz-Jeghers.

Caso clínico: Mujer de 24 años con antecedentes de intervención por comunicación auricular en la infancia, poliposis de Peutz-Jeghers con varias resecciones endoscópicas de pólipos intestinales y tres intervenciones quirúrgicas por invaginación intestinal sobre pólipos, una de ellas con resección intestinal. Acude a urgencias por dolor abdominal, náuseas y vómitos. No se apreciaron alteraciones analíticas relevantes. La radiografía de abdomen mostró dilatación de asas de intestino delgado, todo ello compatible con un cuadro de obstrucción intestinal. Se realizó un TC abdominal en el que se observa una invaginación a nivel de yeyuno y dilatación de intestino delgado proximal. Dados los antecedentes de la paciente y su mala evolución con tratamiento conservador en los episodios previos, se decide intervención quirúrgica urgente. Durante la laparotomía se objetivó una invaginación intestinal en un segmento yeyunal sobre un pólipo intraluminal de gran tamaño. Al explorar el resto del intestino delgado se palpa otro pólipo intraluminal de menor tamaño en íleon. Dado que la paciente ya tenía varias cirugías previas, y no se apreciaron signos de sufrimiento intestinal, se decide realizar enterotomía y extirpación de los pólipos en su base. El estudio anatomopatológico definitivo confirmó el diagnóstico de pólipos de Peutz-Jeghers. El postoperatorio fue favorable y la paciente recibió el alta sin incidencias.

Discusión: A diferencia de la infancia, la invaginación intestinal es una entidad de presentación poco frecuente en adultos. También la etiología

muestra claras diferencias, mientras que en niños es generalmente idiopática, en adultos suele deberse a causas orgánicas, la más frecuente son las neoplasias (66%), algunas de ellas tumores benignos o pólipos, como el Síndrome de Peutz-Jeghers. Clínicamente se comporta como un cuadro de obstrucción intestinal alta, ya que entre el 75 y 80% asientan en intestino delgado, siendo la invaginación yeyuno-yeyunal las más frecuente en esta localización. En cuanto al diagnóstico, la radiografía convencional confirma la obstrucción pero no aclara la etiología. En la ecografía abdominal se puede observar una imagen en diana o "donut", pero es la TC abdominal con contraste oral e intravenoso la técnica diagnóstica de elección, ya que en ocasiones permite identificar la causa de la invaginación. Dado que la mayor parte son secundarias a causa orgánica, el tratamiento de elección es la cirugía de cara al tratamiento definitivo de la causa.

P-288. INGRESOS POR DIVERTICULITIS AGUDA COLÓNICA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA. EVOLUCIÓN A 5 AÑOS

I. Talal El-Abur, M. del Campo Lavilla, P. Riverola Aso, M. Beltrán Martos, J.L. Moya Andía, S. Saudí Moro, L. Ligorred Padilla, A. Martínez Germán, V. Borrego Estella, A. Monzón Abad y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La enfermedad diverticular colónica es una patología con elevada frecuencia en población general que se incrementa con la edad, llegando hasta el 65% en pacientes de más de 80 años. Entre 10-25% de las diverticulosis progresan a diverticulitis, de las cuales entre el 10-20% requerirán tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que analiza la evolución de todos los pacientes ingresados en nuestro hospital por diverticulitis aguda entre enero 2007 y enero 2012, incluyendo tanto primeros episodios como sucesivos.

Resultados: Durante el periodo estudiado ingresaron 407 pacientes con el diagnóstico de diverticulitis aguda, 188 hombres y 219 mujeres con una edad media de 67,33 años. En términos radiológicos, el 74,2% fue Hinchey I, 12,04% Hinchey II, 7,37% Hinchey III y 6,39% Hinchey IV. En el 68,3% el tratamiento fue médico mientras que en el 31,7% fue quirúrgico-invasivo, siendo 11 casos tratados mediante drenaje percutáneo. Se indicó cirugía urgente en el 62% de los que recibieron tratamiento quirúrgico, siendo en el 60% el primer episodio y la técnica quirúrgica más empleada la sigmoidectomía con colostomía terminal (intervención de Hartmann, 63,75%); al 43,14% se realizó el cierre de colostomía durante el periodo de estudio. La causa más frecuente de cirugía urgente fue la perforación diverticular (68,75%, en 4 de ellos tras colonoscopia), seguido de la oclusión intestinal. Se realizó cirugía electiva en el 38% siendo el principal motivo haber presentado más de 2 episodios agudos y siendo la técnica quirúrgica más empleada la sigmoidectomía. Complicaciones postoperatorias en el 34,88%; la más frecuente el absceso intra-abdominal (13,95%) con una incidencia levemente superior en los urgentes, seguida de cerca por la infección de herida quirúrgica y las complicaciones médicas, ambas con similar incidencia. En 12 casos se diagnosticaron neoplasias de colon sincrónicas. Mortalidad global de la serie 7,62%, incrementándose al 18,75% en los intervenidos de forma urgente.

Conclusiones: En episodio agudo, la indicación quirúrgica incluye estadio V de Minesota (Hinchey III-IV) y abscesos refractarios a tratamiento médico/drenaje percutáneo. Se obtuvieron resultados similares a las series publicadas.

P-289. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL EQUIVALENTE DE ÍLEO MECONIAL EN EL ADULTO

J.G. García Schiever, B. Láiz Díez, M. Pérez-Seoane de Zunzunegui, A. Sánchez Ramos, N. Farhangmehr Setayeshi, L. de Gregorio Muñoz, A. García Pavía, J.L. Lucena de la Poza, L.E. Giménez Alvira y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Introducción y objetivos: El equivalente de íleo meconial consiste en la impactación en el intestino delgado distal de material intestinal en pacientes con fibrosis quística. El manejo de este cuadro es, de inicio, conservador, reservando el tratamiento quirúrgico para casos de fracaso del mismo. A propósito de 2 casos, revisamos el manejo de este cuadro clínico.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 21 años con fibrosis quística diagnosticada a los 3 meses. Afectación pulmonar y pancreática extensas. Trasplante

pulmonar bilateral en 2002. Retrasplante unilateral izquierdo en 2006 por rechazo crónico. Instauración de equivalente de íleo meconial. Tratamiento conservador durante 8 días, no efectivo. Tratamiento quirúrgico: apendicectomía y extracción de material intestinal a través de la base apendicular. Caso 2: Varón de 20 años con fibrosis quística diagnosticada a los 2 meses. Afectación pulmonar, pancreática y digestiva extensas. En lista de espera para trasplante pulmonar bilateral. Episodio de equivalente de íleo meconial sin factor precipitante de 48 horas de evolución. Tratamiento conservador durante 24 horas. Tratamiento quirúrgico: devolución de asas de intestino delgado, enterotomía y extracción de material intestinal. Caso 1: recuperación del tránsito intestinal al 12º día postoperatorio. Mala evolución clínica con fracaso multiorgánico y exitus al 20º día postoperatorio. Caso 2: complicaciones respiratorias y exitus el 15º día postoperatorio.

Discusión: El equivalente de íleo meconial es un cuadro de obstrucción intestinal típico de los pacientes adultos con fibrosis quística. Se presenta bien como obstrucción intestinal aguda o como un cuadro progresivo de distensión abdominal. El tratamiento inicial se basa en la colocación de sonda nasogástrica, rehidratación y administración oral o por sonda nasogástrica de Gastrografin®, N-acetilcisteína y aceites minerales. En ocasiones se administran en forma de enema. Se realiza seguimiento con radiología simple de abdomen. El fracaso del tratamiento conservador es indicación de tratamiento quirúrgico y su objetivo es la desimpactación del material fecal, bien de forma manual hacia el colon o bien al exterior mediante enterotomía. Ninguna técnica ha demostrado mejores resultados.

P-290. DIVERTÍCULO DE MECKEL CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA GRAVE

J. Álvarez Medialdea, C. Pérez Alberca, M. Balbuena, J. Falckenheiner, A. Martínez Vieira, R. Jiménez, A. Camacho Ramírez, C. de la Vega Olias y A. Calvo Durán

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Objetivos: Presentar el caso de una paciente que presenta inestabilidad hemodinámica severa secundaria al sangrado activo de un divertículo de Meckel.

Caso clínico: Paciente de 28 años que es trasladada por DCCU al Servicio de Urgencias de este Centro tras presentar episodio de rectorragia franca y cuadro sincopal, dicha clínica viene precedida de tenesmo rectal y molestias abdominales. Sin antecedentes personales de interés. A su llegada la paciente se halla consciente, orientada y colaboradora. Buen estado de nutrición e hidratación. Bien perfundida aunque con palidez mucocutánea. Eupneica. EL abdomen es blando y depresible, sin masas ni megalias. No dolor, no defensa abdominal ni signos irritativos. Peristaltismo conservado. En región anal se observan restos hemáticos de sangre roja fresca sin otros hallazgos relevantes. La paciente pasa a observación donde se mantiene estable y con una hemoglobina de 10 g/dl, se propone para colonoscopia que resulta incompleta al encontrar restos hemáticos a 40 cm del recto. Tras ello presenta nuevo episodio de rectorragia franca y la hemoglobina desciende a 6 g/dl por lo que se transfunden concentrados de hematíes e ingresa en UCI. En angioTAC y nueva colonoscopia no se evidencian zonas de sangrado activo. Se decide intervención quirúrgica pero antes de la misma presenta un nuevo episodio de rectorragia masiva con deterioro hemodinámico que requiere de sueroterapia intensiva y transfusión de concentrados de hematíes. Se realiza intervención urgente. Se practica laparotomía media. Se revisan asas de delgado que presentan contenido hemático. A nivel de íleon se observa divertículo con engrosamiento mucoso, no otros hallazgos. Se realiza resección de delgado englobando la formación diverticular y reconstrucción con anastomosis mecánica latero-lateral isoperistáltica. Tras ello la paciente presenta una evolución favorable siendo dada de alta a los seis días de la intervención. La anatomía patológica se informa como divertículo de Meckel.

Discusión: La mayoría de los Meckel son asintomáticos. Las manifestaciones clínicas suelen estar relacionadas con sus complicaciones: hemorragia digestiva, obstrucción intestinal, diverticulitis y neoplasia. El divertículo de Meckel es una causa de hemorragia digestiva fundamentalmente en pacientes jóvenes que puede ocasionar un sangrado crónico o agudo, normalmente autolimitado. En este caso la paciente presenta una inestabilidad hemodinámica severa a consecuencia de del sangrado digestivo por lo que no se puede obviar las complicaciones y riesgos derivadas de esta patología.

P-367. APENDICITIS AGUDA DE RESTOS APENDICULARES RETENIDOS. ABORDAJE POR PUERTO ÚNICO

C. García Llorente, A. Pueyo Rabanal, M. Cea Soriano, P. Galindo Jara, E. Esteban Agustí, M.I. Hernanz Hernández, R. Barriga Sánchez, L. Rabadán y J. Garijo Álvarez

Hospital de Torrejón, Torrejón.

Objetivos: La existencia de inflamación aguda del muñón es una entidad bien definida que se considera rara (29 caso reportados a nivel mundial en junio 2004) y que no se suele contemplar al evaluar pacientes con dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen previamente apendicetomizados. Presentamos un caso de apendicitis aguda de restos apendiculares, aislados, sin contigüidad con el polo cecal, su manejo mediante Puerto Único y una revisión bibliográfica al respecto.

Caso clínico: Varón 34 años con antecedentes de esquizofrenia; apendicetomía un año antes, que acude por dolor abdominal progresivo de 12 horas de evolución. No náuseas ni vómitos. Tránsito intestinal sin cambios. A la exploración destaca dolor abdominal generalizado con defensa en hemiabdomen derecho con intensa leucocitosis con desviación izquierda. TAC Urgente: en FID cambios inflamatorios de la grasa en región de ciego que se asocian a imagen compatible con muñón apendicular con cambios inflamatorios asociados. Mínima cantidad de líquido libre a este nivel. Con sospecha de apendicitis del muñón apendicular se decide laparoscopia exploradora con abordaje a través de puerto único dada la situación de la pared abdominal tras la cirugía previa (infección grave de la misma) y presencia de obesidad grado II. Hallazgos: Intenso síndrome adherencial por cirugía de peritonitis de origen apendicular previa. Plastrón apendicular con absceso por apendicitis aguda perforada. Se identifica porción distal de apéndice vermiforme aislado y correctamente vascularizada, y que no se continúa hasta el polo cecal. Se realiza resección de los restos apendiculares, comprobación de la estanqueidad de la base apendicular reseca en la cirugía previa y extracción incluido en un dedo de guante. El paciente fue tratado con 5 días de tratamiento antibiótico endovenoso Dado de alta sin complicaciones hasta la fecha. Anatomía Patológica: restos de apéndice vermiforme con intensa inflamación y perforación de la punta apendicular. Intensa peria-pendicitis con peritonitis focal.

Discusión: La apendicitis del muñón es una rara complicación tardía cuya incidencia y prevalencia real se considera que es superior a los casos publicados en la literatura médica. El caso clínico que presentamos comparte con esta entidad la baja sospecha clínica y los antecedentes más frecuentes en los hallazgos intraoperatorios de la primera cirugía: los cambios inflamatorios locales con edema, abscesos o peritonitis local. Es, sin embargo, una situación que no se ha comunicado previamente, ya que en nuestro caso era el extremo distal del apéndice lo que permanecía conservado durante un año y con una correcta vascularización, lo que supone la preservación de su mesoapéndice. El abordaje por incisión única o puerto único o SILSS o LESS, es una opción terapéutica real y bien establecida en nuestro Servicio. Un abordaje que ha probado su eficacia y seguridad para la apendicetomía laparoscópica pero que no había sido utilizado previamente en esta entidad clínica. No existen referencias bibliográficas al respecto tras una búsqueda en Pubmed y OVID. En cualquier caso, la baja incidencia de esta situación convierte este caso en probablemente único pero con una relevancia práctica limitada.

P-368. DIVERTICULITIS AGUDA CON DEBUT EXTRAPERITONEAL

M. Oset García, M. González Pérez, C. Pastor Espuig, D. Escribano Pérez, C. Yáñez Benítez, L. Comín Novella, C. Utrillas Martínez y D. Fernández Rosado

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Introducción: la presencia de divertículos en el colon es una patología frecuente en la población general, presentándose hasta en el 65% de las personas mayores de 85 años, siendo su complicación más frecuente la inflamación (diverticulitis), que ocurre en el 10-25% de los casos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 86 años que acude a Urgencias por un cuadro de dolor abdominal hipogástrico de 9 días de evolución, que había sido diagnosticado previamente como cistitis y que a pesar del tratamiento antibiótico no había mejorado. Como antecedentes personales presentaba hipertensión arterial, incontinencia urinaria, síndrome vestibular y síndrome depresivo. En la exploración física el ab-

domen estaba blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y fosa iliaca izquierda. Analíticamente presentaba leucocitosis con desviación izquierda, elevación de urea y creatinina. En las radiografías simples de tórax y abdomen no había hallazgos destacables. Se decidió la hospitalización con los diagnósticos de infección urinaria, deshidratación y síndrome diarreico. A las 48 horas del ingreso se realiza interconsulta al Servicio de Cirugía por la presencia de un absceso en tercio superior de muslo izquierdo acompañado de enfisema subcutáneo. Inicialmente se realizó drenaje y desbridamiento del absceso en el muslo. El postoperatorio fue tórpido, con persistencia de supuración a nivel del muslo. En radiografía simple de abdomen de control se observó la presencia de retro-neumoperitoneo, que se constató con la realización de ecografía abdominal y TAC abdominopélvico, apreciándose también un absceso pélvico, probablemente secundarios a perforación intestinal retroperitoneal izquierda. Se intervino a la paciente de forma urgente, hallándose una diverticulitis aguda con perforación a nivel del sigma y abundante pus y restos fecales en cavidad abdominal. Se realizó un procedimiento de Hartmann. La paciente fue trasladada a la UCI en el postoperatorio inmediato, pasando a planta a los 11 días. La evolución fue satisfactoria y fue dada de alta a los 15 días de la intervención.

Discusión: La diverticulitis aguda complicada con manifestaciones puramente extraperitoneales es una entidad rara (1,9% de los casos), que debe tenerse en cuenta a la hora de buscar la etiología de un enfisema subcutáneo/absceso de pared abdominal o tercio superior de extremidades inferiores.

P-369. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A RETENCIÓN DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA

M.P. Guillén Paredes, V. Soria Aledo, R. Gómez Espín, E. Pérez Cuadrado, M.J. Cases Baldó, M.L. García García, J.A. García Marín, M.A. Verdú Fernández y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) permite la obtención de imágenes de la mucosa del intestino delgado, siendo su principal indicación el estudio de la hemorragia digestiva oculta. La retención de la CE es infrecuente, por dicho motivo presentamos un caso que desarrolló una obstrucción intestinal tras ingesta de la misma.

