

inferior y en 41 casos en tercio medio. Cuarenta y seis pacientes presentaron adenocarcinoma y 54 carcinoma epidermoide. En 54 casos se programó radio-quimioterapia preoperatoria. La clasificación anatomopatológica según estadio tumoral fue estadio 0 en 21 pacientes, estadio I en 10, estadio IIa en 28, estadio IIb en 9, estadio III en 21 y estadio IV en 11. La media de ganglios estudiados fue de 14 (rango 0-28). Hubo complicaciones postoperatorias en 29 pacientes (33%), con 4 casos de mortalidad hospitalaria. La complicación postoperatoria más frecuente fue la pulmonar en 17 casos. La estancia media hospitalaria fue de 15,2 días (rango 10-40 días).

**Conclusiones:** Los resultados del cáncer de esófago han ido mejorando en los últimos años gracias a la formación de equipos multidisciplinares en esta patología. En nuestro estudio hemos comprobado que los resultados obtenidos con la esofagectomía transtorácica para el cáncer de esófago están dentro de los rangos publicados en la literatura por equipos con gran prevalencia de dicha enfermedad.

#### O-061. NISSEN-ROSSETTI LAPAROSCÓPICO: RESULTADOS EN 182 PACIENTES CON SEGUIMIENTO MAYOR DE 1 AÑO

J.F. Reoyo Pascual, G. Moral Moral, J.L. Seco Gil, R. León Miranda, S. Rodríguez Serrano, R.M. Martínez Castro, M.C. Reguilón Rivero, J.A. Ortega Seda, R. Parra López, A. Palomo Luquero e I. Gil Laso

Hospital General Yagüe, Burgos.

**Objetivos:** Analizar retrospectivamente los pacientes intervenidos en nuestro Servicio mediante la técnica de Nissen Rossetti con seguimiento de 1 año para estudiar las complicaciones de la intervención, la incidencia de recidiva de reflujo y los efectos colaterales de la cirugía.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo, clínico y observacional de 182 pacientes intervenidos de ERGE mediante la técnica de Nissen-Rossetti en el Servicio de Cirugía General y del A. Digestivo del Hospital "General Yagüe" de Burgos entre los años 1996-2010 con al menos 1 año de seguimiento clínico. Los datos clínicos, diagnósticos, indicaciones, técnica quirúrgica y complicaciones, se obtuvieron de la historia clínica y protocolos quirúrgicos, completado con cuestionario telefónico y cita personal en determinados casos.

**Resultados:** De las 226 funduplicaturas laparoscópicas realizadas entre 1996 y 2010, se ha constatado seguimiento mayor de 1 año en 182 pacientes, considerándolos válidos para el estudio. En torno al 70% de los casos fueron varones con una edad media de 48 años. La clínica presentada fue pirosis (86%), regurgitación (51%), dolor (21%), disfagia (13%), con una duración media aprox. de 55 meses con 40 meses de media de tratamiento médico. Las pruebas diagnósticas realizadas fueron: EGD (59%), gastroscopia (88%), pHmetría (67%) y manometría (69%). La indicación de la intervención fue: alternativa tratamiento médico (36%), persistencia sintomatología (27,4%), gran hernia hiatal (12,4%) y Barrett (12%). Las complicaciones intraoperatorias alcanzaron el 3,1% de los casos tratándose fundamentalmente de desgarro esplénico (0,4%), hemorragia hepática (0,4%), neumotórax (0,8%), perforación esofágica (0,4%) y gástrica (0,4%), con un índice de conversión del 6,6% de los casos fundamentalmente debido a dificultad técnica. La incidencia de complicaciones postoperatoria inmediatas fue del 4%, debiéndose fundamentalmente a peritonitis/absceso (1,3%) y disfagia aguda (1,3%) con una mortalidad del 0%. La estancia media ha sido de 3,8 días. En los casos con seguimiento mayor de 1 año, se han reintervenido el 7,7% de los casos, debido a disfagia persistente (1,1%), recidiva de hernia hiatal (0,55%) o de reflujo (2,7%). El

## CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

### COMUNICACIONES ORALES

#### O-060. ESOFAGUECTOMÍA TRANSTORÁCICA CON LINFADENECTOMÍA AMPLIADA EN 100 PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO. ABORDAJE POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

N. Pedano, J. Arredondo, M. Bellver, P. Martínez, F. Martínez-Regueira, V. Valentí y J.L. Hernández-Lizoain

Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.

**Objetivos:** Análisis de los resultados en el abordaje del cáncer esofágico mediante la esofagectomía transtorácica realizada por un equipo multidisciplinar de cirujanos generales, torácicos y oncólogos.

**Material y métodos:** En el periodo comprendido entre enero de 1990 y diciembre de 2009, 100 pacientes fueron intervenidos de forma consecutiva realizándose esofagectomía transtorácica. Se recogieron los datos de modo prospectivo y se analizan las características clínicas, patológicas e histológicas de los tumores así como los resultados de morbi-mortalidad postoperatoria.

**Resultados:** La media de edad de los pacientes fue de 55 años (rango 31-83 años). En 59 casos el tumor se localizaba en tercio

estado actual se considera curado (asintomático o síntomas grado 1) el 85,7% de los casos, presentando un efecto adverso el 7,7% (fundamentalmente disfagia persistente y síndrome de retención de aire) y se objetivó recidiva en el 6,6% de los casos (4,9% RGE y 1,6% hernia hiatal). La valoración subjetiva (Visick) ha sido buena (considerándose mejorado o curado) en el 91,2% de los casos.

**Conclusiones:** Del análisis de nuestra experiencia en Nissen Rossetti laparoscópico, podemos concluir que se trata de una técnica quirúrgica eficaz y segura en los pacientes indicados, presentando baja tasa de complicaciones postoperatorias, tanto inmediatas como tardías y un alto porcentaje de pacientes curados. Así mismo, obtiene una valoración subjetiva favorable en un alto porcentaje de los casos.

#### O-062. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ACHALASIA DURANTE LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

M.L. Gutiérrez Díez<sup>1</sup>, J. Bernal Jaulín<sup>1</sup>, R. Cerdán Pascual<sup>1</sup>, N. Sánchez Fuentes<sup>1</sup>, S. Cantín Blázquez<sup>2</sup>, J. Martínez Bernard<sup>1</sup>, M. Herrero López<sup>1</sup>, A. Olabera Céspedes<sup>1</sup>, P. García Fabián<sup>1</sup>, C. Gracia Roche<sup>1</sup> y J.M. Esarte Muniáin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; <sup>2</sup>Hospital de Alcañiz, Zaragoza.

**Introducción:** La achalasia es el paradigma de los trastornos motores esofágicos. Se caracteriza por la ausencia de peristaltismo en el cuerpo del esófago y una ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior en respuesta a la deglución.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es revisar los casos de achalasia intervenidos en nuestra Unidad en relación con los aspectos diagnósticos, terapéuticos y de calidad de vida postoperatoria.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos de achalasia en la unidad de cirugía esofagogástrica del Hospital Universitario Miguel Servet entre los años 2003-2010. Para la evaluación de la calidad de vida postoperatoria se ha utilizado el test de Visick.

**Resultados:** Hemos intervenido 13 pacientes diagnosticados de achalasia, de los cuales tres eran mujeres (23%) y diez eran varones (77%), con edades comprendidas entre los 15 y 71 años (edad media 52 años). Los métodos diagnósticos realizados en todos los pacientes fueron la manometría, la gastroscopia y el tránsito baritado esofagogastroduodenal. Uno de los pacientes había sido intervenido previamente de achalasia y otros 6 habían recibido dilataciones con balón. El procedimiento quirúrgico realizado en todos los casos fue una miotomía de Heller asociado a una técnica antirreflujo de Dor. El abordaje se realizó por laparotomía electiva en 4 pacientes (que corresponden a los primeros casos) y por laparoscopia en 8. En el caso restante la intervención se inició por laparoscopia pero se convirtió a laparotomía por dificultades técnicas. Para comprobar que la miotomía había sido completa y para valorar la integridad de la mucosa se realizó una endoscopia intraoperatoria en 9 pacientes. En uno de nuestros primeros casos se instiló azul de metileno, técnica actualmente abandonada ya que dificulta la endoscopia. Las intervenciones se realizaron con éxito en todos los casos. La estancia media fue menor en los pacientes intervenidos por laparoscopia, 3 días frente a 8 en las laparotomías. No hubo complicaciones en ninguno de los casos. Según la clasificación de Visick, 10 pacientes presentaban grado I y 3 grado II.

**Conclusiones:** La miotomía de Heller combinada con un procedimiento antirreflujo, preferentemente la funduplicatura de Dor o de Toupet por vía laparoscópica, es actualmente la mejor op-

ción terapéutica para la mayoría de los pacientes con achalasia. La creación de unidades especializadas de cirugía esofagogástrica mejora los resultados. La miotomía de Heller es segura y eficaz tras el fracaso de la dilatación endoscópica.

#### O-063. VALOR PRONÓSTICO PREOPERATORIO DE LA DETERMINACIÓN SÉRICA DEL ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA) EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO

E. Castelo Álvarez, E. Fernando Macías, R.D. Arias Pacheco, P. Granero Castro, L. Sanz Álvarez, E. Turienzo Santos, C. García Bernardo y J.J. González González

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

**Introducción:** La cirugía del cáncer de esófago tiene una mortalidad no despreciable por lo que es importante seleccionar los casos en los que el tratamiento quirúrgico tiene una intención curativa. La determinación del antígeno carcinoembrionario (CEA) se encuentra dentro de los estudios preoperatorios para este tumor. Hemos evaluado la relación entre los valores del CEA y los distintos factores pronósticos del cáncer de esófago, así como con la supervivencia.

**Pacientes y métodos:** Entre los años 1988 y 2009, 640 pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de esófago son estudiados en nuestro servicio. Disponemos del valor de CEA pretratamiento de 294 pacientes. En este estudio relacionamos el valor de CEA con la localización del tumor, profundidad de la invasión tumoral, adenopatías, presencia de metástasis, estadio TNM, diferenciación y tipo histológico, cirugía exéretica, reseccabilidad y supervivencia. El punto de corte de la normalidad fue determinado en 5 ng/dl, la significación estadística fue fijada en el 5% ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** El valor medio  $\pm$  DE de CEA fue 34,6 ng/dl  $\pm$  19,1 ng/dl, intervalo = 0,1-5.096 ng/dl. De los 294 pacientes estudiados, 35 presentaron un valor elevado de CEA preoperatorio. De acuerdo a las distintas variables del estudio, no hubo diferencias significativas en los valores del CEA respecto a: localización tumoral ( $p = 0,08$ ), profundidad de invasión ( $p = 0,98$ ), diferenciación celular ( $p = 0,29$ ), presencia de adenopatías ( $p = 0,08$ ) y resección ( $p = 0,44$ ). Sin embargo, respecto al estadio tumoral (precoz frente a tardío) hubo diferencias significativas ( $p = 0,03$ ), estadio precoz =  $3,49 \pm 1,62$  ng/dl intervalo = 0,1-137,8 ng/dl, estadio tardío =  $50,08 \pm 28,47$  ng/dl intervalo = 0,1-5096 ng/dl; presencia o no de metástasis ( $p = 0,001$ ) M0 =  $3,14 \pm 0,8$  ng/dl intervalo = 0,1-137,8 ng/dl, M1 =  $104,96 \pm 61,31$  ng/dl intervalo = 0,1-5096 ng/dl; reseccabilidad ( $p = 0,002$ ) R0 =  $3,58 \pm 1,73$  ng/dl intervalo = 0,1-137,8 ng/dl, R1+R2 =  $12,25 \pm 6,53$  ng/dl intervalo = 0,1-199 ng/dl; al tipo histológico ( $p = 0,001$ ) carcinoma epidermoide =  $1,90 \pm 0,28$  ng/dl intervalo = 0,1-39,9 ng/dl, adenocarcinoma =  $78 \pm 44,39$  ng/dl intervalo = 0,1-5096 ng/dl. La mediana de supervivencia de la serie completa que fue de 8,83 meses en pacientes con CEA normal frente a 5,2 meses con CEA elevado (log rank = 0,002), siendo la supervivencia a 1, 3 y 5 años en CEA normal 39%, 19% y 13% y en CEA elevado 16%, 4% y 4%. La mediana de supervivencia de los pacientes reseccados con CEA normal fue de 20,77 meses y con CEA elevado 9,23 meses, (log Rank = 0,04) con supervivencia a 1,3 y 5 años en los pacientes con CEA normal 63%, 39% y 31% y con CEA elevado 41%, 10% y 10%. En el análisis multivariante, la única variable con significancia pronóstica independiente respecto a la supervivencia fue el estadio tumoral.

**Conclusiones:** La determinación del CEA preoperatorio es útil dado que se correlaciona con la estadificación, tipo histológico, posibilidad de cirugía curativa y supervivencia, lo

que puede ayudarnos a decidir el tipo de tratamiento más adecuado en cada paciente y ofrecer un pronóstico individualizado.

#### O-064. RESULTADOS A LARGO PLAZO SOBRE LA SECCIÓN O PRESERVACIÓN DE VASOS CORTOS EN LA FUNDUPLICATURA LAPAROSCÓPICA

B. Ielpo, F. Acedo, F. Lapuente, J. Sanromán, P. Martín, R. Vázquez, R. Corripio y V. Fernández Nespral

Hospital Universitario Madrid Montepríncipe, Madrid.

**Introducción:** Las ventajas del tratamiento quirúrgico por laparoscopia del reflujo gastro-esofágico patológico están bien establecidas. Existen todavía controversias sobre las ventajas de seccionar (C+) o no (C-) los vasos cortos para reducir el riesgo de disfagia post operatoria. Objetivo de este estudio es comparar dos grupos de pacientes que se intervinieron en nuestro centro (C+, C-) y presentar sus resultados clínicos y funcionales a largo plazo.

**Material y métodos:** Entre febrero 2004 y febrero 2007 en el Hospital Universitario Madrid Montepríncipe se realizaron 171 funduplicaturas laparoscópicas. En nuestro centro se realizaron ambos procedimientos (C+ y C-) por decisión del mismo cirujano. Los criterios de inclusión fueron pacientes con estudio pre y post operatorio instrumental completo (endoscopia, manometría y pHmetría de 24h) y que completaron un seguimiento de al menos 3 años. Se han excluidos aquellos pacientes a los que se realizó un procedimiento quirúrgico concomitante como colecistectomía, los que se realizó hernioplastia con malla en el hiatus esofágico y las reintervenciones. Se realizó un estudio retrospectivo de los dos grupos (C+, C-) comparando los tiempos quirúrgicos y las complicaciones postoperatorias y a largo plazo la tensión del esfínter esofágico inferior (LES), DeMeester score, disfagia post operatoria, reintervenciones y esofagitis. Además se entrevistaron los pacientes con uno score de satisfacción con el resultado de la cirugía de 1 a 10 (10 = satisfacción completa). Todos los datos se analizaron utilizando el sistema SPSS versión 13.0. Una  $p > 0,05$  se consideró como no estadísticamente significativa (NS).

**Resultados:** Un total de 123 pacientes se incluyeron en este estudio, 64 (52%) C+ y 58 (48%) C-. La media de seguimiento ha sido de 50 meses (rango: 36-60). Los dos grupos son estadísticamente comparables por edad (p: NS), sexo (p: NS), duración de los síntomas (p: NS), duración de tratamiento de inhibidores de bomba de protones (p: NS), media de tensión de reposo del LES (p: NS), media de DeMeester score (p: NS) y esofagitis (p: NS). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los tiempos quirúrgicos (C+: 115 min, rango: 70-180 min; C-: 90 min, rango: 50-160; p: 0,04). Mientras no hay diferencias estadísticamente significativas en el estudio post operatorio a largo plazo en la media de tensión del LES (C+:  $23,3 \pm 2,6$  mmHg; C-:  $22,2 \pm 2,5$  mmHg), media de DeMeester score (C+:  $2,3 \pm 0,9$ ; C-:  $2,8 \pm 1,5$ ) y satisfacción con la cirugía (C+:  $7,9 \pm 1,89$ , rango: 3-10; C-:  $8,3 \pm 2,14$ , rango: 4-10). Ningún paciente empeoró su esofagitis en el postoperatorio. Presentaron disfagia post operatoria a largo plazo un total de 9 (14,1%) y 7 (11,9%) en los grupos C+ y C- respectivamente. En el grupo C+ fue necesaria la conversión a laparotomía en 3 pacientes (2 por sangrado de vasos cortos y 1 por lesión de bazo).

**Conclusiones:** Nuestra experiencia demuestra que el Nissen laparoscópico preservando los vasos cortos es una técnica de igual de eficaz a largo plazo que seccionándolos. Además reduce estadísticamente el tiempo operatorio y las posibles complicaciones relacionadas con la maniobra de sección.

#### O-065. FUNDUPLICATURA NISSEN LAPAROSCÓPICA EN HERNIAS HIATALES Y MIXTAS. ¿EXISTE CORRELACIÓN ENTRE LA CLÍNICA Y LA EXISTENCIA DE RECURRENCIA ANATÓMICA RADIOLÓGICA?

A. Titos García, F.J. Moreno Ruiz, A. Rodríguez Cañete, J.L. Gallego Perales, B. López Rueda, J.A. Bondía Navarro, R. Becerra Ortiz, I. Fernández Burgos y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

**Objetivos:** La laparoscopia se considera actualmente el gold-standard en el tratamiento quirúrgico de las hernias hiatales paraesofágicas y mixtas, con tasas de recurrencia sintomática similares a las obtenidas por vía abierta. Sin embargo, estos resultados no se correlacionan con los obtenidos cuando el grado de recurrencia se mide mediante pruebas de imagen radiológicas, obteniendo tasas de recidiva anatómica de hasta un 40% que en la mayoría de los casos no provocan clínica en el paciente. El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia en el tratamiento de las hernias hiatales tipo II y III en un hospital de tercer nivel, y valorar el grado de recurrencia clínico-anatómica y su correlación comparándolo con los resultados obtenidos en otras series laparoscópicas.

**Material y métodos:** Hemos realizado un estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes intervenidos en nuestro servicio de hernia hiatal paraesofágica (tipo II) o mixta (tipo III) durante el período comprendido entre enero-2000 y abril-2010, siendo un total de 60 casos. La técnica quirúrgica utilizada ha sido la reducción del saco y su resección asociado al cierre de pilares y a una funduplicatura anterior tipo Nissen; sólo en dos pacientes se ha empleado una prótesis como medida auxiliar. Se han revisado los datos demográficos, síntomas de presentación, estancia postoperatoria, complicaciones inmediatas y satisfacción con la cirugía. Se ha evaluado el grado de recurrencia sintomática según la escala Visick y la tasa de recurrencia radiológica mediante la realización de un estudio esofagogastroduodenal con bario.

**Resultados:** La edad media de los pacientes ha sido de 63,5 años (rango de 39-83 años) y existe un ligero predominio del sexo femenino (60%, relación 1,6/1). La clínica dominante fue la pirosis retroesternal (91,66%), seguida de regurgitación (43,33%), síntomas de compresión torácica (33,3%) y sangrado digestivo (28,3%). El tipo III fue el mayoritario (68,3%) y la estancia media postoperatoria ha sido de 1,52 días, con 9 pacientes intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria (15% del total). El seguimiento se pudo realizar en el 78,33% de los pacientes, cuyos resultados funcionales incluyeron un 87,23% de pacientes con graduación I o II de la escala Visick para cirugía esofágica y un 89,33% con grado de satisfacción "excelente" o "satisfecho". Todos los pacientes menos uno afirmaron que se operarían otra vez sin dudarlo. La revisión postoperatoria mediante EGD sólo pudo realizarse al 61,66% de los pacientes, obteniendo una tasa de recurrencia anatómica del 32,4%. De ellos solamente 1 paciente (8,3%) presentaba clínica de recidiva, el resto permanecían asintomáticos.

**Conclusiones:** 1) La recurrencia anatómica en pruebas radiológicas no suele guardar correlación con la clínica del paciente tras la cirugía y por tanto no puede afirmarse en estos casos que se trate de un fallo de la técnica. 2) No existen datos a largo plazo que indiquen que los pacientes con recidiva anatómica demostrada por estudio radiológico vayan a evolucionar a una recurrencia sintomática. 3) La escasa morbilidad y la corta estancia hospitalaria permiten plantear en pacientes seleccionados la posibilidad de aplicar criterios de cirugía mayor ambulatoria.

### O-066. TUMORES GIST: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

M.I. Domínguez Serrano, E. Arrúe del Cid, L. Rodríguez Gómez, O. Cano Valderrama, P. Talavera Eguizábal, E. Martín-Antona, A. Sánchez-Pernaute y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** Los GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. Se caracterizan por su histología y patología molecular así como por ser refractarios a los tratamientos quimioradioterápicos convencionales. En los últimos años se ha incrementado el interés oncológico por estas neoplasias debido a su buena respuesta al tratamiento con inhibidores de la tirosín-quinasa.

**Objetivos:** Analizar la evolución de una los pacientes intervenidos entre los años 2000 y 2010 por un tumor GIST en nuestro Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

**Material y métodos:** Se estudiaron retrospectivamente 79 pacientes con una edad media de 69 años. El 60% fueron mujeres. La sintomatología más frecuente al diagnóstico fue: anemia (46,3%), dolor abdominal (28,4%), HDA (17,7%), y síndrome constitucional (28,4%). El tiempo medio entre el comienzo de los síntomas y diagnóstico fueron 15,87 meses. En el estudio preoperatorio se realizó ecografía al 50% de los pacientes, TAC al 62%, RMN al 10%, gastroscopia al 59,2% y egd al 12,9%. Sólo el 4% de los pacientes recibieron neoadyuvancia con imatinib.

**Resultados:** El 43,9% de los pacientes se operó por vía laparoscópica, con un 13% de reconversiones. En el 83,1% se realizó una resección R0, en el 4,6% una R1 y en 12,3% una R2 tomando únicamente biopsias. En el 18,1% se realizó linfadenectomía. La localización del tumor fue en la mayoría de los casos el estómago (65,2%) y en una menor proporción intestino delgado (12,5%), epiplón (6,9%), mesenterio (1,4%), colon (4,5%), esófago (1,5%) u otras localizaciones (resto). Se objetivaron metástasis en el momento de la cirugía en el 19,7%. El 20% de los pacientes presentó complicaciones postoperatorias. Se reintervinieron 5 pacientes, uno de ellos para ampliar la resección, otro por metástasis y el resto por otras causas. Anatomopatológicamente, según la clasificación de Fletcher, los tumores se dividieron en: 9,5% de muy bajo riesgo, 33,3% de bajo riesgo, 26,2% de riesgo intermedio y 31% de alto riesgo. No existieron diferencias significativas en cuanto a supervivencia en función de esta clasificación. El tiempo medio de seguimiento fue de 34 meses (4-120). La supervivencia global de la serie es del 82,3%, existiendo diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de resección realizada (96% en las R0, 80% en las R1 y 50% en las R2). La supervivencia es mayor también en los pacientes en los que no se evidenciaron metástasis al diagnóstico. Un 13% de los pacientes recidiva. El 4,2% fueron recidivas locales, el 4,2% a distancia y el 1,4% mixta. La adyuvancia no se relaciona en nuestra serie con una tasa de recidiva y supervivencia mayor o una tasa de progresión menor en los pacientes con metástasis al diagnóstico.

**Resultados:** Los tumores GIST constituyen una patología de buen pronóstico, con una elevada tasa de supervivencia a medio plazo. El abordaje laparoscópico es posible en tumores localizados y accesibles. Son necesarios más estudios para protocolizar la administración de neoadyuvancia/adyuvancia en estos tumores.

### O-067. ESTUDIO DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE LA MALLA "DUAL MESH" PERIESOFÁGICA

M.I. Domínguez Serrano, C. Ferrigni González, M. Conde Rodríguez, N.J. Cervantes Juárez, E. Pérez Aguirre, A. Sánchez Pernaute, L.I. Díez Valladares y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** El uso de prótesis en la reparación de la hernia de hiato ha demostrado ser útil en cuanto a la reducción de la tasa de recidiva, desde el 30-40% hasta un 0-20% según las series. Sin embargo, es necesario precisar sus indicaciones ya que pueden producirse complicaciones derivadas de su utilización.

**Objetivos:** Presentar una serie de pacientes intervenidos por hernia de hiato mediante hernioplastia con "Dual Mesh" y funduplicatura.

**Pacientes y método:** Se incluyen 38 pacientes intervenidos entre los años 2005 y 2010. El 60,5% fueron mujeres y la edad media fue 68 años (30-88). Los síntomas más frecuentes fueron regurgitación (55,6%), epigastralgia (47,2%), pirosis (48,6%), dolor torácico (47,2%) y disfagia (25%). Tres pacientes presentaron hemorragia digestiva baja/anemia y cuatro, síntomas respiratorios. El estudio preoperatorio incluía endoscopia, estudio gastroduodenal, phmetría, manometría y TC. En la endoscopia se objetivaron un 20,5% de pacientes con esófago de Barrett, un 48,7% ausencia de lesiones esofágicas y el resto esofagitis de distintos grados. El estudio gastroduodenal mostró un 48,6% de hernias tipo I, un 13,5% de tipo II y un 37,8% de tipo III, siendo un 30,8% del total hernias gigantes, con más de 2/3 del estómago herniado al tórax. Se realizó TC en un 30,8% de los pacientes. El 73,7% de los pacientes tenía pruebas funcionales preoperatorias, siendo poco valorables en la mayoría. Un 28,2% de los pacientes intervenidos presentaba una cirugía del hiato previa: 6 funduplicaturas tipo Nissen, 2 tipo Toupet y 3 herniorrafias primarias. Todos los pacientes se interviniéron por vía laparoscópica, realizándose disección del esófago y reducción de la hernia, cierre de la crura, colocación de la malla alrededor del esófago fijándola con 4 puntos de sutura irreabsorbible y una técnica antirreflujo.

**Resultados:** Se reconvirtió una paciente a cirugía abierta por sangrado esplénico. La media de puntos de cierre de la crura fue 3,8. La técnica antirreflujo asociada fue Nissen en 89,5% de los casos y Toupet en el 10,5%. Todos fueron calibrados con bújia intraluminal. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 7 pacientes, todas ellas menores. La media de estancia hospitalaria fueron 5 días. El seguimiento medio ha sido de 19 meses (3-60), durante los cuales se objetivaron 3 recidivas en el estudio gastroduodenal, todas en los primeros 15 meses, requiriendo reintervención una de ellas. En el seguimiento endoscópico se encontró una inclusión de la prótesis en el esófago que no ha requerido tratamiento.

**Conclusiones:** La reparación de la hernia de hiato mediante hernioplastia con "dual mesh" obtiene a corto plazo un buen resultado anatómico y funcional, con baja tasa de complicaciones.

### O-068. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL FRACASO DE LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO

N.J. Cervantes Juárez, R. Santos Rancaño, M.I. Domínguez Serrano, C. Cerdán Santacruz, E. Martín-Antona, E. Pérez Aguirre, A. Sánchez Pernaute y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** El fracaso de la cirugía antirreflujo supone un reto terapéutico, tanto técnico como funcional.

**Objetivos:** Analizar los resultados del abordaje laparoscópico del fracaso de la cirugía antirreflujo.

**Pacientes y método:** Entre los años 2000 y 2010 han sido valorados 39 pacientes con fracaso de antirreflujo, de los cuales 34 han sido intervenidos. En 33 casos la cirugía había sido laparoscópica y en 1 abierta. 13 pacientes eran varones y 21 mujeres con una edad media de 49 años. La primera intervención se realizó por RGE en 29 casos, y por hernia de hiato en 5. 20 pacientes tenían hernia hiatal, la mayoría por deslizamiento, y 15 esófago de Barrett. La cirugía fue una funduplicatura de Nissen en 27, Rossetti en 3, Toupet en 3 y Dor en 1. Ante la sospecha de recidiva se realizaron pruebas funcionales, radiológicas y endoscopia para constatar la misma y documentar el tipo de fracaso.