Caso clínico: Paciente de 83 años sin antecedentes, estudiada por hemorragia digestiva oculta en la que se realizó CE. Su lectura objetivó detención en una estenosis. A los 8 días de su ingesta, la paciente acudió a urgencias por cuadro compatible con cierre intestinal de 8 horas de evolución. Analítica normal. Radiografía de abdomen: dilatación de asas de intestino delgado y artefacto correspondiente a CE. Tomografía computarizada: obstrucción intestinal mecánica completa secundaria a CE. Se indicó cirugía abdominal urgente, encontrando una distensión del intestino proximal a 4 estenosis de íleon de aspecto inflamatorio, causando una de ellas una obstrucción completa, en cuyo interior se palpaba la CE. Se resecaron 30 cm de íleon que incluían 3 de las 4 estenosis, se realizó anastomosis latero-lateral mecánica y estricturoplastia de la estenosis restante. El postoperatorio transcurrió favorablemente, siendo alta al 7º día. El resultado histológico del espécimen fue de enfermedad de Crohn.

Discusión: La incidencia de retención de CE (definida como presencia de la CE en el tracto gastrointestinal al menos 2 semanas después de su ingesta) varía ampliamente, según la indicación por la que se realizó: sangrado intestinal oculto 2,2%, sospecha de enfermedad de Crohn 5,4%, enfermedad de Crohn confirmada 13%, enfermedad celiaca < 1%. Además, existen una serie de factores de riesgo individuales⁶ para retención: enteritis por radioterapia, cirugía abdominal previa, intususpección, estenosis por AINES. Ante su presencia se puede contraindicar la CE o realizar un tránsito intestinal para descartar estenosis, aunque es poco sensible. Hay autores que recomiendan la cápsula Patency o Agile (Givenimaging. Israel) que se disuelve en el interior del intestino delgado entre 30-80 horas tras su ingesta, quedando una pequeña parte (3 × 13 mm) que es expulsada espontáneamente. En nuestro caso, no existía sospecha de ningún factor de riesgo descrito y su indicación fue la hemorragia oculta (de las que menos incidencia de retención presenta). Clínicamente cursó con un cuadro de obstrucción completa, que es excepcional, pues la mayoría de las retenciones descritas son asintomáticas (algún caso dolor abdominal transitorio por el paso espontáneo de la cápsula a través de una estenosis). En general, ante una retención asintomática se propone un manejo conservador, pues en la mayoría de los casos se expulsará espontáneamente, o bien con tratamiento médico (corticoides si estenosis inflamatorias), o bien con endoscopia. En caso de una retención asintomática y que no pueda ser extraída por

métodos endoscópicos, estaría indicada una cirugía programada; dejando, así, la intervención quirúrgica urgente para los casos excepcionales de obstrucción intestinal completa. A pesar de la existencia de factores de riesgo que faciliten la sospecha de esta complicación y posibilidad de utilizar un método diagnóstico alternativo, hay casos atípicos cuya escasa incidencia hay que tener en cuenta.

P-370. HEMORRAGIA DIGESTIVA COMO PRIMER SÍNTOMA DE UNA AMILOIDOSIS YEYUNAL FOCAL

M. Garay, J. Bollo, O. Uyanik, V. Turrado, F. Marinello, J.L. Pallarés, C. Martínez, C. Balague, E. Targarona y M. Trias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La amiloidosis es un término genérico que hace referencia a un grupo de enfermedades caracterizadas por el depósito extracelular de un material llamado sustancia amiloide. El depósito de sustancia amiloide en el trato digestivo se localiza básicamente a nivel de la mucosa y submucosa, como también en la muscular propia y en las paredes de los vasos sanguíneos, lo que puede ocasionar una gran heterogeneidad de síntomas gastrointestinales.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 75 años sin antecedente patológico que ingresa a nuestro hospital por cuadro de deposiciones melénicas de dos días de evolución sin otra sintomatología asociada. Se evidencia anemia importante con requerimiento transfusional masivo y endoscopia urgente que evidencia sangrado a nivel de yeyuno proximal, sin poder localizar su origen mediante angio-TC y arteriografía. Se decide realizar laparotomía exploradora, objetivando sangrado activo a nivel yeyunal por lo que se decide exéresis de 50 cm de yeyuno con anastomosis termino-terminal manual. El examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica proporcionó el diagnóstico de amiloidosis intestinal focal. En la amiloidosis sistémica es frecuente la afectación intestinal hasta en un 60-90% de los casos, siendo la afectación única del aparato digestivo una entidad excepcional. En los casos descritos, el intestino delgado es la parte más frecuentemente afectada. Esta afectación puede ser difusa o más raramente focal, siendo pocos los casos de amiloidomas focales de duodeno y yeyuno sin manifestaciones extraintestinales reportados en la literatura científica. Los amiloidomas focales consisten en una infiltración de todo el espesor de la pared intestinal que implica la destrucción de la mucosa, infiltración profunda de la muscular propia y estrechamiento de la luz de los vasos sanguíneos, presentándose típicamente como lesiones polipoideas múltiples o pseudotumores de intestino delgado, provocando una gran disparidad de patologías. En las formas difusas de la enfermedad el signo más común es la diarrea y un síndrome de mala absorción. La fragilidad vascular provocada por el depósito de amiloide en la pared de los vasos puede causar episodios de hemorragia digestiva. Otra teoría sostiene que la progresiva isquemia intestinal debido al compromiso vascular provocaría ulceraciones necróticas con la consiguiente hemorragia. También se han descrito casos de dismotilidad intestinal con disfagia, pseudoobstrucción, perforación e infarto intestinal. Los patrones encontrados en los estudios radiológicos baritados como en la tomografía computarizada en la amiloidosis intestinal difusa no muestran especificidad. El estudio endoscópico de sospecha se basa en una fina granularidad del intestino delgado junto con erosiones o protrusiones polipoides. En las biopsias se observa el amiloide depositado en las paredes de los vasos y en la muscular de la mucosa, que muestra una birrefringencia verde con la luz polarizada después de la tinción con rojo Congo.

Discusión: Dada la inespecificidad junto con el carácter subclínico que produce la amiloidosis intestinal, suele diagnosticarse de forma tardía. Comúnmente se llega al diagnóstico por un cuadro de anemia ferropénica o la presencia de un síndrome de malabsorción intestinal, lo que conlleva a la realización de una endoscopia digestiva y la consiguiente toma de biopsias con confirmación anatomopatológica.

P-371. PERFORACIÓN CECAL SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO CON DRENAJE PURULENTO A TRAVÉS DE HERNIA INGUINAL

J. Martín Pérez, L. Delgado Plasencia, A. Hernández Morales, V. Medina Arana y A. Bravo Gutiérrez

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños, voluntaria o accidental, ocasiona perforaciones intestinales en raras ocasiones (1%), ya que la

mayoría de las veces completan el trayecto intestinal sin incidencias. La localización más frecuente de perforación intestinal ocurre en el área ileocecal (75% de los casos). Presentamos un caso poco inusual de presentación de perforación intestinal con drenaje de contenido purulento por región inguinal.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 73 años de edad, sin antecedentes de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por dolor y tumoración en región inguinal derecha de un mes de evolución, sin otra sintomatología acompañante. A la exploración física presentaba dolor en hemiabdomen derecho, con efecto masa en fosa iliaca derecha y peritonismo localizado en dicha zona. En región inguinal derecha, se observó hernia inguinal, con dolor leve y signos de incarceration. En la analítica destacaban una cifra de leucocitos de $11.400/\text{mm}^3$ (neutrófilos: 85%) y el resto dentro de límites normales. En el TAC abdomen-pelvis se observó una colección de baja densidad, retrocecal, de $11,7 \times 6$ cm de diámetro, que se extendía a pelvis, por encima del músculo psoas iliaco, introduciéndose en el saco herniario de la hernia inguinal derecha, que contenía contenido graso y una imagen puntiforme de alta densidad en su interior. Ante los hallazgos clínicos-radiológicos, se decide intervención mediante acceso de región inguinal derecha. Durante la disección laboriosa de región inguinal se evidenció salida de contenido purulento proveniente de región retroperitoneal y espina de pescado de 2 cm de longitud anclada en grasa preperitoneal. Se decide conversión a laparotomía media donde se observa abombamiento de pared posterior de ciego con placa necrótica en parietocólico derecho. Se decide llevar a cabo despegamiento de ciego observándose salida de 500 cc de contenido purulento y signos inflamatorios en pared cecal. Se llevó a cabo drenaje de contenido purulento y resección de ciego.

Discusión: La clínica más común de la perforación intestinal es la existencia de abdomen agudo, siendo el diagnóstico preoperatorio extremadamente raro. La probabilidad de una perforación por cuerpo extraño debe ser considerada ante la presencia de un abdomen agudo, incluso en los casos más enmascarados de migración extraperitoneal del cuerpo extraño.

P-372. GANGRENA DE FOURNIER CAUSADA POR UN FECALOMA GIGANTE

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

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

Introducción: La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante rápidamente progresiva de la zona genital, perineal y perianal, producida por microorganismos aerobios y anaerobios que actúan sinérgicamente. En un principio se postulaba que la etiología era idiopática, pero hoy en día, se cree que tiene un origen infeccioso, por enfermedades perianales (fisulas y abscesos) y genitourinarias, o tras traumatismos o intervenciones urogenitales o coloproctológicas. Presentamos un caso con una etiología un tanto particular.

Caso clínico: Mujer de 81 años intervenida 1 año antes por absceso perianal izquierdo que acude a Urgencias por dolor perianal derecho de varios días de evolución con fiebre desde el día que acude al Hospital y ausencia de deposición desde hacía una semana. Hábito estreñido. A la exploración presenta un flemón con eritema, calor, dolor en zona perianal derecha que se extiende hacia genitales. Analíticamente presenta importante leucocitosis (34.300) con 94,2% de neutrófilos, pH: 7,32, lactato de 2,4 en gasometría venosa, actividad de protrombina del 64% con INR de 1,38, procalcitonina > 2 PCR > 90 , tacto rectal con abundantes heces. Se solicita TC pélvico donde se objetiva una extensa afectación inflamatoria pélvica y perineal, desde el espacio pararectal derecho, con infiltración caudal hacia la región vulvar, con extensión hacia la región glútea posterior y medial derecha, identificándose contenido aéreo abundante en el tejido celular subcutáneo y áreas de hipodensidad de origen inflamatorio, correspondiente al proceso flemonoso ($9,5 \times 3,8$ cm), localizado principalmente adyacente a la línea media de la vulva. Se aprecia engrosamiento difuso de 15 mm de la pared del recto, con aparente discontinuidad e incluso disección por aire en la pared lateral derecha, en continuidad con el proceso inflamatorio de tejidos blandos. Distensión de la ampolla rectal, con presencia de voluminoso fecaloma, con un calibre de unos 12 cm. Con el diagnóstico de gangrena de Fournier fue intervenida quirúrgicamente realizando un amplio desbrida-

miento, drenaje de gas y pus en abundancia y toma de muestras para cultivo. Se extrajo el fecaloma y se dejaron varios drenajes tipo penrose. En el postoperatorio inmediato presentó inestabilidad hemodinámica precisando ingreso en UCI. Los cultivos del material drenado fueron positivos para *E. coli*, *Bacteroides dislasonis*, *Enterococcus faecium* y *Candida albicans*. Preciso curas diarias y antibioterapia de amplio espectro, evolucionando favorablemente, por lo que fue dada de alta a los 16 días del ingreso.

Discusión: La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante con una elevada morbimortalidad, producida por flora polimicrobiana, con etiología variada y que se presenta en pacientes con factores de riesgo. En el caso de nuestra paciente, la causa fue un gran fecaloma que produjo una mínima disrupción del recto y la consiguiente infección de partes blandas. El diagnóstico precoz y el rápido y amplio desbridamiento es lo más importante en el manejo de esta enfermedad, además del tratamiento antibiótico de amplio espectro ajustado con posterioridad al antibiograma.

P-373. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SIN FILIAR. DIFICULTAD DIAGNÓSTICA DEL TUMOR ESTROMAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Molina Barea, C. González Puga, M.J. Cabrerizo Fernández, F. Bravo Bravo, I. Machado Romero, B. Mirón Pozo, F. Pérez Benítez y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Los GIST son tumores poco frecuente y se pueden presentar como un dilema diagnóstico. Estos tumores representan el 1% de todas las neoplasias gastrointestinales y la localización más frecuente es en estómago (50-60%) seguido por intestino delgado (20-30%), intestino grueso (10%) y otras localizaciones más inusuales. Presentamos caso de tumor estromal oculto a las pruebas diagnósticas convencionales.

Caso clínico: Mujer de 67 años con antecedentes de dislipemia y sagnectomía que es valorada hacia dos años por cuadro de anemia severa a causa de hemorragia digestiva alta (HDA) sin filiar. En el inicio del cuadro la clínica y la anamnesis fue compatible con HDA relacionada a AINEs que había tomado por cuadro odontogénico pero a pesar de la gastroprotección continuaba con anemia severa siendo necesaria en ocasiones la transfusión sanguínea. En el estudio inicial por digestivo se realizó TAC, endoscopia digestiva alta y colonoscopia sin evidenciar patología. Posteriormente se realizó enteroclisia sin alteraciones significativas así como transito esofagogastricoduodenal. Se intento mediante capsula endoscopia visualizar lesión causante del sangrado sin haber lesiones destacables en dicha prueba. Por último se realizó angio-TAC en el que se observa lesión hipercaptante de $3,3 \times 4,4 \times 4,3$ que crece de forma exofítica desde la luz de un asa de intestino delgado en fosa iliaca izquierda con vasos hipertrofiados que lo irrigan sugiriendo tumor estromal. Ante los hallazgos descritos en el angio-TAC se decide laparotomía exploradora programada. Se evidencia una tumoración en yeyuno medio con vaso nutricional, se realiza resección segmentaria con márgenes suficientes y anastomosis latero-lateral mecánica sin incidencias intraoperatorias. El postoperatorio cursa sin complicaciones procediéndose a su alta hospitalaria al 6º día postoperatorio. Anatomía patología informó la pieza como tumor estromal de bajo grado, CD 117 y CD34 positivos.

Discusión: Desde el año 1940 cuando Scout describió los tumores estromales, han surgido diversas formas de presentación y diagnóstico de este tipo de tumor. La presentación clínica más frecuente es la hemorragia digestiva debido a una ulceración de la mucosa por extensión a través de la capa submucosa y muscular propia, otros síntomas son el dolor abdominal o la palpación de masa abdominal. En los tumores pequeños que comprometen poco la mucosa tienen un diagnóstico difícil, en nuestro paciente ninguna de las pruebas de imagen convencionales (TAC, EDA, enteroclisia y capsula endoscopia) fueron concluyentes. Solamente a través de la vascularización del tumor se pudo detectar el mismo (angio-TAC). La resección intestinal segmentaria suele ser necesaria en el caso de los tumores con crecimiento exofítico en lugar de patrón infiltrativo y solamente se asociaran inhibidores de la tirosina quinasa al tratamiento en el caso de los tumores metastáticos o irresecables.

P-374. TRIPLE TELESOPAJE ILEAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL INVERTIDO

J.A. Guerra Bautista¹, J. Mena Raposo¹, C. Arcos Quirós¹, A. Gómez García², L. Mendizábal Rosales¹, F. Acedo Díaz¹ y A.K. Moalla Massa¹

¹Hospital de la Merced, Osuna. ²Hospital Serranía de Ronda, Ronda.

Introducción: Sólo el 5% de las invaginaciones intestinales diagnosticadas se dan en el adulto. Si además, la cabeza de la intususcepción es un divertículo de Meckel y si éste además está invertido, el caso reviste cierta rareza. El caso es excepcional si durante la laparotomía exploradora evidenciamos que el mismo segmento intestinal se ha invaginado hasta tres veces, precisando otras tantas reducciones, y siguiendo un sentido de distal a proximal, distinto como ocurre normalmente. Se aporta iconografía demostrativa.

Caso clínico: Varón de 22 años sin antecedentes de interés que presenta cuadro de vómitos, diarreas y dolor cólico mesogástrico recurrente de dos meses de evolución. Valorado por Digestivo con endoscopia oral y tránsito baritado normales. Ingresó de urgencias por intensificación del dolor e irradiación a epigastrio. Abdomen blando con ruidos aumentados. Neutrofilia y discreto aumento de la PCR. Ecografía abdominal: Imagen supramesal de donut que presenta varias capas concéntricas de pared intestinal y mínima cantidad de líquido libre. TAC abdomen: Invaginación de intestino delgado de 10 cm de longitud y 4 cm de grosor. Se indica intervención quirúrgica, practicándose desinvaginación de íleon en tres procesos y resección mecánica de divertículo de Meckel causante. El estudio histológico confirma divertículo evertido de configuración sacular.