**Resultados:** El síntoma más frecuente fue ardor retroesternal (18 pacientes), seguido de disfagia (8 casos). Preoperatoriamente se constató la presencia de disrupción de la funduplicatura con reflujo en 8 pacientes, migración en 8, herniación paraesofágica en 8, deslizamiento en 3 casos, mixto en 4 enfermos, Nissen prieto en 1 caso, estenosis gástrica en 1 y en 1 paciente no se diagnosticó el motivo del fracaso. El abordaje fue laparoscópico en todos los casos. En la reintervención se encontró una funduplicatura disrupción pura en 7 pacientes, migración torácica en 9 casos, migración con deslizamiento en 3 pacientes, migración y disrupción en 3, hernia paraesofágica en 6, deslizamiento del Nissen en 1 paciente, 2 Nissen retorcidos, 1 Nissen prieto y 1 cáncer de estómago; en un caso tras la cirugía no se pudo constatar claramente el motivo del fracaso. En 21 casos se rehizo el Nissen, en 5 se hizo un Toupet, en 6 se dejó la misma funduplicatura, en 1 se hizo una gastrectomía y en 1 un Collis Nissen. En 3 casos se redujo en contenido herniado al tórax con cierre simple del diafragma y en 17 casos se reforzaron los pilares con una malla, 15 de ellas tipo dual. Se produjeron 2 lesiones gástricas accidentales y una hemorragia que obligó a reconversión y esplenectomía. No hubo complicaciones postoperatorias. Todos los pacientes experimentaron mejoría a corto plazo, salvo una, que siguió con disfagia tras un desmontaje de un Nissen a un Toupet. En 9 pacientes se detectó recidiva clínica y funcional o anatómica, en un tiempo medio de 29 meses. Los motivos del segundo fracaso fueron herniación en 3 casos, reflujo en 3, mixto en 2 y persistencia de la disfagia en 1. En 6 casos (18%) ha sido precisa una tercera cirugía.

**Conclusiones:** La cirugía de revisión del fracaso de las técnicas antirreflujo se puede realizar por vía mínimamente invasiva. Las reintervenciones están gravadas con un mayor índice de recidiva, por lo que es aconsejable un diagnóstico correcto del motivo del fracaso con el fin de seleccionar adecuadamente a los pacientes, y una técnica depurada.

#### O-069. MORBILIDAD, MORTALIDAD Y RESPUESTA PATOLÓGICA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO TRATADOS PREOPERATORIAMENTE CON QUIMIOTERAPIA Y QUIMIORADIOTERAPIA

P. Martínez, N. Pedano, J. Arredondo, M. Bellver, V. Valentí y J.L. Hernández-Lizoain

*Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona.*

**Introducción:** En pacientes diagnosticados de adenocarcinoma gástrico localmente avanzado y tratados con quimio-radioterapia preoperatoria (QRT) o quimioterapia de inducción (Qt) se ha logrado un significativo descenso del estadio tumoral en los últimos años. Sin embargo, la influencia de estos tratamientos en los resultados postoperatorios aún no ha sido aclarado, con muy pocos estudios examinando esta cuestión específicamente. En este trabajo se analizaron retrospectivamente la eficacia de estos tratamientos en términos de respuesta patológica y complicaciones postoperatorias.

**Métodos:** Entre enero de 2000 y enero de 2008, 72 pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado (cT3-4/N+) recibieron tratamiento según los siguientes esquemas preoperatorios: 1: quimio-

terapia de inducción (Qt) o 2:qt neoadyuvante seguido de quimio-radioterapia concurrente (QRT). Se analizaron en todos los casos las complicaciones postoperatorias encontradas y el grado de respuesta patológica según criterios de Becker, incluyendo en el estudio variables relacionadas con los pacientes, técnica quirúrgica, tratamiento preoperatorio y características del tumor.

**Resultados:** No hubo diferencias en la incidencia de complicaciones postoperatorias entre los grupos estudiados [QRT y Qt. (30,9% vs 33,3%)]. Las complicaciones más frecuentes fueron la neumonía en un 12,5% y la infección de catéter intravenoso en un 9,7%. Los factores de riesgo para las complicaciones fueron el índice de masa corporal (IMC > 25 Kg/m<sup>2</sup>) y la extensión de la cirugía a páncreas y bazo. Se observó respuesta patológica mayor en el 33,3% de los pacientes, siendo más frecuente en el grupo con QRT (47.6% vs 13.3,  $p \chi^2 = 0,0024$ ).

**Conclusiones:** El tratamiento preoperatorio con Qt o QRT para el cáncer gástrico localmente avanzado puede ser realizado de forma segura y con una aceptable morbi-mortalidad postoperatoria. Es importante prestar especial atención en aquellos pacientes con elevado IMC y resección quirúrgica de páncreas y bazo por el incremento de riesgo asociado encontrado. La Qt y la QRT preoperatoria es efectiva en términos de respuesta patológica y resección R0.

#### O-070. TUMORES GIST INTERVENIDOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL EN LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS. A PROPÓSITO DE 39 CASOS

C. Gracia Roche, J. Bernal Jaulín, M. Gutiérrez Díez, P. Riverola Aso, J. Martínez Bernard, R. Cerdán Pascual, V. Rodrigo Vinué, S. Paterna López, A. Olabera Céspedes, A.L. Sánchez Aso y J.M. Esarte Muniain

*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

**Introducción:** Los tumores GIST son las neoplasias de origen mesenquimal más frecuentes de todo el tracto digestivo, representando el 1% del total. Su principal localización es gástrica, y en segundo lugar a nivel de intestino delgado. Analizamos nuestros resultados en el tratamiento de estos tumores.

**Material y métodos:** Hemos realizado un estudio retrospectivo y descriptivo de 39 pacientes intervenidos a consecuencia de un tumor GIST en los últimos 7 años en la Unidad de Cirugía Esofago-gástrica de nuestro Hospital. Las variables analizadas son edad, sexo, presentación clínica, localización, pruebas diagnósticas, intervención quirúrgica, morbi-mortalidad, estancia media, histología e inmunohistoquímica, adyuvancia y seguimiento.

**Resultados:** Se han estudiado 39 pacientes diagnosticados de tumor GIST, 22 hombres y 17 mujeres, con una edad media de 66,9 años (33-90). La clínica de presentación fue melenas en el 35,9% de los casos, hematemesis en el 12,8%, incidental en el 17,9%, dolor abdominal en el 10,3%, síndrome constitucional en el 10,3% y anemia en el 7,7%. Un 5,1% presentaron otros síntomas. Se realizó TC al 89,7% de los pacientes, endoscopia digestiva alta al 82,1%, tránsito baritado al 30,8% y ecoendoscopia a 7,7%. Se tomaron biopsias a 17 pacientes siendo positivas para GIST en 9 de ellos. La localización fue estómago (19 casos), intestino delgado (10 casos), duodeno (6 casos), recto (1 caso) y epiploon mayor (1 caso). Dos de los casos eran secundarios, uno localizado en mesenterio y otro correspondía a una diseminación peritoneal. La cirugía realizada fue: Gastrectomía total en 2 casos, gastrectomía subtotal en 6 casos, gastrectomía parcial atípica en 9 casos, duodenopancreatectomía cefálica en 2 casos, tumorectomía con márgenes en 6 casos, 12 casos de resección de intestino delgado (alguno de ellos múltiple), omentectomía incluyendo la tumoración en 1 caso y una intervención de Miles. El abordaje fue laparoscópico en el 20,5% de los casos. La morbi-

lidad fue del 20,6%, presentando complicaciones médicas el 5,9% de los pacientes y quirúrgicas el 14,7%. Un paciente (2,6%) fue reintervenido por hemorragia. No hubo mortalidad postoperatoria. La estancia media fue de 11,8 días. En 8 casos se ha realizado terapia adyuvante con imatinib. En el seguimiento 5 pacientes han presentado recidiva neoplásica, falleciendo dos de ellos por progresión. Hemos clasificado los tumores según sus características histopatológicas en las tablas de riesgo de Fletcher y modificada de Huang y de pronóstico de Miettinen.

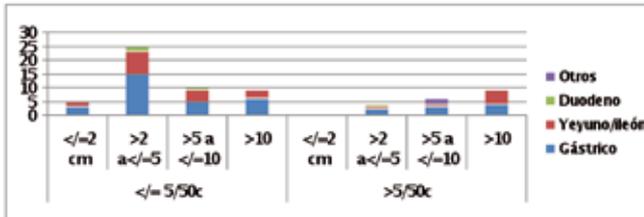
**Conclusiones:** Los tumores GIST han sido una entidad patológica mal caracterizada, hasta el descubrimiento de que la mayoría presentan mutaciones activadoras en el protooncogén KIT. Es imprescindible realizar un estudio mutacional en todos los GIST sin expresión de KIT. El tratamiento estándar es la resección quirúrgica con márgenes libres. En todos nuestros casos se realizó una resección con márgenes, salvo en el caso de diseminación peritoneal. La laparoscopia empieza a ocupar un lugar relevante como vía de acceso en el tratamiento de estos tumores. En recidivas, tumores irreseccables o metastásicos está indicado el tratamiento con imatinib lo más precozmente posible, mientras que en pacientes con exéresis completa R0 no hay datos que aconsejen su uso.

#### O-071. TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE HIATO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

M.L. Gutiérrez Díez<sup>1</sup>, J. Bernal Jaulín<sup>1</sup>, R. Cerdán Pascual<sup>1</sup>, N. Sánchez Fuentes<sup>1</sup>, M. Herrero López<sup>1</sup>, J. Martínez Bernard<sup>1</sup>, S. Cantín Blázquez<sup>2</sup>, A. Olabera Céspedes<sup>2</sup>, V. Rodrigo Vinué<sup>1</sup>, P. García Fabián<sup>1</sup> y J.M. Esarte Muniáin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; <sup>2</sup>Hospital de Alcañiz, Zaragoza.

**Objetivos:** Presentar los pacientes intervenidos de hernia de hiato en una unidad de cirugía esofagológica durante un pe-



riodo de 7 años, analizando la técnica quirúrgica realizada, el medio de abordaje, las complicaciones, la estancia media y el grado de satisfacción mediante escala VISICK.

**Material y métodos:** Desde octubre de 2004 a febrero de 2011 se han intervenido 68 pacientes de hernia de hiato, 31 hombres y 37 mujeres, con una edad media de 62 años (rango 32-83 años). 37 eran hernias tipo I, por deslizamiento, de las cuales 13 eran de gran tamaño, 6 de tipo II o paraesofágicas y 22 de tipo mixto. Se interrogó telefónicamente a los pacientes para valorar el grado de satisfacción postoperatorio mediante escala VISICK.

**Resultados:** En 61 casos se realizó un cierre de pilares con funduplicatura Nissen, en 5 funduplicatura Toupet y en 2 funduplicatura Dor. En 14 pacientes se realizó además gastropexia por tratarse de hernias paraesofágicas de gran tamaño o mixtas y en 2 se colocó una malla. 29 pacientes se intervinieron por vía abierta, 26 por laparoscopia y en 13 casos se inició por laparoscopia pero precisaron conversión a vía abierta por dificultades técnicas. La estancia media postoperatoria fue de 7 días en los pacientes intervenidos por laparotomía y de 3 días en los casos de laparoscopia. El diagnóstico de hernia de hiato se estableció mediante un tránsito esofagográfico baritado, a excepción de 6 pacientes que fueron diagnosticados con TC, uno de hernia de

hiato paraesofágica volvulada y 5 de hernia de hiato mixta. En 45 pacientes se realizó gastroscopia en el estudio preoperatorio y a todos los pacientes con clínica de reflujo gastroesofágico se les realizó pHmetría. Se realizó el control postoperatorio mediante un tránsito baritado esofagogástrico en todos los pacientes. En cuanto a las complicaciones, se practicó esplenectomía en 3 pacientes, 7 presentaron derrame pleural, un paciente presentó un neumotórax que precisó drenaje pleural, 1 paciente presentó un ACV en el postoperatorio y otros 4 complicaciones respiratorias que prolongaron la estancia hospitalaria.

**Conclusiones:** La hernia de hiato constituye una patología frecuente cuya indicación quirúrgica ha aumentado. La aparición de unidades específicas de cirugía esofagológica ha contribuido a mejorar parámetros como la estancia hospitalaria, el confort postoperatorio y la morbilidad.

#### EN CATEGORÍAS DE RIESGO DE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. NUESTROS RESULTADOS

M. Arana de la Torre, M. Calle, I. Álvarez, O. Gutiérrez, J.I. Santidirán, J.M. Oleagoitia, M.A. Ulacia y A. Colina

Hospital de Cruces, Barakaldo.

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo. Representan el 2% de las neoplasias del aparato digestivo y el 5% de los sarcomas de tejidos blandos. Uno de los hitos en el estudio de estos tumores ha sido la clasificación en categorías de riesgo en función de varios factores pronósticos, fundamentalmente los índices de Fletcher y de Miettinen.

**Objetivos:** Comprobar la utilidad de las clasificaciones en categorías de riesgo en nuestros pacientes con vistas al planteamiento de estrategias terapéuticas y de seguimiento; así como su aplicación en la información al paciente y familiares sobre el pronóstico de estos tumores.

**Material y métodos:** Serie de casos clínicos retrospectiva (enero 1985-diciembre 2010) con 68 pacientes (34H, y 34M), edad media de 60 años (27-88). Localización: 56% estómago; 35% yeyuno/íleon; 6% duodeno y 3% en otra localización. La clínica de presentación más frecuente fue la hemorragia digestiva (39%) y el dolor abdominal (24%). Como incidentaloma se halló en un 13%. Pruebas complementarias más utilizadas en su diagnóstico: TAC, RNM, endoscopia y ecoendoscopia. Distribución de nuestros pacientes por riesgo (fig.).