Discusión: La invaginación intestinal se define como el telescopaje de un segmento intestinal proximal dentro de la luz de otro segmento distal, generalmente fijo a retroperitoneo o adherencias. El 90% de las invaginaciones intestinales del adulto no son idiopáticas y se deben a otra enfermedad subyacente, aproximadamente la mitad de ellas malignas. Afecta a individuos de igual sexo en edades medias de la vida. Son algo más frecuentes las ileocólicas o colónicas que las que asientan en intestino delgado, aunque están descritas invaginaciones desde yeyuno hasta recto. Cuando implican al colon en pacientes no jóvenes hay que sospechar malignidad. Las cabezas de invaginación pueden deberse a lipoma, pólipo inflamatorio, adenocarcinoma, linfoma, divertículo de Meckel, enfermedad de Crohn, celiaquía, adherencias, metástasis, etc. El diagnóstico etiológico de invaginación preoperatorio no es lo habitual. La presentación clínica es inespecífica, siendo el dolor abdominal un síntoma constante. En estadios avanzados presenta semiología de obstrucción e isquemia intestinal. El examen diagnóstico de elección es la TAC. El debut de un divertículo de Meckel invertido es habitualmente la intususcepción, pero el motivo de la inversión es independiente, debiéndose a un inadecuado drenaje de secreciones secundario a irritación o inflamación. El triple telescopaje indica el número de segmentos de intestino invaginados e implica que esté integrado por siete cilindros. El tratamiento de elección para la invaginación intestinal en adultos es quirúrgico, debido al potencial origen maligno, recomendándose actualmente resección en bloque y sin reducción para localizaciones en colon y algunas en intestino delgado, sobre todo a partir de edades medias de la vida, resección tras reducción en intestino delgado en jóvenes. Algunos autores recomiendan colonoscopia intraoperatoria para determinar la naturaleza de lesiones ileocólicas. En nuestro caso, se trataba de una invaginación ileal en un paciente joven, por que se realizó una resección lo más económica posible.

P-375. VÓLVULOS DE COLON. SERIE DE 17 CASOS

R. Rumenova Smilevska, A. García Marín, M. Gil Santos, F. Orts Micó, M. Ruiz-Piqueras Lecroisey, M. Mingorance Alberola, R. Martínez García, E. Soliveres Soliveres, S. Pérez Bru, M. Morales Calderón y S. García García

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

Objetivos: El vólvulo de colon consiste en la rotación de éste sobre su eje mesentérico causando un cuadro de obstrucción intestinal. Aparece con mayor frecuencia en ancianos y pacientes con antecedentes de encamamiento, patología neuro-psiquiátrica, fármacos psicótropos, diabetes, estreñimiento crónico, dolico colon y cirugía abdominal previa. El objetivo del trabajo es analizar nuestra experiencia hospitalaria en su manejo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una serie de pacientes tratados de oclusión intestinal por vólvulo de colon en nuestro centro en un

período de 12 años (2000-2011). Las variables cuantitativas fueron definidas por mediana y percentiles (25; 75) y las cualitativas por frecuencia y porcentaje.

Resultados: De los 17 pacientes incluidos, 7 (41%) fueron varones y 10 (59%) mujeres con una mediana de edad de 76 años (63; 81,5) con una mediana de índice de Charlson de 2 (1; 3,5) y ajustado a la edad de 3 (2; 5,5). Factores predisponentes: patología neuro-psiquiátrica, (35%), encamamiento (24%), diabetes mellitus tipo 2 (24%) y residencia en institución (18%). La localización más frecuente del vólvulo fue el sigma en 14 (82%) y ciego en 3 (18%). La prueba de imagen empleada para su diagnóstico fue la radiografía de abdomen en 11 (65%) requiriendo de una tomografía axial computarizada abdomino-pélvica en 6 (35%). La oclusión por vólvulo de sigma fue manejada inicialmente de forma conservadora en todos los casos mediante la colocación de sonda rectal, que sólo fue suficiente en tres casos (21,4%), requiriendo la devolvulación endoscópica en cinco (35,7%) y cirugía en seis (42,9%) siendo las técnicas empleadas el Hartmann (3), pexia (2) y resección con anastomosis primaria (1). Las indicaciones del tratamiento quirúrgico fueron: signos de isquemia irreversible en la colonoscopia en un caso y no resolución del cuadro oclusivo en 5 casos. De los 8 casos resueltos conservadoramente, 4 fueron intervenidos de forma programada (50%). La oclusión por vólvulo de ciego requirió intervención quirúrgica en todos los casos siendo las técnicas empleadas la hemicolectomía derecha y la pexia. La recidiva en el vólvulo de sigma fue de 3 casos (33%) en el grupo de los no operados mientras que de uno (17%) en los operados (pexia). No se ha registrado recidiva en los vólvulos de ciego. Sólo hubo un caso de mortalidad en un vólvulo de ciego.

Conclusiones: La oclusión por vólvulo de colon es una causa poco frecuente de oclusión intestinal que aparece con mayor frecuencia en la población anciana y con comorbilidad asociada. El vólvulo de ciego requiere manejo quirúrgico a diferencia del sigmoideo que puede resolverse de forma conservadora (50%). La resección con anastomosis primaria es una opción terapéutica recomendada si las características clínicas del paciente lo permiten, por ser definitiva y con menor índice de recidiva. La intervención de Hartmann es otra opción terapéutica recomendable cuando existen factores de riesgo para dehiscencia de sutura. La sigmoidectomía electiva tras resolución del cuadro es una opción eficaz que no se pudo realizar en todos los casos por situación basal o negativa del paciente.

P-376. DIVERTICULITIS APENDICULAR AGUDA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

L. Latorre Marlasca, A. López Buenadicha, N. Apentchenko Eriutina, G. Housari Martín, M. González Zunzarren, L. Tortolero Giamate, R. Latorre Fragua, M. Coll Sastre, G. Rodríguez Velasco y E. Lobo Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La diverticulitis apendicular es una enfermedad poco frecuente. Suele manifestarse como dolor insidioso en la fosa ilíaca derecha, por lo que es esencial el diagnóstico diferencial con la apendicitis aguda, cuyo dolor es más agudo y menos prolongado, porque el retraso en el diagnóstico puede significar mayor incidencia de complicaciones como la perforación apendicular. No obstante, la peritonitis generalizada es poco frecuente, ya que el proceso inflamatorio queda contenido en el mesoapéndice. La analítica muestra valores inespecíficos como elevación de marcadores de inflamación o leucocitosis. Ocasionalmente se pueden visualizar los divertículos del apéndice mediante pruebas de imagen, pero lo más frecuente es que se diagnostique en el quirófano. El tratamiento de elección es la apendicectomía en aquellos casos sintomáticos. En pacientes asintomáticos con hallazgo casual, algunos autores recomiendan la apendicectomía, dada la probabilidad de presentar un episodio de inflamación o perforación apendicular. Debe individualizarse la indicación en función del riesgo quirúrgico.

Objetivos: Analizar la incidencia de diverticulitis apendicular entre las apendicitis agudas intervenidas en nuestro centro desde 2000 hasta 2011, comparar las formas de manifestación clínica y su asociación con otras patologías.

Materiales y métodos: Se revisan los casos de diverticulitis aguda apendicular de entre todas las apendicitis agudas intervenidas en nuestro centro (4.456) en 10 años (desde 2000 hasta junio de 2011), en total 7 pacientes, 5 varones y 2 mujeres, de edades comprendidas entre 28 y 73 años. Los 5 varones de edades 28, 37, 40, 58, y 73 años; las mujeres de 50 y 52 años. En cuanto a la clínica, se presentaron como dolor en FID entre 2 y 8

días de evolución. Analíticamente variables: leucocitosis en 4 de los casos, de hasta 24.000, y analítica normal en el resto. Dos de los pacientes fueron intervenidos en base a la clínica, en el resto se solicitaron pruebas de imagen: en un caso ecografía y en el resto TAC, y en uno de ellos se observaron los divertículos apendiculares. En la mayoría no se observaron hallazgos en quirófano, solamente en 2 de los pacientes se visualizaron los divertículos durante la intervención. En el resto el diagnóstico se hizo a posteriori con los datos de anatomía patológica. 6 de los 7 pacientes presentaron inflamación de los divertículos y del apéndice conjuntamente. Uno de los casos se asoció en pruebas de imagen a presencia de divertículos en colon derecho.

Conclusiones: Se trata de un grupo muy heterogéneo en cuanto a la edad, como en la literatura, predominantemente hombres, y la forma de presentación fue similar a una apendicitis aguda, en la mayoría de los casos evolucionada ya que en dos de los casos ya existía plastrón inflamatorio, en un caso absceso pélvico asociado y dos casos se presentaron con perforación apendicular. Sólo en uno de los casos se observó asociación con presencia de divertículos en el resto del colon, en nuestro caso derecho. En el resto de los casos no se han descrito ni en pruebas de imagen ni durante el seguimiento.

P-377. PERFORACIÓN INTESTINAL POR CMV EN PACIENTE VIH+

M. Gutiérrez Samaniego, M. Gutiérrez Andreu, C. Nevado García, I. Osorio Silla, E. Bra Insa, A.I. Pérez Zapata, C. Minambres Cabanas, I. Domínguez Sánchez, C. Morales, A. Abad Barahona y F. de la Cruz Vigo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La afectación gastrointestinal y hepato biliar es habitual en los pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Desde la aparición del tratamiento de alta eficacia (TARGA), la mayoría de las manifestaciones gastrointestinales se derivan del tratamiento antirretroviral. Sin embargo, en pacientes inmunodeprimidos la infección diseminada por citomegalovirus (CMV) es causa frecuente de patología a nivel del tracto digestivo. Una complicación posible pero excepcional en esta entidad es la peritonitis aguda secundaria a perforación de intestino delgado. Presentamos el caso de un paciente VIH positivo en tratamiento antirretroviral que acude a Urgencias con cuadro de abdomen agudo consecuencia de perforación ileal, sin diagnóstico previo de enfermedad diseminada por CMV.

Caso clínico: Paciente varón de 47 años, VIH+ de reciente diagnóstico tras ingreso por neumonía atípica (Pneumocystis jirovecii), CD4+ 10, CV 594.000, que acude a Urgencias por dolor abdominal asociado a síndrome febril. A la EF, presenta intenso dolor en hemiabdomen derecho, con defensa. Analíticamente, sin alteraciones. Se realiza TC abdominal que evidencia perforación de asa de de íleon proximal, por lo que es intervenido de urgencia realizándose resección intestinal y anastomosis, sin observarse alteraciones macroscópicas en el resto del tracto gastrointestinal explorado. Durante el postoperatorio, el paciente es reintervenido ante nueva clínica de abdomen agudo, objetivando coleperitoneo con fuga anastomótica y realizando resección de anastomosis con ileostomía en "cañón de escopeta". El estudio anatomopatológico de la pieza mostró solución de continuidad asociada a numerosas inclusiones de CMV, hallazgo que se confirmó mediante estudio inmunohistoquímico. La AP de la reintervención sólo evidenció cambios inflamatorios. El paciente presentó evolución favorable desde el punto de vista quirúrgico, pero asoció episodios de hipotensión y posible insuficiencia suprarrenal relativa, cuadro que junto con el diagnóstico anatomopatológico motivó un estudio más exhaustivo y el inicio precoz del tratamiento con ganciclovir y actocortina iv. El resultado fue un adecuado control de su enfermedad de base y de sus comorbilidades con el diagnóstico definitivo de enfermedad sistémica por CMV.

Discusión: La infección por CMV tiene una alta prevalencia en la población general, tratándose en la mayoría de los casos de procesos oligoasintomáticos. Es por ello que en pacientes inmunodeprimidos adquiere una gran relevancia clínica. La afectación digestiva es la segunda en frecuencia tras la retinitis, siendo el colon el segmento más involucrado. La afectación de intestino delgado por CMV es una complicación infrecuente, y la perforación intestinal subyacente, muy rara. Pese a la cirugía, estos pacientes presentan un mal pronóstico por lo que, para la supervivencia, a parte del tratamiento TARGA, es importante una rápida detección de la enfermedad por CMV y un inicio precoz del tratamiento.

P-378. TROMBOSIS ILÍACA COMO RECIDIVA DE CARCINOMA DE RECTO. EXPLICACIÓN DE UN CASO

B. Cristóbal Uriol, L. Brandariz Gil, O. García Villar, J. Trapero, J. Perea García, I. Alemán Ulloa, J. García Borda, E. Ferrero Herrero, M. Hidalgo y M. Lomas Espada

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La afectación linfática locorregional es el principal factor predictivo en el carcinoma colorrectal, determinando así la necesidad de tratamiento adyuvante. Aproximadamente un 20% de los pacientes sin metástasis linfáticas o en estadio N1 desarrollarán recurrencia de la enfermedad a largo plazo. De estos, la mayoría de las recurrencias se producirán a nivel locorregional, siendo menos frecuentes otras localizaciones como hígado y pulmón. El cáncer de recto la disección linfática lateral debería realizarse en todos los estadios T3-T4, no demostrándose beneficio en estadio T1-T2. La recurrencia ganglionar linfática aislada es rara y poco descrita en la literatura.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 69 años con antecedentes personales de HTA e intervenido de epiteloma basocelular, que es diagnosticado en el año 2009 de adenocarcinoma de recto y sigma sincrónicos estadio C1 de Astler-Coller, realizándose amputación abdominoperineal con márgenes libres de resección y diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma colorrectal multifocal pT2N1M0. Finaliza tratamiento neoadyuvante en 2010 sin evidencia de enfermedad en los controles. En enero del 2011 PET-CT muestra progresión morfológica en cadena ganglionar iliaca interna izquierda compatible con viabilidad tumoral, y PAAF congruente con metástasis de adenocarcinoma. Habiendo recibido la dosis máxima de tratamiento adyuvante, se decide reintervención en mayo 2011 realizándose extirpación de cadenas ganglionares iliaca común e izquierda, sin evidencia de malignidad en estudio histopatológico. En octubre 2011 CT abdominal y PET-CT confirman persistencia de dicha lesión, aumentada de tamaño respecto a estudios previos y lesión adyacente de nueva aparición, ambas compatibles con viabilidad tumoral. En marzo de 2012 reintervención observándose trombosis de vena iliaca interna izquierda con extirpación del trombo y tejido pélvico inflamatorio inferior al mismo, con diagnóstico histopatológico de metástasis de adenocarcinoma colorrectal.

Discusión: Tras la generalización de la escisión total del mesorrecto (ETM) y el apoyo de la radioquimioterapia neoadyuvante se ha logrado minimizar las tasas de recurrencia entorno al 5% en el cáncer de recto bajo. En los raros casos de recidiva locorregional aislada se propone quimiorradioterapia como tratamiento de primera elección, reservando la cirugía para los casos no susceptibles o en los que haya fracasado el mismo. Presentamos uno de los pocos casos publicados tratado satisfactoriamente mediante quimioterapia y posterior trombectomía de un trombo metastásico en vasos ilíacos.