**Resultados:** En nuestro estudio se hallan 16 casos de recidivas. Según Miettinen, 9 tenían un riesgo alto, 3 riesgo intermedio, 2 riesgo bajo y 2 riesgo muy bajo. Es llamativa la diferencia de proporciones de recidiva en nuestro estudio con respecto a Miettinen-Lasota en los GISTs de bajo índice mitótico (gástricos de 2-10 cm, yeyuno/ileales de 2-5 cm, duodenales de 5-10 cm), así como en los de alto índice mitótico (gástricos de 2-10 cm, yeyuno/ileales de 5-10 cm y > 10 cm, recto de 5-10 cm).

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta que se trata de un estudio retrospectivo, no aleatorizado, no es posible establecer comparaciones estadísticamente significativas. Se podría decir que, a mayor riesgo, mayor probabilidad de recaída, sin embargo tumores muy pequeños y con índices mitóticos bajos ocasionalmente pueden experimentar metástasis. El número de mitosis/50CGA y el tamaño del tumor son los factores pronósticos más importantes. No obstante, la localización también debe tenerse en cuenta en el momento de plantear la opción terapéutica más adecuada y el seguimiento; así como a la hora de informar del pronóstico a estos pacientes y familiares. En cualquier caso, el tratamiento debe ser considerado por un equipo multidisciplinar, en centros de referencia, siendo el tratamiento ideal la resección en bloque.

### O-073. ANÁLISIS DEL VALOR PRONÓSTICO DE LOS FACTORES PATOLÓGICOS EN EL CÁNCER GÁSTRICO. APLICACIÓN DE LA TNM 7ª EDICIÓN

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

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

**Introducción:** El cáncer gástrico tiene una supervivencia relacionada con factores anatomopatológicos determinantes como el número de ganglios afectados y su relación numérica con el total de ganglios extirpados (Ratio ganglionar). El tratamiento multidisciplinar empleando quimioterapia neoadyuvante y tratamiento quirúrgico posterior implica la necesidad de realizar una estadificación clínica y patológica para determinar el pronóstico de la enfermedad.

**Material y métodos:** Han sido revisados 70 pacientes diagnosticados y operados de forma electiva de cáncer gástrico. Las variables estudiadas han sido: edad, sexo, tipo histológico de Lauren, grado de diferenciación, clasificación de Borrmann, localización, tipo de gastrectomía, radicalidad microscópica, tipo de linfadenectomía, número de ganglios extirpados, relación entre ganglios metastásicos (GM) y normales (GN), (razón GM/GN x 100), estableciendo el punto de corte en 0%, hasta 30% y superior a 30%. El análisis estadístico se ha realizado con un programa SPSS, la supervivencia se ha calculado con el test de Kaplan-Meier (log rank test).

**Resultados:** La muestra está compuesta por 70 pacientes con una edad media de 64,24 años (DE 12,47), rango: 33-89. El tipo histológico es intestinal en 49 pacientes (70,0%), difuso en 19 (27,1%) e indeterminado o mixto en 2 casos (2,8%). El tipo de linfadenectomía realizada ha sido D0 en 6 casos, D1 en 8 y D2 en 56 pacientes (80%), la media de ganglios extirpados considerados globalmente ha sido de 24,3 (IC 21,8-26,8). El seguimiento medio es de 21,75 meses (rango 4-66). Presentan afectación ganglionar 49 pacientes (70%). La supervivencia media es de 43,89 meses (mediana 46,7). La ratio de ganglios afectados es de 0 en el 34,3%, hasta el 10% el 27,1%, hasta el 30% el 14,3%, y más del 30% el 24,3%. Con unas supervivencias medias de 61,37, 44,82, 36,51 y 21,5 meses respectivamente en cada grupo de ratio de afectación ganglionar, demostrándose diferencias estadísticamente significativas. Aplicando la clasificación TNM 7ª edición. Los pacientes se encuentran en estadio IA el 15,7%, IB el 21,4%, IIA el 12,9%, IIB el 17,1%, IIIA el 5,7%, IIIB el 7,1%, y IV el 18,6%.

**Conclusiones:** En la muestra estudiada y de acuerdo con datos publicados en la literatura médica la ratio ganglionar es un factor determinante en la supervivencia del cáncer gástrico, si bien también puede aplicarse la clasificación clínico-patológica para establecer el pronóstico de los pacientes.

### O-074. LAPAROSCOPIA DE ESTADIFICACIÓN EN EL CÁNCER GÁSTRICO: IMPACTO EN EL PLANTEAMIENTO TERAPÉUTICO

P. López Fernández, P. Artuñedo Pe, L. Carrión Álvarez, J.A. Martínez-Piñeiro Muñoz, C. Miliani Molina, M. de Vega Irañeta, G. Ortega Poveda, M. Durán Poveda, A. Rivera Díaz y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

**Introducción:** El tratamiento del cáncer gástrico tiene en la actualidad un planteamiento multidisciplinar en el que se incluye la quimioterapia perioperatoria. La estadificación correcta del cáncer gástrico permite la inclusión de pacientes en protocolos de neoadyuvancia o evitar laparotomías innecesarias

en casos de irreseccabilidad. La laparoscopia exploradora previa al tratamiento se ha incorporado como una prueba necesaria que aporta información complementaria a la estadificación clínica.

**Material y métodos:** Los pacientes estudiados son 50 (hombres y mujeres) con una edad media de 64,5 años, diagnosticados con confirmación histológica de cáncer gástrico. Se realiza laparoscopia exploradora previa al tratamiento definitivo. La técnica empleada es mediante la colocación de un trócar de Hasson periumbilical para introducir óptica de 10 de 30 mm y dos trócares de 5 mm en localización pararrectal para realizar exploración y lavado. Se explora la cavidad peritoneal, superficie hepática y transcavidad, valoración mesos intestino y aparato genital en las pacientes mujeres. Se toman muestras de las lesiones sospechosas de metástasis y lavado con suero 100 ml en subfrénico izquierdo, y la misma cantidad en la pelvis, aspirando el suero y realizando estudio citológico posterior. Se realiza un estudio del valor diagnóstico de la laparoscopia exploradora y citología previa al tratamiento y su impacto en el planteamiento terapéutico del cáncer gástrico.

**Resultados:** Se han realizado 50 exploraciones laparoscópicas. En dos casos no se han podido completar la exploración por la presencia de adherencias firmes de cirugías previas, y en un caso no se puede explorar la superficie gástrica por cirugía gástrica previa, lo que implica una sensibilidad de la exploración del 94%. Se ha realizado lavado peritoneal para estudio citológico en 39 casos de los cuales 6 (15,4%) ha resultado el estudio positivo, considerando la estadificación como M1 (TNM 7ª edición). En 2 casos (5%) han presentado carcinomatosis no sospechada en el TAC, realizando confirmación histológica. Se han realizado dos gastroenteroanastomosis laparoscópicas en dos pacientes con criterios de irreseccabilidad. La confirmación de la afectación de la serosa peritoneal gástrica (T4) se ha confirmado en la laparoscopia en 30 casos (60%). El planteamiento terapéutico inicial se ha modificado sustancialmente en 10 pacientes, lo que supone un 20%, y en 30 (60%) ha contribuido a indicar el tratamiento con neoadyuvancia.

**Conclusiones:** La laparoscopia exploradora y citología previa al tratamiento del cáncer gástrico está incorporada a la práctica habitual en el manejo terapéutico del cáncer gástrico (recomendaciones de la ESMO Annals Of Oncology 2010;21(5), y otras guías, como la edición NCCN V.2.2010 ([www.nccn.org](http://www.nccn.org)). Ofrece información complementaria, descartando carcinomatosis peritoneal que puede pasar desapercibida en el TAC, confirmando la indicación de tratamiento neoadyuvante y evitando laparotomías innecesarias, lo que contribuye a la optimización del manejo terapéutico del cáncer gástrico.

### O-075. IMPLICACIONES DE LAS NUEVAS DEFINICIONES DE LINFADENECTOMIA (D1 / D2) EN CÁNCER GÁSTRICO

J. Rodríguez Santiago, J. Osorio Aguilar, N. Pérez Romero, E. Muñoz Muñoz, F. Carvajal López, L. Lázaro García, I. Gutiérrez y C. Marco Molina

Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.

**Objetivos:** Evaluar cómo afectan los cambios en las nuevas definiciones de linfadenectomía establecidos por las "Japanese Treatment Guidelines 2010" y la 3ª edición de la "Japanese Classification", que pretenden simplificar y generalizar su aplicación clínica.

**Métodos:** De marzo de 2000 a agosto de 2009, 104 pacientes con cáncer gástrico fueron operados con intención curativa (R0) y linfadenectomía extensa (D2 con preservación esplénica en tumores proximales). Se estudió el número de ganglios resecaos e infiltrados en cada grupo ganglionar. La "utilidad de resección"

de cada grupo ganglionar fue analizada considerando su porcentaje de infiltración y la supervivencia a los 5 años en los grupos que presentaban invasión tumoral. El índice de "utilidad de resección" de los grupos del primer y segundo nivel fue comparada según la definición clásica de linfadenectomía (basada en la localización del tumor) y la nueva definición (basada en el tipo de gastrectomía realizada).

**Resultados:** Predominaron los tumores distales (56%) de tipo intestinal (47%) con afectación de la serosa (59%) e infiltración ganglionar (72%). La media de ganglios resecaados fue 33; el número de ganglios resecaados en cada grupo ganglionar fue similar al obtenido en las series de referencia. La nueva definición de la D basada en el tipo de gastrectomía permitió una distribución de los índices de "utilidad de resección" de los grupos más homogénea y racional entre los grupos del 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> nivel ganglionar, comparado con la definición de la D previa basada en la localización tumoral.

**Conclusiones:** La nueva definición de la D basada en el tipo de gastrectomía es más simple y útil que la previa, lo que probablemente condicionará una mayor reproducibilidad. El criterio anatómico de afectación ganglionar (mediante linfadenectomía extensa con la disección individual de los diferentes grupos) proporciona un pronóstico reproducible y fiable en una unidad especializada occidental.

#### O-076. LA COMBINACIÓN DE DIFERENTES CRITERIOS ANATOMOPATOLÓGICOS POTENCIA LA EFECTIVIDAD PRONÓSTICA DE LA AFECTACIÓN GANGLIONAR EN CÁNCER GÁSTRICO

J. Osorio Aguilar, J. Rodríguez Santiago, N. Pérez Romero, E. Muñoz Muñoz, F. Carvajal López, L. Lázaro García, I. Gutiérrez y C. Marco Molina

Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa.

**Objetivos:** Analizar si la asociación diferentes criterios de afectación ganglionar proporciona mejor estimación del pronóstico que cada uno de ellos por separado.

**Métodos:** De marzo de 2000 a agosto de 2009, 104 pacientes con cancer gástrico fueron operados con intención curativa (R0), linfadenectomía D2 (con preservación esplénica) y separación de los grupos ganglionares por el cirujano. Los enfermos fueron estadiados según el número de ganglios infiltrados (TNM UICC 6<sup>a</sup> ed 2002 y 7<sup>a</sup> ed 2009), su localización (JCGC 2<sup>a</sup> ed), el índice ganglionar (IG < 20%/IG ≥ 20%) y el número de ganglios resecaados (< 30/≥ 30). Se valoró la efectividad pronóstica de cada uno de estos criterios por separado y en asociación (número ganglios infiltrados + localización, localización + IG, localización + número ganglios resecaados). Se realizó un análisis multivariante de factores pronósticos ganglionares y de los siguientes criterios: sexo, edad, T, Lauren, diferenciación, localización tumoral.

**Resultados:** Predominaron los tumores distales (56%), de tipo intestinal (47%) con afectación de la serosa (59%) e infiltración ganglionar (72%). La media de ganglios resecaados fue 33. Se comportaron como factores pronósticos significativos el número y la localización de ganglios infiltrados, así como el IG. El número de ganglios resecaados no influyó en la supervivencia. La 6<sup>a</sup> ed TNM presentó mejor sensibilidad pronóstica que la 7<sup>a</sup> ed TNM. En el análisis multivariante, la asociación de número + localización de ganglios infiltrados se comportó como el factor pronóstico más eficaz de todos los considerados.

**Conclusiones:** La afectación ganglionar es el factor pronóstico de mayor peso en los pacientes M0 R0. Si bien el número de ganglios infiltrados proporciona una estimación pronóstica fiable, sencilla y reproducible, la asociación del criterio anatómico permite añadir información relevante y complementaria.

La 7<sup>a</sup> edición del TNM es menos útil que la previa en esta serie de pacientes con predominio de tumores localmente avanzados.

#### O-077. COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA POR CÁNCER DE ESTÓMAGO

R. Santos Rancaño, N.J. Cervantes Juárez, L. Rodríguez Gómez, A. Gortázar Pérez-Somarriva, P. Talavera Eguizábal, L.I. Díez Valladares, A. Sánchez Pernaute y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** La gastrectomía por cáncer está generalmente gravada con una morbimortalidad considerable, lo que compromete el posible beneficio sobre la supervivencia que puedan aportar las técnicas más agresivas.

**Objetivos:** Analizar las complicaciones postoperatorias tras cirugía por cáncer de estómago y estudiar la relación entre la presentación de complicaciones y los aspectos clínicos y patológicos de los pacientes intervenidos.

**Pacientes y métodos:** Entre los años 2000 y 2010 se han intervenido consecutivamente 237 pacientes con diagnóstico de cáncer de estómago, 138 varones y 99 mujeres, con una edad media de 69 años (33-93). En 26 casos había antecedentes de tumores previos, el más frecuente prostático. Se trataron con quimioterapia preoperatoria 9 pacientes, y 1 sólo con quimiorradioterapia. 44 pacientes se sometieron a laparoscopia exploradora, y en los restantes se realizó laparotomía. El tumor se localizaba en estómago distal en más del 50% de los pacientes, y en el 48% de los casos era de tipo intestinal. En 209 casos se realizó gastrectomía, total en 73 pacientes y subtotal en 136. Se amplió la resección a órganos adyacentes en 23 pacientes. En 158 casos se hizo una linfadenectomía mayor de D1. 56 pacientes recibieron quimioterapia postoperatoria y 18 radioterapia.

**Resultados:** Se presentaron complicaciones en 95 casos, el 40,1% de los pacientes. Según la clasificación de Clavien, hubo 12 pacientes con complicaciones tipo I, 48 con complicaciones tipo II, 4 tipo IIIa, 9 IIIb, 7 IVa, 1 IVb y 14 fallecimientos o complicaciones tipo V (5,9%). Destacan entre ellas 12 fístulas anastomóticas, 1 fístula de pie de asa, 2 intestinales, 1 biliar, 1 colónica y 5 de muñón duodenal. Hubo 11 neumonías y 7 colecciones intraabdominales. No se complicaron más los pacientes sometidos a gastrectomía total, ni hubo relación entre la presentación de complicaciones y la infiltración de órganos adyacentes, la presencia de metástasis, la localización del tumor o el tipo histológico. No hubo relación tampoco entre la morbimortalidad postoperatoria y la edad. Sí se encontró relación entre la presencia de complicaciones y el mayor número de adenopatías resecaadas, de tal manera que los pacientes en los que se resecaron más de 20 adenopatías tuvieron una tasa de complicaciones del 50%, y aquellos con menor linfadenectomía del 32%,  $p = 0,032$ . La presencia de complicaciones en el postoperatorio, excluyendo la mortalidad en el ingreso, no se relacionó con un peor pronóstico a largo plazo, ni en lo referente a la supervivencia libre de enfermedad, ni a la supervivencia global.

**Conclusiones:** La tasa de complicaciones postoperatorias tras gastrectomía por cáncer es elevada, y está en relación con la magnitud de la linfadenectomía realizada determinada por el número de ganglios analizados. La presentación de complicaciones no influye sobre la evolución de los pacientes a largo plazo.

## PÓSTERS

### P-240. NEOADYUVANCIA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO: DISYUNTIVAS TERAPÉUTICAS TRAS EL ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA RESPUESTA HISTOPATOLÓGICA EN NUESTROS PACIENTES

M. Fraile Vilarrasa, C. García Vásquez, B. Manso, E. York, M.J. Fernández Aceñero, S. González Ayora, D. Cortes Guiral, P.W. Vorwald, E. Bernal Sánchez y A. Celdrán Uriarte

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

**Objetivos:** Plantear la necesidad de valorar la respuesta anatómopatológica precoz a la neoadyuvancia en el cáncer gástrico para poder ofrecer la mejor alternativa terapéutica a nuestros pacientes.

**Material y métodos:** Se analizan los pacientes tratados en la Fundación Jiménez Díaz con cáncer gástrico localmente avanzado que han recibido neoadyuvancia con el esquema ECX/ECF 3 meses-cirugía-ECX/ECF 3 meses. Tras la intervención, y en la pieza quirúrgica, se aplican los criterios de grado de regresión tumoral de la Asociación Americana de Patólogos (Grado 0: Respuesta completa, Grado 1: Respuesta Moderada, Grado 2: Respuesta Mínima, Grado 3: Respuesta pobre o ausencia de respuesta). Durante los últimos 2 años, hemos tratado 10 pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado que resultaron candidatos a quimioterapia neoadyuvante, 8 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 62 años de edad (48-77 años). Todos los pacientes fueron estudiados previamente con endoscopia digestiva alta con biopsia, TAC toracoabdominal, y ecoendoscopia. En las biopsias preoperatorias 1 paciente presentaba adenocarcinoma enteroide bien diferenciado, 4 moderadamente diferenciado, y 2, adenocarcinoma pobremente diferenciado. Presentaban adenocarcinoma con células en anillo de sello los 3 pacientes restantes. Se sometió a todos los pacientes a una laparoscopia exploradora previa al inicio de neoadyuvancia. En todos los casos se realizó una cirugía radical con linfadenectomía D2.

**Resultados:** Tras la cirugía, el análisis exhaustivo de la pieza quirúrgica, incluyó el análisis del grado de respuesta. De los 10 pacientes intervenidos, encontramos 5 pacientes con respuesta grado 3 (pobre respuesta o ausencia completa de la misma), 3 pacientes con respuesta grado 2 (respuesta mínima), 1 paciente con respuesta grado 1 (respuesta moderada), y 1 paciente con respuesta grado 0 (ausencia completa de células tumorales).

**Conclusiones:** Es razonable realizar en la pieza quirúrgica tras la neoadyuvancia un análisis de la respuesta histopatológica según nuestros resultados, y aun teniendo en cuenta que son preliminares. Este análisis podría inducir incluso un cambio de esquema terapéutico tras la cirugía en el caso de ausencia completa de respuesta.

### P-241. VALOR DE LA LINFADENECTOMÍA EN EL CÁNCER GÁSTRICO RESECADO CON CRITERIO CURATIVO

A.J. Gutiérrez Calvo, L. Diego García, N. Aguado Suárez, A. Blázquez Martín, A. López García, I. Lasa Unzué, J. Martín Fernández, R. Gómez Sanz y F.J. Granell Vicent

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

**Objetivos:** Utilizando los mismos criterios que la Asociación Japonesa para el Cáncer Gástrico (JGCA) valorar si el tipo de linfa-

denectomía mejora la supervivencia o únicamente contribuye a realizar una estadificación y una definición pronóstica más exacta.

**Material y métodos:** De marzo de 1988 hasta marzo de 2011 han sido intervenidos en nuestro Servicio 505 pacientes por adenocarcinoma gástrico. Los datos clínico-patológicos así como la clasificación y técnica quirúrgica se realizaron siguiendo los criterios de la JGCA. El análisis de la supervivencia se realizó mediante el método del producto límite de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Se realizaron 289 gastrectomías totales, asociando linfadenectomía D1 en 80 pacientes y D2/3 en 209. En las 180 gastrectomías subtotales se asociaron 107 linfadenectomías D1 frente a 73 D2/3. Se realizó cirugía con criterio curativo (curabilidad A y B según la JGCA) en el 65,2% de los pacientes reseca-dos. La mortalidad operatoria para cirugía con criterio curativo A+B fue del 5,6%, 0,7% en relación a la técnica quirúrgica y 4,9% por otras causas. La supervivencia global de la serie, excluyendo la mortalidad operatoria, fue del 45% a los 5 años. La probabilidad de supervivencia para D1 en pacientes con N0 fue del 64% frente al 41% para D1 en pacientes N1 ( $p < 0,01$ ). Para D2 en pacientes N0 la probabilidad de supervivencia fue del 79% frente al 70% para pacientes con N1. D2 frente a D1 para N0 tuvo una  $p < 0,1$ . D2 frente a D1 para pacientes con N1 la comparación de curvas fue significativa ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** La linfadenectomía D2 permite una mejor estadificación de la enfermedad, y por lo tanto del pronóstico del paciente. Cuando existe infiltración ganglionar la supervivencia del paciente se beneficia de una linfadenectomía D2. Cuando no existe infiltración ganglionar el beneficio de una linfadenectomía extendida (D2) es menor, aunque se mantiene para nuestros pacientes.

### P-242. FÍSTULA ESOFAGOYEYUNAL TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL POR CÁNCER GÁSTRICO: ANÁLISIS DE MORBIMORTALIDAD

H. Pardellas, A. López-Saco, A. Rivo Vázquez, L. Pérez Domínguez, H. Álvarez García, E. Flores Rodríguez, M.A. Freiría Eiras y P. Gil Gil

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo.

**Introducción:** Una de las complicaciones más temida tras una gastrectomía total la constituye la fístula esofagoyeyunal por la elevada morbilidad que comporta.

**Objetivos:** Analizar la incidencia de fístulas esofagoyeyunales tras gastrectomía total por cáncer gástrico en nuestro Servicio y la morbilidad que ocasionan.

**Material y métodos:** Revisamos 426 pacientes sometidos a gastrectomía total por cáncer gástrico entre enero de 1985 y diciembre de 2006. Entre el 5º y 8º día del postoperatorio se practicó un control radiológico con contraste hidrosoluble. La demostración radiológica de fuga de contraste nos permitió asegurar el diagnóstico de fístula anastomótica. Excluimos los casos sin confirmación radiológica. Comparamos los pacientes con diagnóstico de fístula anastomótica (grupo A) con los que no (grupo B).

**Resultados:** Demostramos la existencia de fístula esofagoyeyunal en 59 casos. La edad media de los pacientes que desarrollaron esta complicación era de  $63,8 \pm 11,9$  años y de  $63,6 \pm 12,3$  años en el resto. Encontramos un predominio del sexo masculino en ambos grupos (76,3% frente al 68,4%) ( $p > 0,05$ ). No encontramos diferencias significativas en el riesgo anestésico, siendo la proporción de pacientes con ASA 3 y 4 del 30% en ambos. La incidencia de fístula tras anastomosis de tipo manual fue del 18% y tras la de tipo mecánico del 13% ( $p > 0,05$ ). En el 49,2% de los pacientes del grupo A se realizó una resección con intención

curativa y en el 57,4% de los pacientes del grupo B ( $p > 0,05$ ). Se asoció la resección de otros órganos en 57,6% de los casos del primer grupo y en el 49,9% de los del segundo ( $p > 0,05$ ). En el postoperatorio, el 63% de los pacientes con fístula desarrollaron complicaciones de tipo respiratorio y sólo el 13% de los que no tenían fístula ( $p = 0,000$ ). La incidencia de abscesos intraabdominales también fue significativamente mayor en el primer grupo (58% frente al 7%) y de infección de herida (25% frente al 5%) ( $p = 0,000$ ). El 28% de los casos diagnosticados de fuga anastomótica fueron reintervenidos y el 8% del resto ( $p = 0,000$ ). El 33,9% de los pacientes con fístula fallecieron en el postoperatorio frente al 6,7% de los pacientes sin esta complicación ( $p = 0,000$ ). La estancia media postoperatoria fue de  $36,7 \pm 4$  días en el grupo A y de  $16,6 \pm 1$  en el B ( $p = 0,000$ ).

**Conclusiones:** La incidencia de fístula esofagoyeyunal en nuestra serie es de 13,8%. No encontramos diferencias estadísticamente significativas ni en la edad media ni en la distribución de sexos entre los pacientes, según desarrollarán o no esta complicación. Tampoco en su incidencia según el tipo de resección fuera con intención curativa o paliativa o se realizaran resecciones ampliadas a otros órganos. La incidencia de complicaciones respiratorias, de abscesos intraabdominales y de infección de herida en el postoperatorio fue significativamente mayor en los pacientes con fístula. Esto explicaría el mayor índice de reintervenciones, de mortalidad y de estancia media postoperatoria en este grupo.

#### P-243. LA DEFINICIÓN DE CURABILIDAD EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER GÁSTRICO RESECABLE

A.J. Gutiérrez Calvo, L. Diego García, N. Aguado Suárez, A. Blázquez Martín, A. López García, I. Lasa Unzué, J. Martín Fernández, R. Gómez Sanz y F.J. Granell Vicent

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

**Objetivos:** La Asociación Japonesa para el Cáncer Gástrico (JGCA) define la curabilidad en enfermedad resecable como aquella que cumple los siguientes parámetros: Curabilidad A: ausencia de tumor residual con alta probabilidad de curación. T1/T2,N0 tratado con D1,2,3 o N1 tratado con D2,3; H0,P0 y márgenes proximal y distal a  $> 10$ mm ( $> 5$  mm en la evaluación histológica). Curabilidad B: ausencia de tumor residual pero no evaluable como curabilidad A. Curabilidad C: tumor residual definido. Nuestro objetivo es evaluar la utilidad de estos criterios.

**Material y métodos:** De marzo de 1988 hasta marzo de 2011 han sido intervenidos en nuestro Servicio 505 pacientes por adenocarcinoma gástrico. Los datos clínico-patológicos así como la clasificación y técnica quirúrgica se realizaron siguiendo los criterios de la JGCA. El análisis de la supervivencia se realizó mediante el método del producto límite de Kaplan-Meier.

**Resultados:** El estadio de los pacientes tratados fue: IA 17,7%, IB 5,2%, II 12,8%, IIIA 17,2%, IIIB 12,8%, IVA 13% y IVB 20,8%. La resecabilidad fue del 92%, definiéndose como curabilidad A en el 29% de los resecados, curabilidad B en el 36,1% y curabilidad C en el 34,6%. Aparecieron recurrencia en 4 pacientes definidos como curabilidad A y en 26 definidos como curabilidad B. Se consideró persistencia de enfermedad en los definidos como curabilidad C. La supervivencia global de la serie fue del 46% a los 5 años. Para curabilidad A fue del 80%, curabilidad B del 62% y sin supervivencia a los 5 años para curabilidad C. La comparación de curvas fue significativa ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La definición de curabilidad según los criterios de la JGCA son claros, objetivos, reproducibles y con un valor pronóstico claramente demostrado.

#### P-244. SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER GÁSTRICO TRAS TERAPIA NEOADYUVANTE Y CIRUGÍA DE RESCATE: RESULTADOS PRELIMINARES A 3 AÑOS

M. Gutiérrez Moreno, F. Ibáñez Delgado, A.M. Vázquez Medina, J.M. Hernández de la Torre Bustillo, F.J. Padillo Ruiz y F. Alcántara Gijón

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** En los cánceres gástricos no estadios I la quimioterapia neoadyuvante es el tratamiento estándar seguido de tratamiento quirúrgico con linfadenectomía D2.

**Objetivos:** Conocer la supervivencia a 5 años de los pacientes diagnosticados de cáncer gástrico y de la unión esofago-gástrica sometidos a cirugía de rescate tras tratamiento oncológico neoadyuvante.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo desde enero 2008 a enero 2013. Análisis preliminar de los datos en febrero de 2011. Excluido un paciente por ser diagnosticado de recidiva del muñón gástrico. Muestra: 15 pacientes, 73% hombres, media de edad 61,54 años.