P-379. PERITONITIS FECALOIDEA TRAS PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO APENDICULAR

M. García Nebreda, E. Álvaro Cifuentes, R. Sanabria Mateos, C. Alegre Torrado, S. García Aroz, A. Gimeno Calvo, J. Calvo Pulido, A. Manrique Municio, A. García Sesma, P. Rico Selas y C. Jiménez Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Existe una importante diferencia en la localización de divertículos colónicos entre países occidentales y orientales. En nuestro medio la localización en sigma y colon izquierdo de la enfermedad diverticular se estima en un 95%. En contrapartida con lo que se observa en los países asiáticos, donde la localización de los divertículos es en el colon derecho es mayoritaria, estimándose en un 70% aproximadamente. Dentro de la localización derecha, la localización apendicular de divertículos es mucho más infrecuente, alrededor del 1%, y suelen manifestarse como cuadros de varios días de evolución de clínica inespecífica gastrointestinal que suponen un retraso diagnóstico aumentando la morbilidad mortalidad considerablemente respecto a las apendicitis convencionales.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 47 años, con AP de cólicos renoureterales (CRU) y urolitiasis, que acude a urgencias por un cuadro de dolor hipogástrico, vómitos, diarrea y disuria de 8 días de evolución, asociado a fiebre, distensión abdominal y defensa en hemiabdomen inferior, con tratamiento analgésico tras ser diagnosticado de CRU

por el mismo cuadro. Se realiza TC observándose gran colección a nivel perihepático que se extiende por la gotiera paracólica derecha hasta espacio prevesical con burbujas extraluminales, sin encontrarse sitio de perforación. Se decide intervención quirúrgica encontrándose asas de intestino delgado llamativamente dilatadas, importante peritonitis fecaloidea, con 1,5L de material fecaloideo difuso y perforación de la punta apendicular con resto del apéndice de características flemonosas. Durante el postoperatorio el paciente experimentó un íleo postquirúrgico asociado a fiebre en 5º DPO y elevación de reactantes de fase aguda por lo que se realiza TC objetivando abundante líquido intraperitoneal con predominio en pelvis y realce homogéneo del peritoneo con dilatación generalizada de asas de intestino delgado, por lo que se decide nueva laparotomía urgente realizándose desbridamiento de asas y lavado abundante de la cavidad abdominal. Posteriormente el paciente evoluciona favorablemente. La anatomía patológica concluyó divertículo apendicular perforado con signos de apendicitis aguda flemonosa y peripendicitis

Discusión: En nuestro medio la diverticulitis derecha es infrecuente, dentro de estas, la diverticulitis apendicular es excepcional, presentándose más frecuentemente en paciente varones de edad media. Las diferencias en la localización entre las distintas zonas geográficas asociado a la presentación típicamente en pacientes más jóvenes sugiere diferencias en los factores etiológicos que hasta hoy son desconocidos. Los divertículos apendiculares tienen un mayor riesgo de complicación, sucediendo en un tercio de los casos, la clínica suele ser inespecífica y diagnosticarse ya perforados, siendo indistinguibles de las apendicitis convencionales. La morbilidad de las diverticulitis apendiculares perforadas se calculan en torno a un 30-40% y su mortalidad oscila desde un 0,5 a un 5%. El diagnóstico definitivo viene dado por los resultados anatomopatológicos.

P-380. GANGRENA DE FOURNIER: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE TRAS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL CÁNCER DE COLON

B. García Albiach, S. Mera Velasco, J.A. Toval Mata, I. González Poveda, M. Ruiz López, J. Carrasco Campos, A. Titos García, T. Prieto-Puga Arjona y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante rápidamente progresiva del área genitoperineal. Es una infección polimicrobiana con alta mortalidad a pesar de tratamiento agresivo. Es posible encontrar una causa urogenital, colorrectal o cutánea, siendo más frecuente la infección anorrectal. Generalmente, se asocia a trastornos sistémicos, como diabetes, alcoholismo y cáncer.

Caso clínico: Varón de 56 años hipertenso y diabético en tratamiento con ADO. Diagnosticado de neoplasia de recto medio uT3N0 sometido a resección anterior ultrabaja laparoscópica asistida por robot con ileostomía de protección. Al 5º p.o. comienza con fiebre, deterioro general y edema escrotal que progresa rápidamente hasta aparición de necrosis cutánea en región inguinal derecha, peneana y escrotal. Se realiza desbridamiento quirúrgico y rectoscopia que evidencia integridad anastomótica. Son necesarios sucesivos desbridamientos y contraincisiones hasta flanco y miembro inferior derecho. Se observa en nueva rectoscopia dehiscencia de la anastomosis por lo que se realiza colostomía terminal. Tras sucesivas curas en planta, los cultivos para *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* y *Eubacterium lantum* se negativizaron. Es trasladado al Servicio de Cirugía Plástica y tras 51 días de la primera intervención el paciente es sometido a reconstrucción del defecto cutáneo. Finalmente, 2 meses después se procede a completar la amputación abdominoperineal y al cierre de la ileostomía de protección sin incidencias en el postoperatorio.

Discusión: La gangrena de Fournier ha sido descrita como una rara complicación tras cirugía urológica y colorrectal. Encontramos casos en la literatura tras hemorroidectomía, dilatación anal, resección rectal transanal y, únicamente un caso, tras colectomía laparoscópica. Requiere tratamiento quirúrgico precoz por lo que debe sospecharse en pacientes con edema escrotal y malestar general, incluso antes de la aparición de áreas necróticas. A pesar de la disminución de morbilidad asociada a la colectomía laparoscópica, la aparición de infecciones necrotizantes es, aunque extremadamente rara, posible. La detección precoz y el manejo agresivo son imprescindibles para mejorar la supervivencia.

P-381. PERFORACIÓN RECTAL Y GANGRENA DE FOURNIER POR EMPALAMIENTO

B. Martín-Pérez, F. Argüelles-Arias, M.L. Reyes-Díaz, R. Pérez-Huertas, M. Retamar-Gentil, B. Marengo de la Cuadra, C. Vecino-Bueno, M. Belisova, C. Mauricio-Alvarado y F. Oliva-Mompeán

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Los traumatismos anorrectales son poco frecuentes (1-2 casos/año/100.000 habitantes) y suelen ser consecuencia de heridas por armas de fuego y armas blancas, por accidentes de tráfico y por lesiones iatrogénicas y obstétricas, siendo menos frecuentes los casos de empalamiento. De forma habitual están asociados a otras lesiones abdominales, torácicas y/o osteomusculares, por lo que pueden pasar desapercibidas en un primer momento y ser evidentes cuando el paciente ya presenta un shock séptico.

Caso clínico: Paciente varón de 20 años, con asma en la infancia y fumador no habitual de marihuana. Tras saltar a un pantano, el paciente se clava un palo en su glúteo derecho, extrayéndolo de forma manual. La herida es limpiada y suturada en el centro de salud. A las 24 horas acude a Urgencias con fiebre, vómitos, dolor y distensión abdominal, peritonismo, sin leucocitosis, PCR elevada y estable hemodinámicamente. El TAC muestra pequeñas burbujas de gas extraluminal perirrectales y cuerpos extraños perirrectales, en fosa iliaca derecha y glúteo derecho por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. En la laparotomía exploradora, se encuentra líquido purulento en todos los cuadrantes y una tumefacción perirrectal sin evidenciarse una perforación clara. La herida glútea conecta con la cavidad abdominal por lo que se lava el trayecto y se deja un sistema de lavado. Se realiza además una colostomía de descarga en vacío izquierdo colocándose drenajes en pelvis. El paciente precisó cuidados intensivos durante 3 semanas por el shock séptico, siendo reintervenido por una gangrena de Fournier (con curas en quirófano y un VAC perineal), por evisceración y colecistitis. El paciente es dado de alta el 32º día postoperatorio, precisando dos intervenciones posteriores por parte de Cirugía Plástica: cierre simple de la herida perineal creada por el Fournier y amputación de los dedos del pie derecho necrosados por la administración de aminas. Actualmente, está en estudio para valorar una posible reconstrucción con una RMN pélvica y una ecografía endoanal que muestren integridad de los esfínteres.

Discusión: Los traumatismos anorrectales han sido estudiados junto con otras lesiones toracoabdominales, sobre todo en situaciones de guerra y en accidentes de tráfico. La clínica puede ser muy variada, desde molestias en hipogastrio hasta una franca rectorragia. Tanto la exploración física con tacto rectal como el TAC pueden ser útiles en el diagnóstico y en la evaluación de la extensión de los daños. Según la clasificación de Flint, en las lesiones más graves en las que hay una gran contaminación fecal, han pasado más de 12 horas desde el traumatismo, presentan una gran destrucción tisular o tienen afectación de más órganos está indicado la realización de un estoma además del drenaje adecuado de la pelvis. En el caso de los empalamientos, se recomienda mantener el objeto en el lugar del trauma y extraerlo una vez el paciente esté en quirófano bajo control directo.

P-382. PAPULOSIS ATRÓFICA MALIGNA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

R. García Pérez, M.J. Fernández Carrión, P.J. Galindo Fernández, C. García Zamora, E. Llàcer Millán, J. Ruiz Pardo y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La enfermedad de Degos o papulosis atrófica maligna es una rara vasculitis linfocítica sistémica, con mayor incidencia en el sexo masculino, que aparece generalmente en la etapa adulta de la vida, producida por un proceso inflamatorio a nivel de los pequeños vasos sanguíneos, desarrollando un edema de células endoteliales y provocando una trombosis diseminada, que afecta fundamentalmente la vascularización de la piel, sistema gastrointestinal, sistema nervioso y aparato ocular, produciendo isquemias locales. La etiología de la entidad es desconocida hasta el momento, aunque se sugiere la posible causa genética, reacción celular a virus y la producción de anticuerpos anticardiolipina. Presentamos un caso de enfermedad de Degos con afectación intestinal exclusiva tratado en nuestra Unidad.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 27 años de edad, gestante de 26 semanas, que consulta en Urgencias por dolor abdominal

de 15 días de evolución localizado en hemiabdomen derecho asociado a náuseas sin vómitos. A la exploración presenta un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en FID, flanco derecho con efecto masa a ese nivel. Se le realiza una analítica que es normal y una ecografía que informa de plastrón inflamatorio en flanco derecho-FID sin conseguir visualizar el apéndice. Ante los hallazgos se decide intervenir hallando plastrón inflamatorio desde ángulo hepático del colon a íleon terminal con apéndice aumentado de tamaño y perforación de aproximadamente 3 cm en colon ascendente a unos 15 cm del polo cecal. Se envía muestra intraoperatoria a anatomía patológica que informa de tejido inflamatorio, decidiéndose la realización de hemicolectomía derecha con anastomosis laterolateral manual biplano. La paciente evolucionó satisfactoriamente siendo alta al 9º día postoperatorio. La anatomía patológica informó de úlcera perforada con vasos arteriales de pequeño y mediano calibre con obstrucción luminal compatible con vasculopatía ocluyente de Degos.

Discusión: La papulosis atrófica maligna o enfermedad de Degos es una vasculitis sistémica de pronóstico reservado, que puede causar la muerte debido a las complicaciones que pueden aparecer fundamentalmente en el sistema gastrointestinal, sistema nervioso y el aparato ocular. Puede asociarse a otras patologías como el LES, esclerosis sistémica, artritis reumatoide, Crohn, etc. En el caso que se presenta, la paciente no presentaba manifestaciones cutáneas sino gastrointestinales exclusivamente. Las manifestaciones digestivas constituyen las complicaciones más frecuentes alcanzando hasta el 60% de los casos, siendo el intestino delgado el más frecuentemente afectado. La isquemia intestinal puede producir sangrado, perforación, peritonitis e incluso la muerte. En el caso que presentamos la enfermedad se manifestó como perforación de colon ascendente con gran plastrón inflamatorio asociado, controlado adecuadamente mediante tratamiento quirúrgico. El tratamiento alberga opciones desde el uso de inmunosupresores como la ciclosporina como avastin, ciclofosfamida, carbamacepina, aspirina, dapsona e ibuprofeno entre otros, aunque ninguno de ellos se ha identificado como tratamiento completamente eficaz para la enfermedad. En caso de afectación intestinal con sangrado, infarto o perforación como en nuestro caso, la cirugía precoz es el arma terapéutica fundamental para un correcto manejo de la enfermedad.

P-383. ADENOMA VELLOSO HIPERSECRETOR COMO CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL Y SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHELOCK

S. Sánchez García, V. Muñoz Atienza, E.P. García Santos, F.J. Ruescas García, J.L. Bertelli Puche, R. Valle García, P. Villarejo Campos, A. Gil Rendo, C. Manzanares Campillo, R. Vitón Herrero y J. Martín Fernández

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: La intususcepción o invaginación intestinal se define como la introducción de una parte de intestino dentro de otra. La invaginación intestinal en el adulto representa menos del 5% de todas las intususcepciones, que son una patología típica del niño. Además es causa de obstrucción intestinal en tan sólo 1% de los casos. La etiología más frecuente es una lesión de la mucosa intestinal, que en los adultos es de naturaleza maligna en el 90% de los casos. Otras lesiones con potencial de malignización y que pueden ocasionar este tipo de cuadros son los adenomas vellosos hipersecretores. Son lesiones intestinales de localización más frecuente en colon distal y recto, que pueden provocar intususcepción intestinal y un cuadro asociado de diarrea hipersecretora y alteraciones hidroelectrolíticas, denominado síndrome de McKittrick-Wheelock. Nuestro objetivo es presentar el caso de un adenoma velloso hipersecretor que ocasiona un cuadro de intususcepción intestinal con obstrucción aguda complicada con isquemia de pared rectal y asocia las alteraciones típicas del síndrome de McKittrick-Wheelock.

Caso clínico: Mujer de 77 años de edad, estudiada por rectorragia de semanas de evolución y prolapso rectal. En la colonoscopia se observa una masa rectal a 15 cm del margen anal, de aspecto degenerativo y prolapso. Durante el ingreso, presenta empeoramiento clínico y analítico importante, con agravamiento de la insuficiencia renal previa, hipopotasemia de 2,9 mEq/L, normonatremia y acidosis metabólica con ácido láctico normal. Se realiza tomografía axial computarizada urgente, observándose distensión de asas intestinales hasta recto, con imagen de invaginación colorrectal y lesión polipoidea como cabeza de la invaginación. Ante la no mejoría, se decide realizar laparotomía exploradora urgente, obser-

vándose la tumoración polipoidea que ocasiona intususcepción rectal con signos de isquemia en la pared, realizándose intervención de Hartman. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue de pólipo adenomatovelloso en relación con Síndrome de McKittrick-Wheelock.

Discusión: Nuestro caso se presenta como un cuadro atípico de obstrucción intestinal secundaria a intususcepción rectal, junto con alteraciones hidroelectrolíticas llamativas debidas a la diarrea hipersecretora (insuficiencia renal reagudizada, hipopotasemia marcada y acidosis metabólica con ácido láctico normal y anión GAP elevado), en relación con adenoma vellosos hipersecretor. Los adenomas vellosos representan el 3% al 6% de todos los tumores de colon y, de ellos, sólo un 3% son adenomas hipersecretorios. Su localización más frecuente es colon distal y recto, y más del 5% de ellos presentan un diámetro mayor a 5 cm. La intususcepción intestinal en adultos es infrecuente y nos debe hacer pensar en una lesión maligna intestinal, ya que es la causa más frecuente. Su diagnóstico se basa en la visualización de una zona de intestino dentro de otra (engrosamiento mural o doble pared) en la tomografía computarizada (TC). Los adenomas vellosos hipersecretorios representan menos del 1% de las lesiones de la mucosa intestinal. Presentan potencial de malignización, y pueden originar el síndrome de McKittrick-Wheelock, así como la posibilidad de intususcepción intestinal, debido a su gran tamaño. El tratamiento definitivo de la intususcepción intestinal y de los adenomas vellosos es, sobre todo, quirúrgico, mejorando las alteraciones hidroelectrolíticas y eliminando la posibilidad de malignización.

P-384. MEGACOLON SECUNDARIO AL CONSUMO ABUSIVO DE LAXANTES

G.J. Fernández-Díaz, J. Gómez Ramírez, E. Colmenarejo García, S. Salido Fernández, M. Di Martino, M.D.M. Achalandabaso Boira y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: El megacolon es un término descriptivo que se define como un diámetro de colon descendente de más de 6,5 cm, ascendente mayor de 8 cm o ciego superior a 12 cm. Podemos diferenciar entre megacolon congénito, enfermedad de Hirschprung o colon agangliónico, y megacolon adquirido, asociado este último a una aperistalsis del colon de causa idiopática, secundarias a fármacos, como el consumo de laxantes, o enfermedad orgánica subyacente. El cuadro agudo presenta una sintomatología sugestiva de obstrucción intestinal con importante distensión abdominal. Las formas crónicas cursan con un estreñimiento crónico de larga evolución. El diagnóstico es radiológico pero para el estudio etiológico requiere un estudio exhaustivo de la motilidad colónica y presión anorrectal, así como biopsias para descartar aganglionismo. Presentamos un caso de megacolon agudo que precisó cirugía urgente y discutimos los aspectos relacionados con el abordaje diagnóstico-terapéutico de esta entidad.

Caso clínico: Mujer de 40 años, con antecedentes de trastorno mixto ansioso-depresivo, insomnio, anorexia nerviosa y estreñimiento crónico, que presenta un cuadro agudo de dolor y distensión abdominal a tensión de 2 horas de evolución, vómitos y ausencia de deposición de 15 días. La paciente abuso de laxante, llegando a consumir una caja de bisacodilo (Dulcolaxo®) diaria. Exploración: FC 160 lpm, TA 90/50. Abdomen muy distendido, intensamente doloroso a la palpación difusa y livideces en cadera y ambas piernas. Analítica: Cr 1,11 mg/dl; pH 7,450; láctico 2,8 mmol/L. Resto normal. TC abdominal: atelectasia en bases pulmonares por hipoventilación. Intestino grueso dilatado en su totalidad, exceptuando recto, con un calibre máximo a nivel de ciego de 13 cm. Abundantes heces en marco cólico. No líquido libre ni signos de perforación. Órganos abdominales comprimidos y desplazados. Ante el cuadro de un megacolon, con síntomas compresivos importantes y el elevado riesgo de perforación se decide cirugía urgente. Intervención: objetiva importante dilatación de todo el marco cólico que ocupa toda la cavidad abdominal y comprime estructuras adyacentes. No signos de perforación intestinal. Se evidencia aperistalsis colónica por lo que se decide realizar colectomía total e ileostomía terminal. En la anatomía patológica se observa intensa dilatación luminal y adelgazamiento parietal, áreas de intensa congestión vascular con hemorragia de la mucosa y necrosis mural focal. Presencia de plexos ganglionares intramural y submucoso. La paciente evoluciona favorablemente, no presenta complicaciones postoperatorias.

Discusión: El megacolon asociado al estreñimiento crónico y a la toma de abusiva de laxantes es un cuadro poco común que requiere un diag-

nóstico de exclusión. Este cuadro suele estar presente en pacientes con medicación psiquiátrica, que produce estreñimiento y que consumen de forma habitual laxantes de tipo estimulante o irritativo que terminan por producir atonía intestinal. Generalmente el tratamiento en la formas de presentación crónica es conservador, siendo la cirugía el último recurso. En las formas agudas el tratamiento es quirúrgico realizando una colectomía subtotal y anastomosis ileorrectal o cecorrectal. En nuestro caso la paciente acudió con un megacolon agudo por consumo crónico de laxantes por lo que optamos por tratamiento quirúrgico. En el momento de la cirugía como no pudimos descartar la existencia de aganglionismo, nos decantamos por realizar colectomía con ileostomía terminal.

P-385. MANEJO QUIRÚRGICO URGENTE DEL MEGACOLON TÓXICO. SERIE DE CASOS

L. Tortolero Giamate, G. Housari Martín, J. Herrador Benito, M. Coll Sastre, N. Apentchenko Eriutina, S. Yagüe Adán, J. Cabañas Montero, A. Mena Mateos y E. Lobo Martínez

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El megacolon tóxico (MT) es una entidad clínica grave y poco frecuente que se puede desarrollar como complicación de una colitis de cualquier etiología. Se caracteriza por una dilatación cólica grave asociada a toxicidad sistémica. Esta dilatación parece estar en relación con el aumento de la síntesis y liberación de óxido nítrico en la mucosa del colon que produce la relajación muscular de su pared. La toxicidad es debida a la translocación bacteriana que se produce en la mucosa inflamada.

Material y métodos: Revisión de 7 casos de MT tratados de forma quirúrgica urgente en nuestro centro, durante un período de 10 años (2000-2010). Comentamos aspectos clínicos diagnósticos y terapéuticos.

Resultados: De los siete pacientes, cinco eran hombres. La edad media era de 55 años (33-78), siendo de 36 años en el sexo femenino. En seis pacientes, la causa estaba relacionada con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), en el 50% de ellos, era el debut de la enfermedad. En un caso se relacionó con quimioterapia en el curso de una leucemia aguda. Seis de los pacientes se encontraban ingresados en servicios diferentes al de Cirugía General y Digestivo, solicitando valoración por empeoramiento hemodinámico, distensión del perímetro abdominal, dolor abdominal difuso y dilatación cólica en las pruebas de imagen. El tratamiento quirúrgico fue la colectomía subtotal con ileostomía de protección en 5 pacientes y colectomía total con ileostomía terminal en 2. El tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario y la intervención quirúrgica urgente fue menor de 24 horas en tres casos, los cuales presentaban perforación intestinal en el momento de la intervención. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 5 pacientes: infección de la herida quirúrgica, absceso intrabdominal, evisceración, rash cutáneo y shock séptico. La mortalidad en nuestra serie fue del 15%, debido a shock séptico fulminante.

Conclusiones: Al igual que lo descrito por otros autores en nuestra serie se confirma que la causa más frecuentemente asociada a MT es la EII, siendo en nuestro caso del 86%. Existe un mayor riesgo de presentar MT en etapas tempranas de la EII, presentándose como debut de la enfermedad en el 50% de nuestros casos con EII. El MT es una patología grave con alto índice de mortalidad, el tratamiento quirúrgico es urgente y está indicado en aquellos casos en que se evidencia una complicación o en los que progresa la enfermedad pese a medidas conservadoras.

P-386. HEMATOMA INTRAMURAL INTESTINAL ESPONTÁNEO SECUNDARIO A EXCESO DE ANTICOAGULACIÓN. DE LA NO RESECCIÓN A LA NO INTERVENCIÓN

A. Soto Sánchez, M. Hernández Barroso, J.M. Sánchez González, J.G. Díaz Mejías, G. Hernández Hernández, L. Gamba Michel, A. Pérez Álvarez, V. Concepción Martín, A. Varona Bosque, F. García Correa y A. Soriano Benítez de Lugo

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

Introducción: El 80% de hematomas intramurales de intestino delgado suelen ser postraumático, siendo el hematoma espontáneo intramural de intestino delgado una entidad poco frecuente que se observa en pacientes bajo tratamiento anticoagulante, con discrasias sanguíneas, en-

fermedades autoinmunes o más raramente como complicación de úlcera péptica o de pancreatitis aguda. Presentamos dos casos clínicos de hematoema intramural espontáneo de intestino delgado secundarios a exceso de anticoagulación.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 65 años en tratamiento con acenocumamol (Sintrom®) y ácido acetilsalicílico (Adiro®) por cuádruple bypass coronario y anuloplastia mitral que presenta dolor abdominal en mesogastrio de 3 días de evolución, sin defensa, asociado a cese de expulsión de gases y heces. En la analítica destaca leucocitosis con neutrofilia, ATP de 8% y un INR de 9,5. Se realiza ecografía abdominal donde se objetiva moderada cantidad de líquido libre y un engrosamiento intestinal segmentario a nivel periumbilical de 2 cm. Tras los hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente hallando 1L de líquido sanguinolento y dos segmentos de intestino delgado, localizados a 60 cm y a 120 cm del Treitz con signos de congestión venosa y dudas sobre su viabilidad. Se decide no resecar y realizar "second look" a las 48h que confirma viabilidad de las asas. El paciente evolucionó favorablemente siendo dado de alta al 8º día de ingreso. Caso 2: mujer de 48 años en tratamiento con warfarina (Coumadin®) y ácido acetilsalicílico (Adiro®) por síndrome antifosfolípido, que refiere dolor abdominal de 48h de evolución localizado en fosa iliaca izquierda, sin defensa, asociado a vómitos y disminución en la expulsión de gases y heces. En la analítica destaca leucocitosis con neutrofilia, con INR de 8. Se realiza TAC abdomen-pelvis donde se observa engrosamiento mural de duodeno y yeyuno de 1,7 cm. El tránsito intestinal con gastrografin no demuestra causa obstructiva. Se decide instaurar tratamiento médico con buena evolución siendo alta al 7º día de ingreso.

Discusión: El hematoma intestinal espontáneo es una entidad infrecuente que ocurre principalmente en pacientes con tratamiento anticoagulante (1/2.500) o con enfermedades hematológicas, inmunológicas o en tratamiento quimioterápico. Dado que se presenta con un cuadro de características inespecíficas debe sospecharse en pacientes con los antecedentes descritos, con INR muy por encima del rango terapéutico y con una clínica similar a la de una obstrucción intestinal. La ecografía y/o TAC abdominal nos ayudan de forma considerable al diagnóstico objetivándose en dicha pruebas el engrosamiento homogéneo y simétrico de las paredes intestinales, con estrechamiento de su luz, sin signos inflamatorios de la grasa adyacente. El tratamiento inicial es conservador (reversión de la anticoagulación con vitamina K, plasma fresco congelado o crioprecipitados) requiriéndose intervención quirúrgica sólo en casos seleccionados. No existen datos claros en la literatura sobre el momento idóneo para la reintroducción de la anticoagulación por lo que se decidirá en base a la situación clínica del paciente y su enfermedad de base.

P-387. APENDICITIS AGUDA AMEBIÁSICA

I. Abellán Morcillo, V. Munitiz, J. Abrisqueta Carrión, R. Brusadin, V. Olivares Ripoll, A. González Gil, C. García Zamora, E. Gil, J. Ruiz Pardo, M. Paredes Quílez y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia.

Introducción: La apendicitis aguda está considerada la causa más frecuente de urgencia quirúrgica abdominal en nuestro medio. Los cuadros de apendicitis aguda secundarios a una infección amebiana, son extremadamente raros en nuestra sociedad, existiendo escasas citas en la literatura, describiéndose en países subdesarrollados.

Caso clínico: Varón de 38 años de edad, originario de Burkina Faso. Entre sus antecedentes destaca VHB crónico diagnosticado en 2008 en tratamiento con antivirales. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución de inicio en mesogastrio y focalizado en fosa iliaca derecha (FID), asociando fiebre de 38,4 °C sin diarrea asociada ni otra sintomatología. A la exploración física destaca dolor a la palpación en FID con defensa y signos de irritación peritoneal a ese nivel. Analíticamente destaca una PCR de 25 mg/L, 17.460 leucocitos (85%N) y una AP del 94%. La ecografía abdominal informó de apendicitis aguda retrocecal. Se intervino de urgencia mediante abordaje laparoscópico, hallando cirrosis hepática micronodular y apendicitis aguda purulenta retrocecal con peritonitis purulenta circunscrita a FID. Se realizó apendicectomía, dejando un drenaje en lecho quirúrgico. El paciente evolucionó favorablemente, siendo alta al 2º día postoperatorio. El informe anatomopatológico definitivo informó de apéndice cecal con intenso infiltrado inflamatorio agudo y presencia de numerosos trofozoitos de Entamoeba histolytica a nivel de la luz apendicular (tinción hematoxilina-eosina), confirmados posteriormente con mediante la técnica de PAS (ácido periódico de Schiff). Informando el diagnóstico de apendicitis aguda amebiásica.

Discusión: La apendicitis aguda parasitaria, es una entidad muy poco frecuente, siendo la literatura sobre estos casos muy escasa. Algunas revisiones realizadas en países subdesarrollados hablan de una frecuencia de apendicitis por esta causa de entre el 2,3% y el 3,9%, disminuyendo esta drásticamente en nuestro medio existiendo escasos casos publicados al respecto. El reservorio de E. histolytica son los humanos, siendo esta la principal fuente de infección. Unas condiciones de vida precarias, la escasez de higiene y la ingesta del parásito en forma de quistes, son las causas predisponentes más importantes en los países subdesarrollados, sin restar importancia a los fenómenos migratorios que predicen un aumento de la incidencia en nuestra sociedad. La inflamación apendicular es secundaria a la obstrucción de la luz por el edema de la mucosa causado por la presencia de trofozoitos, que son la forma activa de E. histolytica. El cuadro clínico de la apendicitis amebiásica no difiere normalmente, de los síntomas habituales. La evolución postoperatoria de los pacientes con apendicitis amebiásica es similar a la del resto de los pacientes, excepto que esta presenta una mayor presencia de fistulas intestinales (2,3% vs 0,07%). El tratamiento de elección de estos pacientes al igual que en la apendicitis clásica es la cirugía, seguida de una correcta cobertura antibacteriana generalmente con metronidazol y un completo estudio del paciente en unidades especializadas. La apendicitis aguda por amebas es extraordinaria en nuestra sociedad, no obstante el aumento de la inmigración en nuestro medio podría traer consigo un aumento de su prevalencia por lo que ha de ser tenida en cuenta a la hora de establecer un diagnóstico diferencial.

P-388. ABDOMEN AGUDO COMO COMPLICACIÓN DE DIVERTÍCULO DUODENAL

M. Arana, P. Sendino, J. Ramos, M.A. Ulacia y A. Colina

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: La enfermedad diverticular del duodeno es una entidad clínica poco frecuente y su perforación, la complicación menos habitual. La secuencia diagnóstica y terapéutica no está bien definida, ya que su forma de presentación y sus síntomas son muy inespecíficos. Se presenta el caso clínico de una mujer de 74 años con perforación de divertículo duodenal, ya conocido previamente por técnicas de imagen.

Caso clínico: Mujer de 74 años, hipertensa, en controles por Oncología por adenocarcinoma de mama intervenido en enero de 2008. Acude a la urgencia por cuadro de 48 horas de evolución de dolor abdominal en hipocóndrio derecho y fiebre de 39 °C. No otra clínica sobreañadida. A la exploración la paciente se encuentra afebril, estable hemodinámicamente, con abdomen agudo. En la analítica destaca una PCR de 29,5; 81.000 plaquetas y 14.200 leucocitos (78% de neutrófilos). El TAC abdominal realizado de urgencia informa de microperforación de divertículo en segunda porción duodenal, siendo ya conocido en exploración radiológica previa (noviembre de 2009). Ante estos hallazgos se decide realizar laparotomía urgente, identificándose una peritonitis purulenta localizada con plastrón inflamatorio periduodenal, formado por epiplon mayor y mesocolon. Divertículo en segunda porción duodenal, en cara pancreática, inflamado y perforado con esfacelos. A su vez se encuentra un cuerpo extraño de 2 cm, semisólido, afilado, que asoma por foco de necrosis diverticular. Se realiza maniobra de Kocher, liberación del cuello del divertículo y sección del mismo. Epiploplastia de Graham. El resultado de la anatomía patológica informa de divertículo de 6 × 4 × 2 cm con diverticulitis aguda necrotizante perforada y el fragmento referido como cuerpo extraño se corresponde con fibras vegetales. La evolución postoperatoria transcurre de forma favorable, siendo dada de alta el 9º día postoperatorio.

Discusión: La incidencia de divertículos duodenales oscila entre el 5 y el 10% de los pacientes a los que se les realiza exploraciones del tracto digestivo alto. El 62% asientan en la segunda porción duodenal y con frecuencia a nivel periampular. Habitualmente son múltiples y en un 3% de los casos se hallan asociados a divertículos yeyuno-ileales. El tamaño varía de 1 a 10 cm y generalmente los pacientes permanecen asintomáticos. En su gran mayoría son extraluminales, adquiridos y no involucionan todo el espesor de la pared duodenal, atribuyéndose a un proceso cicatricial. La hemorragia digestiva, la pancreatitis y la obstrucción biliar son las complicaciones más frecuentes, siendo la perforación una rareza clínica, con muy pocos casos descritos en la literatura, lo que conlleva a un retraso en el diagnóstico. En estos casos, la sospecha clínica y la realización de un TAC urgente, exploración diagnóstica de elección, permitirán alcanzar su diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico y el tipo de intervención de-

pende del tiempo de evolución y de los hallazgos intraoperatorios. La morbilidad estará relacionada con la demora en el diagnóstico.

P-389. NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL. NEUMOPERITONEO RECIDIVANTE

M. Arana de la Torre, Y. Kataryniuk, M.A. Ulacia y A. Colina

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: La neumatosis quística intestinal (NQI) es una enfermedad poco común, de etiología desconocida y de curso variable, caracterizada por el acúmulo de gas dentro de cavidades quísticas de tamaño variable, subserosas o submucosas, a lo largo de la pared del tracto digestivo, siendo más habituales en el intestino delgado y colon. Se postulan varias teorías; entre ellas, la mecánica, la bacteriana y la bioquímica. Puede ser primaria o secundaria y presenta una evolución benigna, generalmente asintomática, aunque pudiendo debutar hasta en un 30% de los casos como neumoperitoneo espontáneo.

Caso clínico: Varón de 76 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal. Entre sus antecedentes cabe destacar hace 5 años laparotomía exploradora con hallazgo de neumatosis intestinal y varios ingresos posteriores por mismo cuadro que evolucionan satisfactoriamente con tratamiento conservador, así como múltiples ingresos por cuadros suboclusivos. Refiere cuadro de varias horas de evolución de dolor abdominal junto con malestar general y vómitos. Tránsito intestinal conservado. A la exploración permanece afebril, con abdomen blando, depresible sin datos de peritonismo. En la radiografía de abdomen se aprecia neumoperitoneo, confirmado por TAC, observándose a su vez burbujas aéreas en la pared intestinal sin otros hallazgos patológicos. Tras varios cuadros similares previos se decide ingreso con tratamiento conservador evolucionando favorablemente.

Discusión: La neumatosis quística intestinal es un proceso benigno, lo que hace que el pronóstico sea bueno y el tratamiento de elección, conservador. La sintomatología suele ser inespecífica (molestias abdominales difusas, diarrea, distensión abdominal). A su vez, puede ser percibido como una masa abdominal móvil e indolora. La evolución suele ser favorable, con regresión de los quistes, siendo menos frecuente la cronicidad. Su hallazgo es radiológico o endoscópico y la cirugía sólo estará indicada en casos de persistencia de síntomas a pesar de tratamiento conservador.