**Resultados:** El estadio tumoral al diagnóstico (IV y III los más frecuentes, 26,7% respectivamente) mejoró en el 33% de los pacientes tras terapia oncológica (en la mayoría de los casos consistió en 3 ciclos de EOX, ECX o ECF), incluso en el 13% no se observó neoplasia en la pieza quirúrgica. El 27% de los pacientes no varió su estadio tumoral, y en el 20% se observó progresión de la enfermedad. La cirugía fue exéretica en el 73% (gastrectomía total y reconstrucción en Y de Roux fundamentalmente), limitándose a lapartotomía-laparoscopia exploradora en el resto. Se resecaron un total de 152 ganglios, lo que supone una media de 19 ganglios por pieza quirúrgica. Yeyunostomía de alimentación en todos los pacientes. El 33% de los pacientes presentan una supervivencia igual o mayor a 16 meses, siendo IV el estadio al diagnóstico en más de la mitad.

**Conclusiones:** Un tercio de los pacientes con cáncer gástrico sometidos a cirugía de rescate tras quimioterapia neoadyuvante viven tras 3 años de la cirugía. Debido a que no ha concluido el período de seguimiento, la supervivencia a 5 años aún no puede ser establecida.

#### P-245. DEGENERACIÓN CARCINOMATOSA DE POLIPOSIS GÁSTRICA

E. Las Navas Muro<sup>1</sup>, I. Badiola Bergara<sup>1</sup>, M. Corcostegui Pardo<sup>1</sup>, B. Estraviz Mateos<sup>1</sup>, L. García Bruña<sup>1</sup>, E. Eizaguirre Letamendia<sup>2</sup> y J. Ibáñez Aguirre<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Galdakao, Galdakao; <sup>2</sup>Hospital Donostia, San Sebastián.

**Introducción:** La mayoría de los síndromes polipósicos familiares se estudian en el contexto del cáncer colorrectal hereditario. Las poliposis que afectan a otros órganos son menos frecuentes y su degeneración maligna, casi anecdótica.

**Caso clínico:** Mujer de 37 años sin antecedentes personales de interés, y con dos familiares de segundo grado en estudio por sospecha de poliposis adenomatosa familiar que ingresa en el servicio de digestivo por anemia severa. La exploración física es anodina. En la analítica destaca un hematocrito de 8,9% y albúmina de 2,4 mg/dl. La gastroscopia evidencia una mucosa gástrica con incontables formaciones polipoideas (AP: pólipos hiperplásicos) y la colonoscopia tres pólipos pediculados grandes que se extirpan. (AP: adenoma túbulo-veloso con displasia severa y pólipos mixtos tipo juvenil, con transformación adenomatosa). La TAC objetiva una gran distensión de cámara gástrica con pliegues engrosados y múltiples pólipos. Se transfundieron seis concentrados de hemáties y se deriva a Consultas Externas

de Digestivo para continuar estudio. Sin embargo, a los 9 meses, reingresa por hipopotasemia severa e intolerancia oral completa. Tras la reposición hidroelectrolítica se decide intervención quirúrgica. Se realiza una gastrectomía total más linfadenectomía D1 beta (por hallazgo de lesión indurada sospechosa de malignidad en luz gástrica, a nivel de curvatura menor). La evolución posterior es favorable, siendo dada de alta a los 15 días postoperatorios. La anatomía patológica de la pieza reseca da informa de la existencia de un adenocarcinoma gástrico con múltiples patrones que infiltra hasta la muscular propia (pT2a). Existen fenómenos de linfangitis carcinomatosa con extensión a 21 adenopatías de 38. Los hallazgos pueden sugerir cuadro de probable poliposis hamartomatosa hereditaria familiar del tipo hiperplásica/juvenil, con múltiples focos de transformación adenomatosa. La paciente es derivada al Sº de Oncología donde recibe 6 ciclos según esquema 5FU + Leucovorin. En el control posterior a los 7 meses poscirugía (5 meses tras inicio tratamiento con quimioterapia), se objetiva adenopatía supraclavicular con citología positiva para adenocarcinoma. La TAC informa de recidiva tumoral ganglionar a nivel cervical, peritronco celiaco, retroperitoneal y alrededor de grandes vasos, con compresión de arterias renales. A los 9 meses de la cirugía, la enferma presenta insuficiencia renal obstructiva secundaria a la progresión tumoral, que evoluciona tórpida mente, asociando todo ello a una hipertensión arterial severa, que provoca hemorragia tetra ventricular cerebral y exitus.

**Conclusiones:** La poliposis gástrica es una entidad con posibilidad de degeneración carcinomatosa. Puede estar presente en diferentes síndromes polipósicos, adenomatosos o hamartomatosos, como son la poliposis adenomatosa familiar, el síndrome de poliposis juvenil, y el síndrome de Peutz-Jeghers, entre otros. El tratamiento definitivo dependerá del carácter agresivo de las lesiones por lo que sería conveniente hacer un diagnóstico preciso para poder identificar aquellas lesiones con mayor predisposición a la malignidad. En nuestro caso, sin embargo, pese a la existencia de antecedentes familiares cuando la paciente fue diagnosticada la extensión tumoral ya era presumiblemente una entidad sistémica.

#### P-246. ¿TIENE VALOR EL SEGUIMIENTO EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER GÁSTRICO?

A.J. Gutiérrez Calvo, L. Diego García, N. Aguado Suárez, A. Blázquez Martín, A. López García, I. Lasa Unzué, J. Martín Fernández, R. Gómez Sanz y F.J. Granell Vicent

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

**Objetivos:** El coste del seguimiento de los pacientes intervenidos de cáncer gástrico es elevado, estando su valor en discusión. A los pacientes sometidos a intervenciones no curativas se les proporciona soporte psicológico y del control de los síntomas. A los sometidos a cirugías potencialmente curativas el seguimiento se dirige a la detección precoz de posibles recidivas para intentar posteriormente su rescate. El objetivo de este estudio es analizar el posible beneficio del seguimiento de estos últimos pacientes para la detección de recidivas y su eventual tratamiento.

**Material y métodos:** De marzo de 1988 hasta marzo de 2011 han sido intervenidos en nuestro Servicio 505 pacientes por adenocarcinoma gástrico. Los datos clínico-patológicos así como la clasificación y técnica quirúrgica se realizaron siguiendo los criterios de la JGCA. El seguimiento de estos pacientes consiste en una revisión mensual, durante el primer año, a los pacientes que están recibiendo quimioterapia adyuvante. El resto de los pacientes son sometidos a revisiones trimestrales durante los dos primeros años, semestrales durante el tercer y cuarto año, y anuales a partir del quinto año. En cada visita se realiza

un hemograma, bioquímica hepática y marcadores (CEA y CA19-9). Sólo se realizan pruebas de imagen (ECO, TAC, RNM o PET/TAC en aquellos casos en que existen sospechas, clínica o analítica, de recidiva tumoral. Se realizó gastroscopia anual a los pacientes sometidos a gastrectomía subtotal. El análisis de la supervivencia se realizó mediante el método del producto límite de Kaplan-Meier.

**Resultados:** De los 505 pacientes intervenidos fueron reseca dos con criterio curativo (curabilidad A o B) el 57% de los pacientes. Se detectaron 30 recidivas, 4 en pacientes definidos como curabilidad A y 26 en pacientes definidos como curabilidad B. 8 recurrencias fueron aisladas intraabdominales, 18 combinadas intraabdominales, 1 intra y extraabdominal, no diagnosticándose ninguna extraabdominal aislada. Por localizaciones se definieron 2 en muñón gástrico, 18 ganglionares locoregionales, 20 peritoneales (5 localizadas y 15 diseminadas) y 12 hepáticas (4 unilobares y 8 bilobares). Se realizaron cirugías de rescate en los 2 pacientes con recurrencia en el muñón gástrico y en 2 pacientes con metástasis hepática única. El resto de pacientes se enviaron a oncología para quimioterapia paliativa.

**Conclusiones:** El seguimiento es necesario en el contexto de investigación en cáncer gástrico. Es necesario para los pacientes que están recibiendo tratamiento adyuvante y para el control sintomático de los pacientes con enfermedad avanzada. La relación coste/beneficio del seguimiento orientado a la detección precoz de recurrencia para un eventual tratamiento con criterio curativo es mala, presentando escasas probabilidades de mejorar las tasas de supervivencia global de estos enfermos.

#### P-247. FUGA GÁSTRICA Y ESTENOSIS TARDÍAS TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL. MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

J.E. Pérez Folqués, J. Fernández Moreno, V. López Flor, M. Aguado Pérez, J. Vázquez Ruiz, J. Guirao Manzano y D. Mansilla Molina

Hospital Virgen del Castillo, Yecla.

**Introducción:** La gastrectomía vertical laparoscópica (GVL), una de las técnicas bariátricas más utilizada en la actualidad, con lleva complicaciones tardías de manejo complejo.

**Objetivos:** Presentar el caso de una fuga subclínica tardía post-gastrectomía vertical acompañada de una estenosis del tubo gástrico.

**Caso clínico:** Mujer de 35 años de edad, IMC 41 con antecedentes personales de hipertensión arterial, a la que se indicó cirugía bariátrica tras ser valorada por el servicio de endocrinología. Se practicó GVL tutorizada con una sonda nº 32, empezando la sección gástrica a 5cm del píloro, sutura invaginante de la línea de grapas con monofilamento irreabsorbible y comprobando la estanqueidad del tubo gástrico con azul de metileno. El postoperatorio fue favorable, control radiológico y analítica normales, siendo alta el 3º día. Al mes acudió a urgencias cuadro catarral y gran sensación nauseosa. La analítica y tránsito con gastrografín fueron normales. A la semana volvió a urgencias por sensación distérmica y dolor en hemiabdomen izquierdo. En la analítica presentaba leucocitosis, la ecografía abdominal fue normal y el TAC abdominal detectó un mínimo neumoperitoneo subfrénico izquierdo con mínima cantidad de líquido. El tránsito no detectó fuga. Ingresó con antibioterapia de amplio espectro y nutrición parenteral con buena respuesta clínica y resolución en el posterior TAC. Al mes, estando asintomática el tránsito baritado observó una fuga en la unión esófago-gástrica con trayecto fistuloso subdiafragmático izquierdo. El TAC toraco-abdominal detectó una pequeña colección subfrénica izquierda y un derrame pleural izquierdo, procediéndose a la colocación de una sonda transduodenal para alimentación enteral y drenaje

de la colección subfrénica. En la endoscopia se observó un orificio fistuloso en la unión esófago-gástrica de 1 cm de diámetro y la sonda correctamente situada. La paciente fue remitida para tratamiento con endoprótesis; pasados 3 meses se consiguió la resolución del 50%, sin continuar dicho tratamiento por intolerancia de la paciente. Nosotros continuamos el tratamiento de la fístula con nutrición enteral y sellado endoscópico con Tissucol, precisando 4 sesiones, descubriendo en la segunda sesión una estenosis en 1/3 inferior del neostómago que no se había detectado en ninguno de los tránsitos y endoscopías previas. Se procedió a la realización de dilataciones endoscópicas con balón neumático hasta 18 mm consiguiendo la resolución de la estenosis y la fístula de la unión esófago-gástrica. 8 meses después la paciente se encuentra asintomática tolerando la dieta adecuada de la gastrectomía vertical.

**Conclusiones:** La gastrectomía vertical laparoscópica como tratamiento de la obesidad mórbida puede comportar complicaciones tardías que suelen requerir tratamientos quirúrgicos complejos según la bibliografía revisada. En nuestro caso conseguimos la resolución de las dos complicaciones (fuga y estenosis) tras someter a la paciente a multitud de pruebas complementarias radiológicas y endoscópicas para colocación de endoprótesis, sellado con Tissucol y dilataciones sin llegar en ningún momento a una situación clínica grave. Pensamos que el origen fue la estenosis, y la fístula, un problema secundario a la misma. Con la resolución de la estenosis se resolvió definitivamente la fístula.

#### P-248. MANEJO LAPAROSCÓPICO DEL ULCUS PÉPTICO PERFORADO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

L. Piñero González, R. Gianchandani, J. Marchena, A. Burgarolas, D. Armas, I. Sánchez-Guédez, F. Cruz, M.M. Sánchez-Lauro y J.A. Ramírez

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

**Introducción:** El ulcus péptico perforado es una patología que se trata con cierta frecuencia en la urgencia de nuestros hospitales. Su abordaje quirúrgico se puede realizar mediante laparotomía o mediante laparoscopia.

**Objetivos:** Analizar la experiencia en un hospital de referencia en el manejo laparoscópico del ulcus péptico perforado.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes intervenidos de ulcus péptico perforado mediante abordaje laparoscópico entre enero 2001 y diciembre 2010 en un hospital de referencia. Se recogieron las variables demográficas, tiempo de evolución de los síntomas, características del procedimiento, el número de reconversiones, estancia media, complicaciones y mortalidad.

**Resultados:** En este periodo se intervinieron quirúrgicamente por este motivo 56 pacientes (48 varones y 8 mujeres), con edad media de 46,7 años. La mayoría de los pacientes referían menos de 12 horas de evolución de sus síntomas. En aproximadamente la mitad de los pacientes la intervención se realizó con 3 trócares y en el resto con 4 trócares. Habitualmente la sutura se realizó con puntos sueltos de seda junto con epiploplastia. En 42% pacientes se dejó drenaje. Hubo 6 reconversiones, la mayoría en los 5 primeros años de la serie; uno de ellos con ulcera > 3 cm en cara posterior y con posterior mala evolución requiriendo reintervención. La estancia postoperatoria tuvo una mediana de 6 días. No hubo mortalidad asociada a este procedimiento.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico del ulcus péptico perforado constituye una técnica fiable y segura que debería ser considerada como de primera elección en el manejo de esta patología.

#### P-249. CARCINOMATOSIS MENÍNGEA, COMPLICACIÓN RARA DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

N. Guàrdia Torner, M. Rovira, M. Botey, E. Garsot, M. Viciano, J.M. Balibrea, J.M. Sastre y J. Fernández Llamazares

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

**Introducción:** La carcinomatosis meníngea es la infiltración difusa del espacio subaracnoideo por metástasis de un tumor sólido extraneurológico y fue descrita por Siefert en 1901. Es una complicación poco frecuente, 3-8% de pacientes con cáncer, y de las más graves ya que se calcula una supervivencia sin tratamiento de entre cuatro y seis semanas. Su incidencia ha aumentado en los últimos años debido a la mayor longevidad de los pacientes oncológicos, la quimioterapia, la punción lumbar en el estudio de extensión y al aumento de la sospecha diagnóstica.