P-390. HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARIZ ILEAL EN PACIENTE CIRRÓTICO SIN CIRUGÍAS ABDOMINALES. CASO CLÍNICO

N. Apentchenko, L. Tortolero, S. Corral, L. Latorre, T. Pozancos, A. Sanjuanbenito y E. Lobo

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La presencia de varices ectópicas es una rara manifestación de la hipertensión portal del cirrótico que habitualmente se presenta en pacientes con antecedente de intervenciones quirúrgicas, siendo excepcional en aquellos no operados previamente. Nuestro objetivo es presentar el caso de una paciente tratada quirúrgicamente en nuestro centro por una hemorragia digestiva baja por varices ileales.

Caso clínico: Mujer de 53 años, con cirrosis hepática por VHC Child A, VIH, sin intervenciones quirúrgicas previas que ingresa por cuadro de rectorragia, con progresiva inestabilización hemodinámica y deterioro del estado de consciencia, por lo que precisa ingreso en la Unidad de cuidados intensivos. Al ingreso se realiza arteriografía, demostrándose presencia de conglomerado de vasos varicosos a nivel del mesenterio ileal en contacto con la pared del intestino que se rellenan en tres fases, que objetiva signos de hepatopatía crónica, escaso líquido libre y la presencia de varices parauterinas bilaterales, sin sangrado activo. Tras las pruebas realizadas, la paciente continúa con rectorragia, anemización y necesidad de drogas vasoactivas, por lo que se coloca TIPPS el cual, demostrada por eco-doppler su permeabilidad, tampoco produce resolución del cuadro. Finalmente, al octavo día del ingreso, tras la transfusión de 17 hemoconcentrados, 7 pool de plaquetas y 2.000

mililitros de plasma, se realiza intervención quirúrgica. Se observan adherencias entre el íleon terminal y fondo uterino, una gran dilatación de venas pélvicas, así como un gran vaso venoso dilatado que se introduce en serosa ileal, y que se continúa con dilatación varicosa de vasos del mesenterio. Se realiza resección de segmento ileal previa ligadura de vascularización colateral. El postoperatorio transcurre sin incidencias y la paciente es dada de alta al octavo día tras la intervención.

Discusión: La aparición de varices ectópicas puede darse en numerosos sitios del abdomen, incluido intestino delgado, duodeno, recto, estomas, tracto biliar, etc. y representan hasta el 5% de los casos de sangrado por varices del paciente con hipertensión portal. El diagnóstico y tratamiento de este tipo de sangrado puede ser dificultoso por su escasa accesibilidad. Los distintos tratamientos incluyen el uso del octreótido y otros derivados de la vasopresina, las terapias locales endoscópicas y la angiembolización. La creación de un shunt portosistémico mediante la colocación de un TIPPS, consituye actualmente la primera línea de tratamiento de este tipo de sangrado, pero tiene una elevada tasa de resangrado, siendo, como ocurre en este caso, imperativo el tratamiento quirúrgico. La particularidad de este caso reside en que, a diferencia de lo descrito en la literatura, la aparición de las varices no responde a la revascularización de adherencias intraabdominales secundarias a una intervención quirúrgica previa, sino que pudiera estar en relación con un antecedente de cuadro inflamatorio pélvico, no documentado en la historia de la paciente.

P-391. PERFORACIÓN INTESTINAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE LINFOMA B DE CÉLULAS GRANDES ASOCIADO A VIRUS DE EPSTEIN-BARR

T. Gómez Sánchez, M. Rodríguez Ramos, D. Sánchez Relinque, F. Grasa González, L. Elmalaki Hossain, S. Gómez Modet y E. García-Sosa Romero

Hospital Punta de Europa, Algeciras.

Introducción: Las neoplasias de intestino delgado son muy infrecuentes, siendo el linfoma no Hodgkin el tercero más prevalente. Suele asentarse en la mucosa gástrica, colon y, en menor medida, el intestino delgado. Los tipos histológicos más frecuentes son el linfoma MALT y el linfoma difuso de células grandes. Existe un subtipo asociado a virus de Epstein-Barr (VEB) asociado a pacientes mayores de 70 años, más agresivos y de peor pronóstico. Se presenta un caso de un paciente cuya primera manifestación de un linfoma B de células grandes fue una perforación intestinal.

Caso clínico: Varón de 74 años con antecedentes de EPOC, IVC y artritis reumatoide que acude a urgencias por dolor abdominal de inicio súbito en hemiabdomen izquierdo asociado a vómitos alimenticios de 3 horas de evolución. A la exploración encontramos un paciente sudoroso, afebril, hemodinámicamente estable. Abdomen globuloso, depresible, con dolor a la palpación difusa y defensa marcada en flanco izquierdo. No se palpan masas ni megalías. Presenta leucocitosis con neutrofilia y una PCR en 3.98. Se realiza TAC toraco-abdominopélvico donde se objetiva neumoperitoneo con líquido libre extraluminal y signos de perforación de intestino delgado siendo el resto del estudio normal. El paciente se interviene de urgencias realizándose lavado abundante de la cavidad y resección segmentaria con anastomosis de intestino delgado (yeyuno), asociado a antibioterapia de amplio espectro. El postoperatorio cursa favorablemente dándose alta al Servicio de hematología a los 6 días. El resultado de anatomía patológica fue de linfoma B difuso de células grandes centroblástico que perfora intestino delgado. Se realiza serología de virus, siendo positivo a virus de Epstein Barr. Actualmente el paciente se encuentra en tratamiento con quimioterapia, sin evidencia de progresión, tras 3 meses de seguimiento.

Discusión: Las neoplasias de intestino delgado son muy infrecuentes, constituyendo el linfoma entre el 15 y 20% del total. La localización más frecuente en el ID es íleon terminal seguido de yeyuno, y del 5 al 15% de los casos se presentan como abdomen agudo por perforación intestinal. La asociación con el VEB empeora el pronóstico, al parecer, por presentarse en pacientes con cierto grado de inmunodepresión. El tratamiento es quirúrgico asociado a quimioterapia y/o radioterapia. La supervivencia a los 5 años es del 60% aunque la asociación a VEB, la presentación inicial como perforación intestinal y otros parámetros inmunohistoquímicos pueden reducir este porcentaje al 25%.

P-392. ISQUEMIA INTESTINAL A CAUSA DE ANILLO APENDICULAR

L. Agirre Etxabe, A. Sarriugarte Lasarte, H. Marín Ortega, M. Prieto Calvo, I. Palomares Echeverría, R. Saa Álvarez, P. Rubio Cerdeiro, F. Múgica Marquiegui, R. Pinedo Fernández, J. Losada Rodríguez y A. Colina Alonso

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Introducción: La apendicetomía es una de las intervenciones más frecuentemente realizada en los servicios de urgencia de los hospitales por parte de los cirujanos generales, habitualmente por apendicitis aguda, pero en ocasiones es debida a otro tipo de patologías.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 52 años sin antecedentes personales de interés que acude a la urgencia hospitalaria por dolor abdominal en hipogastrio de pocas horas de evolución, asociando vómitos. No refiere fiebre ni otra sintomatología. Una semana antes, presentó episodio de dolor abdominal en flanco y fosa lumbar derecha, tratada por su médico de atención primaria con antibióticos por sospecha de infección urinaria, cediendo el cuadro. A la exploración física la paciente se encontraba estable hemodinámicamente, afebril, con abdomen doloroso en hipogastrio, sin irritación peritoneal. Analíticamente presenta leucocitosis con neutrofilia por lo que se realiza una ecografía abdominal que muestra datos de sufrimiento intestinal el TAC abdominopélvico describe isquemia intestinal de íleon con semitorsión del mesenterio con sufrimiento de asas y trombosis parcial de vena mesentérica superior. Se realiza intervención quirúrgica (imagen) de urgencia con hallazgos de isquemia de íleon terminal provocado por brida de apéndice y mesoapéndice por lo que se realiza liberación de la brida con apendicetomía incluida y resección de aproximadamente un metro de íleon terminal con anastomosis íleo-cecal latero-lateral. La anatomía patológica (imagen) mostró apendicitis aguda e isquemia intestinal de origen venoso. La paciente presentó buena evolución, por lo que fue dada de alta al 5º día posoperatorio.

Discusión: Fobes Hawks dividió las causas de obstrucción intestinal por apendicitis en mecánica, sépticas o por combinación de ambas. Actualmente se pueden clasificar las obstrucciones intestinales por apendicitis en cuatro clases: adinámica, mecánica, mecánica estrangulada y obstrucción por isquemia mesentérica. El caso que presentamos es único por presentarse como isquemia intestinal sin clínica de obstrucción intestinal, a causa de una brida apendicular tras apendicitis aguda con fijación de la punta apendicular en mesenterio produciendo torsión y compromiso vascular del íleon terminal. La apendicitis aguda en ocasiones condiciona patología asociada como obstrucción e isquemia intestinal como en este caso que deben ser tenidas en cuenta. El diagnóstico radiológico es de suma importancia en dichos casos y el tratamiento quirúrgico no debe demorarse en el tiempo.

P-393. TUMOR MALIGNO DE VAINA NERVIOSA PERIFÉRICA COMO MASA PRESACRA EN PACIENTE CON CLÍNICA DE NEUROFIBROMATOSIS TIPO I

E. Arrúe del Cid, J.R. Brin Reyes, A. Gortázar Pérez-Somarrriba, E. Sánchez López, I. Cal Vázquez, G. Sanz Ortega, M. Ortega, L. Ortega, H. Zimman y J. Cerdán Miguel

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Los tumores malignos de vaina nerviosa periférica son lesiones sarcomatosas de origen ectomesenquimal. Debido a que se originan de nervios periféricos pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y presentar un reto diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Varón de 34 años con sospecha de neurofibromatosis tipo I, aunque nunca había sido sometido a estudios genéticos confirmatorios. Debutó con dolor de tipo eléctrico paroxístico en el pie izquierdo que se exacerbaba con la bipedestación, con impotencia funcional para la deambulación. La exploración neurológica mostró un déficit del reflejo aquileo en el pie izquierdo. La RM mostró una masa presacra que se extendía a través del agujero ciático mayor hacia la región glútea, siguiendo el trayecto teórico del plexo lumbosacro, con una longitud máxima de unos 17 cm. Desplazaba al colon sigmoideo y la vejiga sin infiltrarlas. La sospecha radiológica inicial fue de neurofibroma. Se intervino quirúrgicamente mediante laparotomía media infraumbilical,

confirmándose la existencia de un tumor presacro que se extendía desde el promontorio hasta espina isquiática izquierda que desplazaba uréter, arteria y vena iliaca izquierdas común e interna. Se logró la extirpación macroscópica total del tumor y el paciente fue dado de alta sin complicaciones. La anatomía patológica fue de tumor maligno de vaina nerviosa periférica sobre neurofibroma plexiforme, con un índice proliferativo de 60% e infiltración de márgenes quirúrgicos. Dos meses después reingresó por dolor persistente en región sacrocoxígea y caquexia. Se diagnosticó de recidiva local y múltiples metástasis de nueva aparición en pala iliaca, pelvis, columna cervicodorsolumbar, pulmón, hígado, tiroides, mediastino y glándulas adrenales. Se trató con quimio y radioterapia, sin respuesta. La enfermedad progresó a pesar de una segunda línea de antineoplásicos y el paciente falleció a los tres meses de la intervención.

Discusión: Los tumores de vaina nerviosa periférica son neoplasias muy raras en la población general, con una incidencia de 0,001%. En pacientes con neurofibromatosis tipo I estos tumores pueden ocurrir hasta en el 10% de los casos, siendo mayor la incidencia cuando existe un neurofibroma plexiforme, como en este paciente. El tratamiento es controvertido y aunque en este caso se optó por una resección inicial completa, otras opciones incluyen biopsias abiertas, vaciamiento subtotal, seguido por una resección oncológica tras obtener el estudio anatomopatológico definitivo. En muchas ocasiones la resección agresiva incluye el sacrificio de estructuras vasculonerviosas importantes o amputaciones de la extremidad. Los factores de riesgo para desarrollar metástasis son tamaño mayor a 5 cm, alto grado histológico, márgenes con hallazgo de malignidad y neurofibromatosis tipo I, todos presentes en este caso. La radioterapia y quimioterapia son poco efectivas y la supervivencia a corto plazo es mala. Los tumores malignos de vaina nerviosa periférica representan un reto diagnóstico y terapéutico dado su localización variable, alta agresividad, necesidad de cirugía radical y mala respuesta al tratamiento oncológico convencional.

P-394. MASA QUÍSTICA ABDOMINAL: EL QUISTE DE URACO MALIGNIZADO

M. Ruiz López, L. Flores Sirvent, S. Mera Velasco, I. González Poveda, J. Carrasco Campos, J.A. Toval Mata, N. Marín Camero y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La malignización del quiste de uraco es rara, menos del 0.5% de tumores vesicales. Presentamos un adenocarcinoma de uraco tipo mucosecretor planteando dos diagnósticos diferenciales: quiste mesentérico y cistoadenoma ovárico.

Caso clínico: Mujer de 74 años, antecedentes de cardiopatía hipertensiva y dislipemia, acude a consulta por aumento del perímetro abdominal de dos años de evolución y con clínica de disminución del tránsito intestinal y la diuresis. A la exploración, masa abdominal ocupando hemiabdomen inferior. Exploración ginecológica normal. Analíticamente tan sólo llamaba la atención un CEA de 50,2. Ecografía con masa hipogástrica heterogénea de 17 × 15 × 12 cm, de aspecto quístico, con calcificaciones en superficie, sin evidenciar vascularización interna. TC abdominopélvico con lesión hipodensa quística en mesenterio, pared engrosada con calcificaciones en periferia, sin continuidad con útero, ovarios ni vejiga, desplazando a esta última. Se programa cirugía y realizamos exéresis en bloque de la masa con pared anterior y cúpula vesical, no encontrando afectada la mucosa vesical. El resultado anatomopatológico fue de adenocarcinoma de uraco tipo mucosecretor, infiltrando pared vesical. Se remitió a Urología y Oncología descartándose otra actitud terapéutica.

Discusión: La incidencia del carcinoma de uraco es del 0,01% del total de cánceres, 80-90% son adenocarcinomas, fundamentalmente mucinosos. En el TC, la imagen de masa en línea media supravescical con calcificaciones en su interior es muy característico de carcinoma de uraco. Su pronóstico es malo por presentar síntomas tardíos, invasión local temprana y metástasis. Los diagnósticos diferenciales planteados fueron: quiste mesentérico, masa abdominal compresible causante de dolor y distensión y cistoadenoma ovárico, compatible con edad y clínica de la paciente, pero en nuestro caso la exploración ginecológica fue normal. Como conclusión, el quiste de uraco malignizado es una entidad rara a tener en cuenta ante el hallazgo de una masa abdominal, por el mal pronóstico asociado al retraso en el diagnóstico.

P-395. ENFERMEDAD DE CASTELMAN, LA GRAN SIMULADORA

S. González Martínez, V. González Santin, R. Memba Ikuga, R. Jorba Martín, F. Mata Sancho, I. Ramos Bernardo, E. Bachs Carré, P. Lozano Arranz y P. Barrios

Hospital Moisés Broggi, Sant Joan Despí.

Introducción: La enfermedad de Castelman es un desorden linfoproliferativo, siendo una de las causas de linfadenopatía no neoplásica. Se manifiesta de formas diversas, afectando a cualquier región anatómica "mimetizando" otras enfermedades, tanto inflamatorias como neoplásicas.

Caso clínico: Mujer de 66 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que tras realizarse control ginecológico de rutina, se practica TAC abdominal que evidencia una masa abdominal. Exploraciones complementarias: TAC abdominal con contraste, que puso de manifiesto tumoración sólida, bien delimitada de 32 mm, en FII, adyacente a asa de yeyuno, de la cual aparenta depender, si bien muestra relación excéntrica respecto de su pared. Presenta un amplio aporte vascular y se acompaña de dos nódulos hiperdensos anteriores a m. psoas compatibles con adenopatías. No se objetivaron otras lesiones a nivel torácico o abdominal. CEA, Ca 19.9, B2 microglobulina y cromogranina A normales. Ante estos datos clínico-radiológicos, se realizó la orientación diagnóstica de tumor carcinoide intestinal como primera opción, indicándose cirugía. Hallazgos quirúrgicos: lesión nodular de aspecto rojizo, de 3 cm de diámetro, localizada en el mesosigma con dos lesiones de menor tamaño en la raíz de dicho meso. No afectación de ID. Se practicó resección en bloque del mesosigma, incluyendo los nódulos distales y el segmento de sigma adyacente. Anastomosis T-T manual. Anatomía patológica: hiperplasia angiofolicular ganglionar (enfermedad de Castelman tipo hialino vascular) que afecta a un ganglio mesosigmoide de 3,5 × 3,5. Resto de ganglios (8) sin anomalías. Evolución: buen postoperatorio. La paciente sigue libre de enfermedad al año de la intervención.

Discusión: La enfermedad de Castelman es una hiperplasia de los nódulos linfáticos que puede manifestarse en cuello (15%), tórax (70%), abdomen y pelvis (15%). La afectación por la enfermedad puede ser unicéntrica, como el caso que presentamos, en la que predomina el componente hialino vascular, o multicéntrica que muestra enfermedad con alteración de células plasmáticas. La variedad hialino vascular representa el 90% de los casos, produciéndose en pacientes de edad media que manifiestan una lesión en forma de masa asintomática con un curso generalmente benigno. El TAC muestra una masa solitaria no infiltrante (50%) o una masa dominante con linfadenopatías asociadas (40%); esta última presentación coincidiría con el caso que mostramos. Generan un realce intenso y homogéneo después de la administración de contraste ev, por lo que pueden confundirse con otras lesiones. El tratamiento de la enfermedad de Castelman localizada es quirúrgico, asociando la exéresis del tejido ganglionar patológico. En el 90% de los casos la Enfermedad de Castelman se manifiesta como una enfermedad ganglionar unifocal, en forma de una masa nodular hipercaptante. Sus características la mimetizan con muchas patologías, lo que obliga al diagnóstico diferencial con linfoma, tumores carcinoideos, adenopatías metastásicas y otras causas infecciosas o inflamatorias. En la variante más frecuente (hialino vascular), la resección quirúrgica es curativa.

P-396. ACTINOMICOSIS INTESTINAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA ABDOMINAL

K. Cuiñas León, F. Martínez Arrieta, J.L. Lucena de la Poza, M. Pérez-Seoane de Zunzunegui, A. Sánchez Ramos, A. García Pavia, L. de Gregorio Muñoz, N. Farhangmehr Setayeshi, E. Jiménez Cubedo, A. Ramos Martínez y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Objetivos: Presentar dos casos de actinomicosis como diagnóstico diferencial de abdomen agudo y masa abdominal.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 49 años con hepatopatía crónica enólica que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre de 3 días de evolución. En la exploración destaca masa palpable en hemiabdomen derecho dolorosa a la palpación. Analítica sin hallazgos. La TC abdominal muestra cambios inflamatorios en la grasa mesentérica adyacente a la pared del colon transversal-ángulo hepático en cuyo centro se observa imagen lineal sugestiva de cuerpo extraño. Presenta empeoramiento clínico con

datos de obstrucción intestinal progresiva que no responde a manejo conservador. Caso 2: mujer, 49 años, que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre de 4 días de evolución, sin otra clínica acompañante. En la exploración presenta intenso dolor en FID con plastrón. Analítica sin hallazgos. TC abdominal: lesión de 5,5 cm localizada en FID-flanco derecho, sólida, con escara central grasa y rodeada de trabeculación de la grasa adyacente. Caso 1: se realiza laparotomía exploradora, objetivando dilatación intestinal con inflamación de mesocolon transversal y estenosis del ángulo hepático del colon. Se realiza hemicolectomía derecha y anastomosis ileocólica. Postoperatorio sin incidencias. Anatomía patológica: "pieza de hemicolectomía derecha con trayecto fistuloso transmural en relación con lesión inflamatoria abscesificada en mesocolon entorno a un cuerpo extraño (espina de pescado) junto con agregados de actinomicos en el centro del absceso". Caso 2: se realiza laparoscopia exploradora evidenciando tumoración de 10 cm en FID dependiente del epiploon mayor con reacción inflamatoria y áreas de necrosis en su interior, que se reseca. Anatomía patológica: "fragmento de tejido fibroadiposo de 10 × 10 × 6 cm con necrosis grasa e intenso infiltrado inflamatorio compuesto por colecciones de polimorfonucleares y células plasmáticas, observando focalmente una formación concordante con actinomicosis en la lesión". En ambos casos se inicia tratamiento con amoxicilina durante 6 meses. Asintomáticos hasta el momento.

Discusión: La actinomicosis es una enfermedad infecciosa, poco frecuente, causada en su mayoría por un bacilo grampositivo anaerobio llamado *Actinomyces israeli*, que produce una reacción inflamatoria granulomatosa seguida de necrosis y extensa fibrosis, que se manifiesta con la formación de fistulas, sinus, abscesos o pseudotumores inflamatorios, con una clínica larvada y poco específica. Puede simular tumores malignos, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedades granulomatosas en las exploraciones radiológicas. Se localiza mayoritariamente en la región cervicofacial (50%), seguida del abdomen (20%) y el tórax (15%). La TC es la prueba de imagen más útil para el diagnóstico, aunque éste se consigue en menos de 10% de los casos, confirmándose tras la cirugía y el examen histopatológico de la pieza. La actinomicosis intestinal es una enfermedad inusual que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo y masa abdominal. La antibióterapia con betalactámicos resulta efectiva en el 90% de los casos. La cirugía debe reservarse para los casos de obstrucción intestinal y la sospecha de neoplasia, así como tratamiento adyuvante en el desbridamiento de tejidos necróticos y abscesos.

P-397. LEIOMIOSARCOMA RETROPERITONEAL EN VARÓN ADULTO

E. Jiménez Cubedo, M.C. Jiménez Garrido, A. Colas Vicente, N. González Alcolea, A. Sánchez Ramos, N. Farhangmehr Setayeshi, A. García Pavia, J.G. García Schiever, L.E. Giménez Alvira y V.J. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Introducción: Los tumores retroperitoneales son tumores poco frecuentes que aparecen entre los 40 y 50 años, con una incidencia de 1/300.000 hab/año y la mayoría malignos. Presentan una etiología desconocida, siendo los más frecuentes de tipo mesenquimal, como lipomas o liposarcomas. Su tratamiento es siempre quirúrgico, con un 20% de supervivencia a los 5 años. Presentamos el caso de un varón con masa retroperitoneal de gran tamaño, asintomática, diagnosticada de forma casual por prueba de imagen.

Caso clínico: Paciente varón de 60 años de edad sin antecedentes personales de interés en seguimiento por el servicio de Urología por hipertrofia benigna de próstata y clínica miccional de años de evolución, con varias pruebas de imagen sin alteraciones significativas. En ecografía renal de control, se describe una masa sólida en hipocondrio izquierdo de 14 cm, que impresiona de origen renal o tumoración de partes blandas. En TAC realizado se describe una masa sólida irregular en el retroperitoneo, desplazando e infiltrando el riñón izquierdo sin dilatación de la vía excretora, arteria y vena renal permeables, junto con infiltración del músculo psoas izquierdo. La PAAF mostró diferenciación muscular con técnicas de inmunohistoquímica. Con el diagnóstico de masa retroperitoneal dependiente de tejido muscular, el paciente comenzó tratamiento quimioterápico con adriamicina liposomal, tras lo cual, acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal y estreñimiento, con hallazgos en TAC compatibles con progresión y necrosis tumoral y cuadro suboclusivo, junto con lesión sólida epiploica sugestiva de implante

neoplásico. Se programa cirugía para resección de la masa. Se realiza laparotomía en la que se objetiva una gran tumoración retroperitoneal de 20 cm de diámetro mayor, originada en músculo psoas izquierdo, que ocupa toda la cavidad abdominal izquierda con desplazamiento de estructuras al compartimento derecho. Engloba el riñón izquierdo, mesocolon izquierdo y ángulo esplénico del colon, y se prolonga hasta pelvis con crecimiento extraperitoneal, siguiendo el trayecto de los vasos iliofemorales en su cara posterior sobre la inserción del músculo. Ascitis moderada junto con nódulo epiploico de 3 cm de diámetro y de naturaleza aparentemente metastásica, sin evidencia de otra diseminación en la cavidad abdominal. Se realiza tumorectomía incluyendo parte del músculo ilio-psoas, nefrectomía izquierda y hemicolectomía izquierda, con colostomía terminal en fosa iliaca izquierda. El informe anatómopatológico definitivo informa de masa retroperitoneal de 26 × 24 × 22 cm que engloba riñón y suprarrenal izquierdos y vasos renales, sin infiltrarlos, con positividad para desmina vimentina y actina, siendo sugestivo de sarcoma de alto grado de estirpe muscular, probablemente leiomiomasarcoma fusocelular y pleomórfico de alto grado. La citología del líquido peritoneal aspirado resultó negativa para células tumorales. Postoperatorio tórpido con insuficiencia respiratoria y renal y posterior exitus del paciente tras 40 días de ingreso en UCI.

Discusión: Los leiomiomasarcomas retroperitoneales suponen un 10% de los tumores retroperitoneales, por detrás de los lipomas y liposarcomas, y son más frecuentes en mujeres (> 80%). Suelen ser asintomáticos hasta estadios avanzados en los que adquieren grandes dimensiones. Tienen tendencia al sangrado por su importante componente vascular y a la necrosis y su tratamiento es siempre quirúrgico. Presentan peor pronóstico que los originados en otras localizaciones.

P-398. TUMOR MÜLLERIANO MIXTO MALIGNO PERITONEAL

M. Aguado Pérez, V. López Flor, J. Fernández Moreno, J. Guirao Manzano, J.E. Pérez Folques, J. Vázquez Ruiz y D. Mansilla Molina

Hospital Virgen del Castillo, Yecla.

Introducción: El tumor maligno mixto mülleriano (MMMT) es una entidad poco frecuente que procede de estructuras relacionadas embriológicamente con el sistema mülleriano. Su localización más usual es el tracto genital femenino; en orden decreciente de frecuencia se presenta en endometrio, ovarios, trompas de Falopio, cérvix y vagina, siendo el origen extragenital extremadamente raro, de hecho sólo se han reportado 30 casos en la literatura anglosajona desde que en 1955 Ober y Black publicaran el primer caso. Suelen asentar en el peritoneo pélvico pero también se han descrito en la serosa colónica, retroperitoneo, peritoneo anterolateral y en el mesenterio. En la mayoría de los casos se presentan en mujeres posmenopáusicas mayores de 60 años con factores de riesgo como obesidad, nuliparidad, uso continuado de estrógenos exógenos o tamoxifeno. Esta entidad suele asociarse a tumores sincrónicos o metacrónicos ginecológicos de origen mülleriano, historia de irradiación previa o endometriosis extragenital. El caso clínico que presentamos se manifiesta en una mujer de 75 años de edad sin antecedentes ginecológicos de interés.

Caso clínico: Mujer de 75 años de edad, con antecedentes médicos de hipertensión arterial, glaucoma ocular e insuficiencia venosa de miembros inferiores, consulta por síndrome constitucional y masa abdominal centroabdominal de meses de evolución, sin alteración del tránsito intestinal. La analítica sanguínea es rigurosamente normal, incluidos marcadores tumorales. La ecografía abdominal objetiva ascitis generalizada y masa sólida heterogénea poco vascularizada de 10 cm de diámetro. La tomografía abdominal muestra realce peritoneal y de la grasa mesentérica sugestivo de carcinomatosis y una masa heterogénea que contacta con la pared anterior, de componente sólido y una densidad menor periférica, que podría corresponder con un implante tumoral o tumor primario mesentérico, sin apreciarse imágenes concluyentes de masa ovárica. La paciente fue valorada por Servicio de Ginecología, descartando que la masa tuviera origen ginecológico. Se solicitó una resonancia magnética nuclear que informa de masa intraperitoneal con carcinomatosis asociada, que requiere considerar el mesotelioma y pseudomixoma como posibilidades diagnósticas, sin poder descartar otros orígenes tumorales primarios-secundarios. La muestra obtenida con aguja gruesa es compatible con carcinoma papilar seroso. Ante estos hallazgos, se programa la intervención quirúrgica, apreciándose una

masa de unos 15 cm dependiente de colon transversal con múltiples implantes peritoneales y ascitis de líquido no hemorrágico; los órganos genitales no presentan patología macroscópica. Se realiza exéresis de la masa y resección segmentaria de colon transversal de la que dependía, junto con un implante peritoneal que se remite para examen intraoperatorio, informando de carcinoma papilar seroso de origen desconocido. El estudio anatómopatológico definitivo se describe como tumor mülleriano mixto maligno peritoneal, con expresión de citoqueratinas, vimentina, CD 10, p53, alfa-1 antitripsina y S100. La paciente es dada de alta a la semana de la operación por buena evolución clínica y actualmente está recibiendo tratamiento quimioterápico.

Conclusiones: El tumor mülleriano mixto maligno peritoneal es una patología muy infrecuente que se presenta en mujeres posmenopáusicas mayores de 60 años con historia previa ginecológica y pronóstico muy desfavorable. El tratamiento más efectivo es el quirúrgico teniendo las terapias adyuvantes, como la radioterapia y varias combinaciones de quimioterapia, resultados poco concluyentes.

P-399. MIELOLIPOMA RETRORRECTAL INFILTRADO POR LINFOMA LINFOCÍTICO

M.E. Gámez Córdoba, S. Mera Velasco, I. González Poveda, M. Ruiz López, J. Toval Mata, J. Carrasco Campos, R. Becerra Ortiz, A. Moreno Ramos y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Los tumores retrorrectales son entidades muy infrecuentes y que generalmente cursan de forma asintomática, lo que dificulta su diagnóstico, siendo en muchas ocasiones un hallazgo incidental.

Caso clínico: Mujer de 62 años sin antecedentes que presenta molestias en región sacra y sensación de ocupación rectal. Al tacto rectal se palpa masa extraluminal regular que desplaza anteriormente el recto. Niveles CEA y Ca-19.9 normales. La colonoscopia informa de masa submucosa en recto medio-inferior. RNM pélvica objetiva masa presacra polilobulada de 3 × 8,8 cm que desplaza el recto anteriormente. Ecografía endorrectal visualiza tumoración extramucosa en cara postero-izquierda de recto a 6 cm. Se intervino mediante vía de abordaje transacro (Kraske), objetivándose una tumoración bien encapsulada que se resecó en bloque. El examen histológico informó de una entidad excepcional: mielolipoma con infiltración de linfoma linfocítico de células B, descrito en la literatura en una ocasión hasta este momento.

Conclusiones: Los tumores retrorrectales son más frecuentes en mujeres. Suelen ser benignos. Debido a que en esta zona embriológicamente existen células pluripotenciales, pueden presentar distintas estirpes histológicas. El diagnóstico se basa en la historia clínica, exploración física (un 97% de los pacientes presentan masa palpable), TC, RNM y ecografía endorrectal. La biopsia de la lesión sólo se recomienda en caso de irreseccabilidad para diagnóstico histológico. El tratamiento es quirúrgico. El abordaje abdominal se aconseja en lesiones altas (por encima de S3) y sin afectación sacra; abordaje perineal o transacro (Kraske) en lesiones bajas de un tamaño entre 8-10 cm; y abordaje combinado en lesiones de gran tamaño o que afecten ambos espacios. El mielolipoma extra-adrenal es muy infrecuente, con una incidencia del 0,4% de las autopsias y unos 42 casos publicados, y tan sólo un caso presenta los hallazgos histopatológicos de mielolipoma con infiltración por linfoma no-Hodgkin, como es nuestro caso.

P-400. TUMOR RABDOIDE MALIGNO DE COLON

E. Romera Barba, C. Duque Pérez, M.I. Navarro García, F. Espinosa López, M.M. Carrasco Prats, A. Sánchez Pérez, A. Lage Laredo, B. Agea Jiménez, M.A. García López, J.A. García Marcilla y J.L. Vázquez Rojas

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Introducción: El tumor rabdoide maligno es una neoplasia altamente agresiva, descrita inicialmente en niños en el riñón, como una variante del tumor de Wilm's, con un patrón rabdomiosarcomatoide y un particular mal pronóstico. Posteriormente, tumores con características histológicas similares fueron descritos en otras localizaciones, siendo denominados tumores rabdoide malignos extrarrenales (TRME). Constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias con una expresión fe-

notípica común, caracterizados por una pobre diferenciación, citología peculiar, positividad a vimentina y pésimo pronóstico. Son neoplasias raras, de comportamiento muy agresivo y origen controvertido, descritas en múltiples órganos sólidos y hasta la actualidad sólo 38 casos afectando al tracto gastrointestinal, 5 en esófago, en estómago, 10 en intestino delgado y 7 en el colon. Presentamos un caso de tumor rabdoide maligno de colon.