**Caso clínico:** Presentamos un paciente varón de 42 años, diagnosticado en mayo del 2010 de adenocarcinoma gástrico en células en anillo de sello T3N1M0 estadio IIIA. Siguió quimioterapia neoadyuvante y se intervino en septiembre realizándose gastrectomía total por laparoscopia con anastomosis esofagoyeyunal, linfadenectomía tipo D2 y yeyunostomía de alimentación. El estudio anatomopatológico definitivo informó de adenocarcinoma pT4aN2M0. Un mes y medio después consultó a urgencias por disfagia y ingresó para descartar recidiva local o estenosis de la anastomosis. Se realizó FGC, tránsito esofagoyeyunal y TC descartándose ambas. En planta el paciente refería cefalea intensa, mareos, lumbalgia con debilidad en las extremidades inferiores y diplopía. A la exploración destacaba rigidez nuchal, paresia del V y VI par facial derecho. Se le realizó TC craneal sin observarse metástasis cerebrales parenquimatosas y RM con contraste que describía moderada atrofia cerebral y pequeño infarto crónico talámico. Se realizó punción lumbar recogiendo muestras para microbiología y citología. El resultado anatomo-patológico fue de metástasis de adenocarcinoma. El paciente presentó empeoramiento rápido del estado general y se inició tratamiento paliativo.

**Discusión:** La carcinomatosis meníngea se presenta en estadios avanzados, la media de tiempo entre el diagnóstico del primario y esta complicación es de 6,3 meses (0- 73,1). La vía de diseminación es un tema en discusión, la más aceptada es la hematogena y las neoplasias que la tienden a producir con más frecuencia son la de mama 20-50%, pulmón 15-25% seguidos por melanoma 11% y los tumores gastrointestinales 6%. El adenocarcinoma es el tipo histológico más habitual del primario. Se presenta con síntomas neurológicos múltiples. La infiltración neoplásica tiene tendencia a asentarse en la base del cráneo y la cola de caballo por efecto de la gravedad provocando alteración de pares craneales múltiples, cefalea e hidrocefalia por obstrucción del líquido cefalorraquídeo más dolor de espalda, debilidad de extremidades inferiores y alteraciones esfinterianas. El diagnóstico temprano es difícil, se requiere un alto índice de sospecha. Para la confirmación se debe realizar un análisis del líquido cefalorraquídeo, estudio más específico aunque poco sensible ya que del 40-50% de las citologías son negativas. Los hallazgos habituales son pleiocitosis 50-80%, hiperproteínorraquia 70-85%, hipoglucorraquia 20-75% sin infección y aumento de la presión. El tratamiento de elección es la radioterapia focal asociada con quimioterapia intratecal con citarabina o metotrexate. Suelen limitarse a la paliación y prevención del deterioro neurológico progresivo.

**Conclusiones:** La carcinomatosis meníngea se debe tener en cuenta durante el estudio de extensión o en complicaciones posquirúrgicas en pacientes con neoplasias gastrointestinales de alto grado.

### P-250. RECONSTRUCCIÓN DE UNA GASTRECTOMÍA CON GASTROYUNOSTOMÍA BILLROTH II EN UNA DERIVACIÓN EN Y DE ROUX POR REFLUJO BILIAR INCAPACITANTE

J.M. Canga Presa, S. Pacho Valbuena, L.M. Alcoba García, M.N. Álvarez Díez, V. Simó Fernández, A. Álvarez Martínez, J.A. Mariño Ramírez y T. González de Francisco

Complejo Asistencial Universitario de León, León.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico intervenido en nuestro Servicio por un adenocarcinoma gástrico al que se le había realizado una reconstrucción previa tipo Billroth II, en una derivación en Y de Roux, debido al reflujo biliar incapacitante que presentaba.

**Material y métodos:** Mujer de 77 años con antecedentes de apendicectomía, histerectomía y gastrectomía subtotal con gastroyunistomía tipo Billroth II + Braun, 14 años antes, por adenocarcinoma de tipo difuso gástrico. La paciente presentaba reflujo biliar incapacitante por el que había consultado en numerosas ocasiones y de hecho a los tres años de la intervención ya presentaba en gastroscopia de seguimiento biopsias con signos compatibles con gastritis de boca anastomótica, con idénticos hallazgos en gastroscopia preoperatoria, y sin signos de malignidad en la anatomía patológica. En la TC toracoabdominal no se apreciaban signos de recidiva/progresión tumoral. CEA, Ca 19.9 y Ca 12.5 normales.

**Resultados:** Se realizó nueva laparotomía media, liberación adherencial, y no apreciando signos de recidiva tumoral, carcinomatosis peritoneal ni metástasis hepáticas, se procedió a identificar la anastomosis gastroyeyunal y la yeyunoyeyunal tipo Braun, apreciando cómo ésta se encontraba muy próxima a la anastomosis gastroyeyunal, a escasos 20 cm. Se realizó la sección de la anastomosis de Braun con EndoGía y posteriormente, de igual modo, la sección del asa aferente a nivel de la salida gástrica. La reconstrucción se llevó a cabo mediante anastomosis yeyuno-yeyunal en Y de Roux con pie de asa a 70 cm del estómago, terminolateral, con sutura manual continua de poliglicólico 3/0. Se cerraron las brechas mesentéricas y del mesocolon. La paciente fue dada de alta al 7º día postoperatorio sin complicaciones. Seguida en consultas de Cirugía, y un año tras la intervención, la paciente se encuentra asintomática, libre de tumor y ha ganado 5 kg de peso.

**Conclusiones:** Actualmente, la reconstrucción tipo Billroth II sigue siendo la técnica propugnada por algunos grupos como la indicada para la reconstrucción del tránsito intestinal tras gastrectomía por cáncer o incluso en cirugía bariátrica, alegando una menor morbilidad al necesitar una anastomosis menos que la Y de Roux. Para paliar el reflujo biliar que acontece en este tipo de montajes, muchos autores han propuesto la adición de un Braun al Billroth II, en lugar de confeccionar un asa en Y de Roux. Tanto en uno como en otro caso, si la anastomosis yeyuno-yeyunal se realiza muy próxima a la gastroyunistomía el reflujo biliar puede ser incapacitante y ser necesaria una reintervención para alargar el pie de asa. En nuestra Unidad todas las gastroyunistomías reconstructivas tras gastrectomía por cáncer se confeccionan en Y de Roux con pie de asa a 60 cm para evitar esta temida y a veces olvidada complicación.

### P-251. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO. UNA OPCIÓN SEGURA EN EL PACIENTE FRÁGIL

S. Martínez López, J. Zorrilla Ortúzar, I. Amunategui Prats, S. Cortese, M. Rodríguez Martín y A. Muñoz-Calero Peregrín

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Objetivos:** En la actualidad la vía laparoscópica no está aceptada como tratamiento estándar en la cirugía radical del cáncer

gástrico, en base al mayor tiempo operatorio, alta complejidad técnica, y posible menor radicalidad. Pero en pacientes en los que se precisa menor radicalidad (Paciente anciano y paciente joven con gran comorbilidad) la vía laparoscópica podría ofrecer las ventajas propias del abordaje mínimamente invasivo. Nuestro objetivo es revisar los resultados de nuestra serie en paciente frágil, comparando la vía laparoscópica con la vía abierta, en términos de morbilidad y estancia postoperatoria.

**Pacientes y métodos:** Revisamos de forma retrospectiva la base de datos de cáncer gástrico de nuestro servicio, recogida de manera prospectiva en los últimos cuatro años. Seleccionamos todos los pacientes mayores de 70 años, y aquellos menores con ASA III o IV, y comparamos en dos grupos según la vía de abordaje abierta o laparoscópica. Describimos tipo de gastrectomía, número de ganglios aislados, morbilidad y días de estancia hospitalaria.

**Resultados:** Se han intervenido 63 pacientes de adenocarcinoma gástrico, 12 de los cuales se han intervenido por vía laparoscópica. De estos, 6 son mayores de 70 años y 2, de 25 y 50 años, presentaban gran comorbilidad asociada. De los 51 pacientes intervenidos por vía abierta, 23 eran mayores de 70 años, y 4 menores con ASA III. Para el abordaje laparoscópico, la técnica realizada en todos los pacientes de la serie fue gastrectomía subtotal y linfadenectomía D1. En el caso de cirugía abierta se realiza gastrectomía subtotal en 21 pacientes y en 6, total. Las linfadenectomías fueron D1 y D1 ampliada excepto en dos casos que fue D2. La media de adenopatías aisladas en ambos grupos fue similar (sin diferencias significativas). En cuanto a morbilidad, en el grupo laparoscópico encontramos un paciente con hemorragia digestiva alta que cedió con tratamiento conservador, una fibrilación auricular y una gastroparesia que requirió prolongación de la estancia hospitalaria. En el grupo de abordaje abierto encontramos morbilidad en 14 pacientes, incluyendo cuatro fugas anastomóticas, dos fistulas pancreáticas y una perforación intestinal. Aparecen también cinco casos de infección respiratoria y dos de infección de herida quirúrgica. La mediana de estancia hospitalaria fue de 7 días para los pacientes de abordaje laparoscópico y de 16 días en el grupo de gastrectomía abierta.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico en cáncer gástrico no implica aumento de la morbilidad postoperatoria según los datos de nuestra serie, por tanto se puede considerar como una opción terapéutica en el manejo de esta patología en casos seleccionados con paciente frágil.

### P-252. TUMOR DE CELULAR GRANULARES EN ESÓFAGO CERVICAL. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON INJERTO LIBRE DE YEYUNO: REPORTE DE CASO

R.E. Ramírez Maldonado, M. Miró Martín, A. López Ojeda, H. Aranda Danso, C. Higuera, C. Bettonica Larrañaga y L. Farran Teixidor

Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

**Introducción:** El tumor de células granulares (TCG) es una lesión de origen neural que en el 8% de los casos se localiza en el tracto gastrointestinal. Su capacidad de malignización depende del tamaño, invasión de órganos adyacentes y diferenciación celular, siendo el tratamiento de elección la resección quirúrgica en bloque del tumor. Se presenta el caso de una paciente con TCG localizado en esófago cervical, requiriendo cirugía exéretica de 7 cm de esófago cervical y reconstrucción con injerto de yeyuno libre

**Caso clínico:** Paciente mujer de 36 años sin antecedentes médico-quirúrgicos mayores, con cuadro de disfagia progresiva de cuatro años de evolución. Estudiada en otro centro se diagnosticó de divertículo de Zenker, realizándose miotomía del cricofa-

ríngeo. A pesar del tratamiento quirúrgico persiste la disfagia, por lo que remite a nuestro centro. Se completa estudio con endoscopia digestiva alta donde se evidencia estenosis infranqueable del esófago cervical a nivel de la boca de Killiam y TC cervical donde se aprecia una masa de 5 cm en esófago cervical que desplaza la vía aérea extendiéndose hasta el 3<sup>er</sup> anillo traqueal. La gammagrafía descarta origen tiroideo, la biopsia endoscópica por PAAF no fueron concluyentes, indicándose una biopsia quirúrgica que hace diagnóstico de TCG. Ante este diagnóstico se indica tratamiento quirúrgico realizando resección en bloque de 7cm de esófago cervical que incluye el tumor, íntimamente adherido a la cara posterior traqueal. Dada la imposibilidad de anastomosis esofagoesofágica T-T se aboga por una reconstrucción con injerto de yeyuno libre con anastomosis microvascular (vena yeyunal, vena yugular externa, arteria yeyunal, arteria carótida externa con injerto de poplitea) y anastomosis enteral T-T (esófago-yeyuno-esófago). La evolución posterior ha sido satisfactoria. El tránsito esofágico de control demuestra la permeabilidad del injerto y ausencia de dehiscencias anastomóticas. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de TCG con afectación de todas las capas de la pared, márgenes de resección libres y sin identificar invasión vascular, perineural o atipias significativas. A los 6 meses de la intervención la paciente presenta correcta tolerancia a la dieta oral.

**Conclusiones:** El TCG es una entidad infrecuente a considerar en el diagnóstico diferencial de tumores esofágicos. La resección esofágica cervical con reconstrucción mediante injerto de yeyuno libre es una técnica compleja que debe realizarse en centros de referencia con equipos quirúrgicos especializados. A pesar de la dificultad y la morbilidad no despreciable debe considerarse como una alternativa quirúrgica en estos casos.

#### P-253. CONSEJOS PRÁCTICOS EN LA UTILIZACIÓN DEL DOBLE GRAPADO MEDIANTE EL SISTEMA DST™ EEA™ ORVIL™ EN ANASTOMOSIS ESOFAGO-GASTRO-ENTERALES

C. García Vásquez, P. Vorwald, M. Fraile Vilarrasa, E. York, B. Manso Abajo, D. Cortes Guiral y A. Celdrán Uriarte

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

**Introducción y objetivos:** El doble grapado es una técnica clásica y con amplia literatura en el campo de la coloproctología, particularmente en las resecciones de recto. Desde la introducción del sistema OrVil complementario al EEA se dispone de una técnica sencilla y segura para realizar anastomosis esófago-gastro-enterales mediante el doble grapado. En nuestro centro hemos utilizando el EEA OrVil desde el año 2008 en las anastomosis esófago-gastro-yeyunales, el objetivo de la comunicación es describir los detalles técnicos que hemos identificado como importantes así como exponer resultados en nuestras primeras 60 anastomosis con este sistema.

**Material y métodos:** Se han incluido gastrectomías oncológicas totales y subtotaes tanto abiertas como laparoscópicas así como bypass gástrico laparoscópico por obesidad. Se ha empleado la grapadora EEA 25 XL acoplada al cabezal o "yunque" DST EEA OrVil 25 mm. Dicho yunque consta de un cabezal basculante de 25 mm y un tubo prolongador de PVC de unos 90 cm que el anestesista debe introducir por la boca para luego ser recuperado en el campo a través del esófago o el reservorio gástrico. Se describe la técnica en 60 pacientes de los cuales 20 corresponden a bypass gástrico laparoscópico, 8 a gastrectomías laparoscópicas por tumores no localmente avanzados y 32 a gastrectomías abiertas.