Caso clínico: Varón de 77 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica, que consultó por cuadro de dolor abdominal y rectorragia de 1 mes de evolución, siendo diagnosticado mediante colonoscopia de neoformación estenosante parcialmente necrosada a 78 cm de margen anal. El TC preoperatorio no mostró evidencia de enfermedad a distancia. Se intervino hallando gran tumoración en colon descendente que infiltraba epiplón y peritoneo parietal, realizando hemicolectomía izquierda con anastomosis y resección de la pared abdominal afecta. La anatomía patológica informó de neoplasia maligna infiltrante de alto grado (pT4aN1bMx), con expresión conjunta de cóctel de citoqueratinas y vimentina, compatible con tumor rabdoide primario de colon. Se reintervino por dehiscencia al 7º día postoperatorio realizando resección de la anastomosis y colostomía terminal en FII. El paciente presentó un postoperatorio tórpido precisando estancia en UCI. Al mes de la primera intervención se realizó TC de control que informó de múltiples adenopatías mediastínicas, retroperitoneales y lecho tumoral previo, lesión focal hepática en el S.VIII sugestiva de metástasis, ascitis y signos radiológicos de carcinomatosis. Tras una evolución desfavorable fue exitus a los 2 meses tras la cirugía.

Discusión: Los tumores rabdoide malignos asientan preferencialmente en riñón, aunque también se han descrito en cerebro, hígado, piel, partes blandas, tracto genitourinario y tracto gastrointestinal. Existe controversia en cuanto a su histogénesis y denominación, en base a que podrían considerarse una variante fenotípica del tumor según el órgano de origen, o bien ser considerados una entidad clínico-patológica independiente. Por ello, actualmente se acepta denominarlos "tumor pobremente diferenciado con características rabdoide". El fenotipo rabdoide se define por la presencia de células pleomórficas con núcleos vesiculares y nucleolo prominente, citoplasma abundante eosinófilo, inclusiones paranucleares, y abundantes figuras de mitosis. Los hallazgos inmunohistoquímicos característicos consisten en la co-expresión de citoqueratinas y vimentina. Aunque presentan una morfología similar a los originados en el riñón, los TRME originados en el tracto gastrointestinal parecen constituir un subtipo único, donde la edad de presentación, distribución por sexos, la respuesta al tratamiento y la supervivencia es distinta: predomina en hombres y en edad avanzada, presentan una escasa respuesta al tratamiento y una supervivencia inferior al 20% al año del diagnóstico, independiente del estadio tumoral. En conclusión, la identificación del fenotipo rabdoide en el tracto gastrointestinal es importante ya que este rasgo se asocia a mal pronóstico con falta de respuesta a terapias convencionales.

P-401. INFILTRACIÓN DE COLON Y VEJIGA POR LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA CON ADENOCARCINOMA DE COLON CONCOMITANTE: UN RARO CASO DE DOBLE NEOPLASIA

S. Arias Martín, C. Uriarte Zaldúa, M.E. Suárez Romy, M. Trassorras Arriarán, P. Bernardo Galán, E. Castro Esnal, J.F. Fernández Val, M.A. Palomar de Luis, J.I. Tubia Landaberea, I. Galarraga Ibarrolaburu e I. Urkidi Valmaña

Hospital de Mendaro, Mendaro.

Introducción: La leucemia linfocítica crónica (LLC) es la leucemia más frecuente en Occidente (25% de las mismas). Es más frecuente en hombres, con una mediana de edad de 65-70 años. Suelen estar asintomáticos en el momento del diagnóstico. Son frecuentes las adenopatías laterocervicales, esplenomegalia (33%) y hepatomegalia (15%). La afectación de otros órganos es rara, siendo los más frecuentemente afectados el corazón, riñón, pulmón o SNC. En otras ocasiones pueden afectar piel, mama y anejos oculares. Por su enfermedad tienen mayor riesgo de presentar segundas neoplasias y es rara la progresión de la propia LLC. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de LLC estable clínicamente, que fue intervenido de neoplasia de colon sigmoide con infiltración vesical, siendo ésta infiltración de su propia leucemia y no por el adenocarcinoma. Así mismo, el colon también presentaba infiltración por la LLC + adenocarcinoma (extremadamente raro).

Caso clínico: Paciente de 78 años diagnosticado de LLC y en seguimiento por hematología durante 6 años, estable, sin haber precisado tratamiento de ningún tipo. Ingresó en planta por cuadro repetido, sugestivo de diverticulitis aguda, con pruebas complementarias que no aclaraban la posible malignidad de la afección (TAC, colonoscopia, AP). Ante la no mejoría del cuadro con tratamiento médico, se decidió realizar cirugía. Fue intervenido quirúrgicamente, observando una neoplasia de colon sigmoide que invadía la cúpula vesical, y que precisó, por tanto, resección de la misma. Se realizó sigmoidectomía con cistectomía parcial y anastomosis primaria. La anatomía patológica de la pieza concluyó adenocarcinoma de sigma, tubular, úlcero-infiltrante (pT3N0, G2 histológico), con infiltración de la pared del colon por leucemia prolinfocítica de células B. Cúpula vesical con infiltración por leucemia prolinfocítica de células B. El postoperatorio transcurrió con normalidad y el paciente fue dado de alta el 7º día postoperatorio.

Discusión: La LLC es una neoplasia de curso benigno, con un alto porcentaje de supervivencia de los pacientes incluso sin tratamiento. En casos excepcionales puede invadir órganos, pero la infiltración del colon y de la vejiga es algo excepcional, ya que en ningún momento se observó una conversión a leucemia aguda, siendo los linfocitos hallados maduros (prolinfocitos, no blastos). Lo extraordinario del caso es que durante la cirugía se vio la invasión de la cúpula vesical, que parecía por el propio adenocarcinoma, y que obligó a resección de la misma, sin embargo la AP sólo apreció infiltración por prolinfocitos, estando también afectada la pared del colon por la doble neoplasia... En el caso expuesto, la dificultad posterior radicaba en el tratamiento complementario: ¿QT para el colon? o ¿QT para la LLC? Finalmente y tras consultar a los servicios de oncología médica y hematología, se puso tratamiento con QT para la LLC, y no para el adenocarcinoma.

P-402. TUMOR FIBROSO SOLITARIO INTRAABDOMINAL GIGANTE. UNA LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE

S. González-García, F. Mon-Martín, A. Bravo-Gutiérrez, L. Delgado-Plasencia, N.D. Lorenzo-Rocha, J. Cruz-Jurado, C.N. Hernández-León, A. Martínez-Riera y V. Medina-Arana

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: El tumor fibroso solitario es un tumor raro de origen mesenquimal, compuesto de células fusiformes, de localización fundamentalmente pleural y/o meníngea, siendo más infrecuente en el abdomen donde se han descrito casos de localización hepática, pancreática, renal y retroperitoneal. Su crecimiento suele ser lento por lo que cursan con clínica indolente hasta alcanzar un tamaño que condiciona sintomatología obstructiva, disconfort abdominal o tumoración abdominal palpable. El diagnóstico se basa en las características histológicas. Macroscópicamente son tumores bien delimitados de superficie lisa que generalmente alcanzan grandes dimensiones. Se les atribuye un comportamiento benigno en la mayoría de los casos, pero pueden recidivar incluso varios años después de la exéresis o metastatizar a distancia.

Caso clínico: Paciente varón de 75 años de edad con antecedentes personales de ex-fumador, anemia ferropénica y bronquitis crónica; que acude a consulta externa de Medicina Interna por aumento del perímetro abdominal en relación con masa abdominal de aproximadamente 2 meses de evolución que el paciente relaciona con cuadro bronquítico, sin síndrome constitucional asociado. En la exploración física destaca masa de aproximadamente 12 cm de diámetro en región umbilical y de hipogastrio de consistencia dura. En la analítica destaca un CA 125 de 30,5 U/ml y CEA de 1,2 ng/ml. Se realiza TC de abdomen que objetiva masa abdómino-pélvica mixta de predominio sólido con áreas hipodensas en su interior por necrosis tumoral, con unas dimensiones de 12,4 x 11,8 cm y se extiende cranealmente hacia la región hepático-gástrica perdiendo plano con la cabeza y cuerpo pancreático, y extensión caudal hacia la pelvis que está completamente ocupada por dicha masa. La masa produce compresión y desplazamiento de todas las estructuras abdómino-pélvicas e hidronefrosis derecha. Se realiza biopsia ecodirigida con resultado de proliferación mesenquimal con hallazgos morfoinmunohistoquímicos consistentes con tumor fibroso solitario. La intervención quirúrgica mostró una tumoración gigante retroperitoneal que afectaba íleon, con uréter derecho íntimamente adherido y dilatado por compresión. Importantes varicosidades en pelvis y peritoneo; se realizó exéresis de la tumora-

ción junto con aproximadamente 50 cm de ileon terminal y ciego junto con anastomosis ileoascendente. La pieza de resección medía 23 × 15 cm y pesaba 3.900 Kg. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. La anatomía patológica definitiva fue de tumor fibroso solitario retroperitoneal (pT2b, sin afectación del segmento intestinal resecado); se demostró positividad para CD-34, CD-99 y bcl2.

Discusión: El tumor fibroso solitario es un tumor poco frecuente de origen mesenquimal, siendo aún más infrecuente su localización intraabdominal, con menos de 50 casos descritos en la literatura. A pesar de alcanzar grandes dimensiones debe intentarse su resección completa porque suelen estar bien delimitados. La resección del tumor debe incluir los órganos afectados ya que la enucleación se considera una resección R1. En el caso clínico presentado confirmamos la vaguedad de la sintomatología así como los hallazgos inmunohistoquímicos característicos de esta lesión.

P-403. LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL RECIDIVANTE EN UN PACIENTE CON SUPERVIVENCIA PROLONGADA: UN RETO TERAPÉUTICO

O. Roza Coronel, F. Bellido, J.M. Fernández, F. Rodríguez, J. Sánchez Tocino, M. Angoso, M. Roldán, E. Pérez García, Y. Aguilera, L. Muñoz Bellvis y J.I. González

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: El liposarcoma retroperitoneal es un tumor mesenquimal; representa el 15% de todos los tumores de tejidos blandos y es el más frecuente de todos los tumores retroperitoneales. El diagnóstico precoz es limitado por la inexpresividad clínica en retroperitoneo hasta no alcanzar un tamaño causante de síntomas. Por esto, es importante la exploración ya que el síntoma principal es la masa palpable. Las imágenes diagnósticas son útiles ya que pueden demostrar la afectación estructural, ubicación, y así determinar su tratamiento. El único tratamiento potencialmente curativo es la cirugía, sin embargo se utilizan la neoadyuvancia y adyuvancia con radioterapia y quimioterapia aún sin estudios consistentes. La recidiva local y multicéntrica es muy frecuente, situación que plantea retos terapéuticos aún por superar. Describimos un caso clínico de un liposarcoma retroperitoneal (Tumor sincrónico con un ADC de recto), que a pesar de las resecciones completas confirmadas por estudio histológico, presentó múltiples recidivas con progresión histológica, con prolongada supervivencia (11 años).

Caso clínico: Varón de 62 años sin antecedentes que consulta por abdominalgia difusa, rectorragias y una hernia inguinal derecha dolorosa (1 mes). A la exploración presenta gran masa palpable en región mesogástrica, una masa rectal a 5 cm de margen anal, y una hernia inguinal derecha no complicada. Previos estudios endoscópicos y por imagen se realiza resección completa de liposarcoma retroperitoneal izquierdo bien diferenciado de 20 × 20 cm, y resección de adenocarcinoma de recto (RT + QT). Primer recidiva local (6 años): tumor tipo bien diferenciado con resección completa (sin tratamiento sistémico adyuvante). Posterior recidiva a los 3 años, extirpación completa de tumoración de 25 × 20 cm en pelvis, y progresión histológica tipo liposarcoma desdiferenciado (radioterapia). Recidiva múltiple a los 5 meses en pelvis, FID y retroperitoneo izquierdo con infiltración visceral (ileon y vejiga) y vascular (aorta); intervenido con resección tumoral parcial (intensa peritonitis plástica) con lesión iatrogénica visceral y postoperatorio complicado por fistula intestinal (recibió quimioterapia y radioterapia). Recidiva a los 2 meses en retroperitoneo izquierdo 10 × 17 cm con desplazamiento de uréter izquierdo y aorta abdominal.

Discusión: Los sarcomas retroperitoneales aunque relativamente infrecuentes, representan un reto diagnóstico y terapéutico en especial en la enfermedad recidivante. El tipo histológico, localización, afectación estructural, y el tipo de resección son determinantes para determinar la supervivencia. El objetivo del tratamiento de las recidivas es el mismo de la enfermedad primaria, siendo la resección total (R0) el único tratamiento que influye sobre la supervivencia. A pesar de los diversos estudios sobre la utilidad pre y postoperatoria con quimioterapia y radioterapia (información extrapolada de liposarcomas no retroperitoneales), hay pocas evidencias que apoyen estas terapias en la enfermedad recidivante y su influencia sobre la supervivencia. Por lo tanto, es necesario realizar más estudios prospectivos para así poder determinar la utilidad de estos.

P-404. FIBROSIS MESENTÉRICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Palomares Cano, M. Serradilla Martín, A. Reguera Teba, N. Palomino Peinado, R. Delgado Estepa, R. González Sendra y M. Medina Cuadros

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén.

Introducción: La fibromatosis mesentérica (FM) es una forma rara de proliferación fibroblástica de características histológicas benignas, pero de crecimiento local rápido, sin reacción inflamatoria general, que afecta fundamentalmente al mesenterio del intestino delgado. Habitualmente se presenta de dos formas clínicas: asociada a poliposis adenomatosa familiar o más raramente como una tumoración abdominal aislada. Se presenta un caso de FM en un paciente varón, como forma tumoral abdominal aislada de gran tamaño y con cuadro clínico no habitual.

Caso clínico: Paciente varón de 51 años, con antecedentes de síncope, en estudio por Medicina Interna por cuadro de cefalea, mialgias, malestar general y fiebre elevada. A la exploración por aparatos no presentaba hallazgos patológicos. Análiticamente destaca PCR de 173 y resto dentro de la normalidad. Marcadores tumorales normales. Líquido cefalorraquídeo dentro de normalidad y sin células tumorales. Hemocultivos negativos. Serologías de brucella, rickettsias, toxoplasma y Epstein-Barr negativas. Radiografía de tórax, ECG y TAC craneal normales. La ecografía y el TAC abdominal mostraban una masa sólida intraperitoneal de 15 × 13 × 12 cm con calcificaciones que pierde plano de separación con asa de intestino delgado, peritoneo parietal y pared posterior del recto anterior izquierdo infraumbilical con nivel hidroaéreo central compatible con necrosis. Nódulo satélite < 1 cm adyacente a pared parietal izquierda. Vascularización a expensas de arteria mesentérica superior. Diagnóstico diferencial entre sarcoma mesentérico, GIST primario digestivo o tumor desmoide. Se realiza intervención en la que se encuentra una tumoración que parte de la raíz del mesenterio adherida a vena mesentérica, que engloba un asa de intestino delgado. Se hace resección en bloque y anastomosis yeyunoileal. La histopatología informa de proliferación mesenquimal fusocelular, ricamente vascularizada, sin actividad mitótica y muy baja proliferativa, centrada por un área de perforación central que no alcanza peritoneo, correspondiendo finalmente al diagnóstico de fibromatosis mesentérica. Se aíslan 3 ganglios con linfadenitis reactiva inespecífica. El paciente fue dado de alta en el séptimo día postoperatorio sin complicaciones. Tras 12 meses de seguimiento se encuentra asintomático y sin signos de recidiva.

Discusión: Las FM es un amplio grupo de proliferaciones fibrosas histológicamente benignas, de crecimiento lento y local, siendo el tumor primario más común del mesenterio. Es rara en la población general, con una incidencia del 0,03%. El tumor aparece más frecuentemente en el mesenterio del intestino delgado. La etiología de la FM es desconocida. La clínica se manifiesta por el hallazgo de una tumoración abdominal única, dolor abdominal o sensación de plenitud abdominal que, debido a su rápido crecimiento y a la movilidad del mesenterio, suelen alcanzar gran tamaño (10-20 cm) antes de producir clínica por la compresión de estructuras vecinas. El diagnóstico se realiza fundamentalmente por ecografía y TAC, siendo esta última la técnica diagnóstica de elección. Habitualmente no es posible establecer un diagnóstico preoperatorio con exactitud, y está justificada la realización de una laparotomía exploradora con fines diagnósticos y terapéuticos. Desde un punto de vista pronóstico, aunque nunca metastatiza e histopatológicamente presenta signos de benignidad, tiene un comportamiento biológico que implica una tendencia a la infiltración de los tejidos adyacentes y a la recidiva tras su extirpación. El tratamiento de elección lo constituye la extirpación quirúrgica.