**Resultados:** No se han evidenciado fugas o dehiscencias anastomóticas. Se describen detalles técnicos surgidos con la utilización de este sistema que pueden ayudar a disminuir la posibilidad

de las complicaciones que hemos encontrado. Durante la intervención hemos tenido la pérdida del cabezal en la faringe en una oportunidad, así como la pérdida del yunque en el reservorio gástrico en dos oportunidades. En el postoperatorio inmediato tuvimos 2 hemorragias digestivas altas por sangrado en la anastomosis, autolimitadas y que solo una de ellas requirió transfusión de hemoderivados. De forma tardía solo hemos encontrado disfonía en un paciente, con recuperación al cabo de dos meses así como una estenosis parcial de la anastomosis, con buena evolución y que no requiere dilatación.

**Conclusiones:** El doble grapado en anastomosis esófago-gastro-enterales es una técnica segura y sencilla desde el punto de vista técnico siempre que se sigan una serie de detalles técnicos que aseguren una disminución en la posibilidad de complicaciones, por lo que está ganando popularidad entre los cirujanos.

#### P-254. NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN PACIENTE CON VÓMITOS DE REPETICIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

V. García Gutiérrez, E. Rubio González, J.C. Trapero Díaz, T. Butrón Vila, K.I. Alemán Ulloa, S. Alonso Gómez, R. Ortega García, P. Peláez Torres, M. Ortiz Aguilar, J.A. Pascual Montero y M. Lomas Espadas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Introducción:** El neumomediastino es la presencia de aire en el mediastino, y sus causas más frecuentes son traumatismos penetrantes, infección por bacterias productoras de gas o rotura esofágica secundaria a vómitos (síndrome de Boerhaave) o exploraciones endoscópicas. El neumomediastino espontáneo se produce sin factores desencadenantes aparentes y es una patología poco frecuente que suele afectar a varones jóvenes. Su aparición obliga a descartar: rotura esofágica espontánea, pericarditis o neumotórax asociado. La presentación clínica típica es dolor torácico más intenso en inspiración (típicamente retroesternal) que puede irradiarse al cuello, hombro o brazo. También son frecuentes la disnea y la disfagia. Menos frecuentes son: disfonía, dolor abdominal y el dolor de cuello.

**Caso clínico:** Se trata de un paciente varón de 23 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por dolor epigástrico irradiado a tórax, que se acompaña de vómitos de repetición. Refiere odinofagia. Ingesta alcohólica importante los dos días previos. Auscultación pulmonar normal. Abdomen doloroso a la palpación en epigastrio-hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. ECG sin alteraciones en el ritmo ni alteraciones de la repolarización. El paciente permanece hemodinámicamente estable durante su estancia en la urgencia y febrícula de hasta 37,6 °C. Se inició tratamiento con reposo, analgésicos, oxigenoterapia y antibioterapia. Datos reseñables de las pruebas complementarias realizadas: en la radiografía de tórax se observa un neumomediastino; CT de tórax realizado en la urgencia muestra extenso neumomediastino sin signos de mediastinitis, con discreto neumopericardio; leucocitosis importante; esofagograma en el que no se objetivan fugas de contraste sugerentes de fistula. Durante el ingreso se realiza tratamiento conservador, fisioterapia respiratoria y seguimiento analítico. El paciente presenta rápida mejoría clínica, descenso de la leucocitosis y mejoría radiológica. Fue dado de alta el quinto día de ingreso.

**Discusión:** Los vómitos de repetición son una causa poco frecuente de neumomediastino espontáneo. Conocer la incidencia real de esta patología es muy difícil dado que la mayoría de la literatura médica describe casos aislados o series cortas. El mecanismo por el que se produce se basa en una hiperpresión brusca en la vía aérea que produce la rotura de algunos alvéolos

terminales con la consecuente disección que el aire liberado produciría en la vasculatura pulmonar, mecanismo de producción similar al neumotórax espontáneo, al que se asocia con alguna frecuencia. Se han descrito casos que lo relacionan con el consumo de drogas de diseño. El signo de Hamman es la auscultación de crepitantes secos en los diferentes focos cardiacos y es muy característico del neumomediastino, aunque está presente en menos de la mitad de los casos. No está presente en nuestro paciente. La leucocitosis se justifica por las reacciones inflamatorias que se producen, en cualquier caso, estaría indicado descartar una mediastinitis. La variabilidad clínica hace difícil su diagnóstico, que suele ser radiológico. En la radiografía de tórax se objetiva la presencia de aire alrededor del corazón, de los grandes vasos y del mediastino, delimitado por pleura. La mayoría de los pacientes evolucionan bien con tratamiento conservador y tienen una corta estancia hospitalaria.

#### **P-255. NEUMOTÓRAX BILATERAL, NEUMOMEDIASTINO Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO CAUSADOS POR DILATACIÓN NEUMÁTICA ENDOSCÓPICA DE ESTENOSIS DUODENAL**

R. de la Plaza Llamas, J.M. Ramia Ángel, J.E. Quiñones Sampedro, V. Arteaga Peralta, F. Adel Abdulla, A.W. Kühnhardt Barrantes, M. Labalde Martínez, C. Ramiro Pérez, M.P. Veguillas Redondo, C. Sabater Maroto y J. García-Parreño Jofré

*Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.*

**Introducción:** En 1982, Benjamin et al comunicaron el primer caso de dilatación neumática endoscópica con balón. Desde entonces, el tratamiento endoscópico de la obstrucción benigna de la salida gástrica se ha convertido en la primera línea de terapia en la mayoría de los pacientes, en especial en el anciano y aquellos con elevado riesgo quirúrgico. Sin embargo en las series publicadas se han descrito casos de complicación del procedimiento como la perforación hasta el 5%. Presentamos un caso de perforación gástrica tras dilatación con balón que presentó neumotórax bilateral y neumomediastino. Esta complicación no ha sido comunicada previamente en la literatura.

**Caso clínico:** Varón de 91 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipertrofia benigna de próstata. Presenta náuseas de 5 meses de evolución. La endoscopia digestiva alta objetiva hernia hiatal, gastritis crónica antral, píloro abierto y permeable, 3 cuerpos extraños que se extraen y la presencia de estenosis de rodilla duodenal que sólo es franqueable por endoscopia infantil. Se realiza dilatación progresiva con balón neumático de 6, 7 y 8 mm correspondientes a 3, 8 y 10 atmósferas. Aunque aumenta el calibre del área, no se consigue sobrepasar. La biopsia objetiva ligera inflamación, congestión vascular y ausencia de displasia epitelial. A los 6 días, se comienza la dilatación con balón TTS de 8 mm. El paciente presenta súbitamente enfisema subcutáneo y taquicardia. La tomografía computarizada muestra neumotórax bilateral de predominio derecho, neumomediastino, neumoperitoneo, gran enfisema subcutáneo difuso en pared lateral de ambos hemitórax que se extiende hasta región cervical. No fuga de contraste hidrosoluble esofágica. Se práctica laparotomía media objetivando: perforación doble en cara anterior gástrica, a nivel de cuerpo y otra inmediatamente distal al cardias de unos 5 cm de longitud que se suturan. Estenosis duodenal de aspecto inflamatorio. Se realiza gastroenteroanastomosis. El paciente es reintervenido 4 días después por sepsis y salida de contenido biliar por los drenajes. Se aprecia necrosis de cara posterior de fundus gástrico y peritonitis biliar, la anastomosis gastroyeyunal está íntegra. Se realiza gastrectomía total con anastomosis mecánica esofagoyeyunal y yeyuno-

yeyunal en Y de Roux transmesocólica. El paciente presenta deterioro progresivo, sufre un infarto agudo de miocardio y fallece 48 horas después de la intervención.

**Conclusiones:** La aparición de neumotórax después de perforaciones del tubo digestivo es muy rara. Su aparición se ha intentado explicar por varios mecanismos. Se ha visto que hay una continuidad entre el cuello, el tórax y el abdomen a través de tejidos laxos. El aire que aparece de alguna anomalía en cualquiera de estos espacios puede alcanzar cualquier otra área viajando a través de los planos faciales. El acúmulo rápido de aire en el mediastino bajo presión, con una inadecuada descompresión en el cuello o en el retroperitoneo causaría eventualmente la ruptura de la pleura mediastínica, produciendo el neumotórax. El neumotórax bilateral y su asociación a neumomediastino sólo ha sido comunicada previamente en dos ocasiones: después de la realización de colonoscopia y como consecuencia de una perforación gástrica endoscópica pero diagnosticada después de maniobras de resucitación.

#### **P-256. QUISTE DE DUPLICACIÓN GÁSTRICA**

F. Adel Abdulla, J.E. Quiñones Sampedro, V. Arteaga Peralta, J.M. Ramia Ángel, R. de la Plaza Llamas y J. García-Parreño Jofré

*Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.*

**Introducción:** Las duplicaciones del tracto gastrointestinal son anomalías congénitas muy infrecuentes que pueden afectar a cualquier segmento del tubo digestivo. Los quistes de duplicación gástrica (QDG) suponen un 2 al 8% del total de duplicaciones intestinales. Aportamos un nuevo caso, su iconografía y una revisión bibliográfica.

**Caso clínico:** Varón de 32 años que acude por presentar fiebre y dolor abdominal durante los 10 últimos días. En la TAC abdominal, se observa una lesión quística de 7 cm, con alguna calcificación, adyacente a fundus gástrico, que comprime la curvatura mayor, con plano graso de separación con cola pancreática y bazo. Se realizó endoscopia digestiva, en la que se apreció en la curvatura mayor, en cuerpo gástrico, una compresión extrínseca sin alteraciones mucosas. Se intervino efectuando resección inicialmente por vía laparoscópica, debido a que la sección gástrica nos ofrecía dudas sobre si el manguito gástrico remanente era adecuado se efectuó minilaparotomía para realizar el grapo bajo control directo y extracción de la pieza. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y fue dado de alta al 5º día. Macroscópicamente se trataba de un quiste de 7 cm que al abrirlo contenía un material purulento en el que creció un *Streptococcus* intermedius. A nivel microscópico, observamos que en la zona de unión (quiste-estomago) las luces están fusionadas a nivel de las capas musculares pero ambas presentan mucosa y submucosa. Los marcadores tumorales medidos en el líquido intraquístico estaban muy elevados con CEA de 193 y CA 19.9 de 232.

**Conclusiones:** Presentamos un QDG asintomático en un adulto, que debutó con un cuadro febril por estar infectado, que presentaba calcificaciones en la pared y elevación del CEA en el líquido intraquístico, todas ellas características clínicas extremadamente infrecuentes en una enfermedad de muy baja prevalencia. Son habitualmente lesiones esféricas, únicas, no comunicadas con el estomago, y localizadas más frecuentemente (95% de los casos) en la curvatura mayor. Son más habituales en mujeres y no existe predisposición familiar. Los QDG se han asociado a otras malformaciones hasta en un 50% de los casos, a destacar: secuestro pulmonar, riñón multiquístico, disgenesia gonadal, hipergastrinemia y alteraciones neurológicas. La TAC y la RM son los métodos diagnósticos más eficientes. La opción terapéutica más aceptada es la resección completa vía laparoscópi-

ca o laparotómica del QDG por el riesgo de malignización o complicaciones.

### P-257. HEMOPERITONEO MASIVO EN EL TRATAMIENTO CON IMATINIB DE GIST GÁSTRICO EN GESTANTE JOVEN

M.E. Gómez García, F. Carbonell Castelló, D. Álvarez Martínez, F.J. Blanco González y B. Ballester Sapiña

Hospital de la Ribera, Alzira.

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimales desarrolladas en las paredes del TGI con una incidencia máxima en la 5ª-6ª décadas de la vida y una distribución por sexos similar. Representan el 01-3% de los tumores gastrointestinales y constituyen el sarcoma más frecuente del sistema digestivo, ubicándose en estómago el 50-60%, intestino delgado 20-30%, colon 10% y esófago 5%. Con una incidencia de 1-20 casos/millón y una prevalencia algo superior, dado el largo curso de la enfermedad (10-15 años), alrededor del 30% son consideradas malignas. Este comportamiento se ha asociado a determinadas localizaciones, más a intestino delgado frente a estómago, y patrones histopatológicos, fusiforme en contraposición a mixto y epiteloide. El 95% son c-kit positivos (CD117), piedra angular del diagnóstico y cuyas mutaciones, responsables de una actividad tirosín-kinasa disregulada, constituyen el evento oncogénico precoz y sustrato fundamental de la patogénesis. Los factores pronósticos más importantes son el índice mitótico (> 5/50CGA) y tamaño (> 5 cm). Otros, considerados de alto riesgo son: determinadas mutaciones del exón 11 de c-kit; ruptura tumoral antes o durante la cirugía; invasión mucosa o necrosis. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica pero, dado su curso, a menudo insidioso, el diagnóstico implica a veces enfermedad avanzada, resistente a la quimiorradioterapia convencional y ante la que el único arma útil es el mesilato de imatinib. Se considera respuesta al mismo la ausencia de progresión en 2-3 meses; resistencia primaria, lo opuesto; y secundaria, la recaída tras un período de estabilidad. De sus efectos adversos, aunque infrecuentes, destacan la leucopenia y el sangrado por necrosis tumoral. Relatamos aquí una inusual asociación de circunstancias con el debut de un GIST a temprana edad, máxime considerando su marcada agresividad, desarrollo y comportamiento en una gestante, hallazgo recogido en la bibliografía minoritariamente.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una joven de 23 años, embarazada de 5 semanas, que consulta por molestias en epigastrio e hipocondrio izquierdo de meses de evolución, asociadas a anorexia, pérdida de peso y, finalmente, tumoración palpable. Realizada endoscopia-biopsia, ECO, TAC, RM y PET-SCAN, se confirma GIST gástrico localmente avanzado de 14 x 11 x 16 cm consensuándose realizar legrado y terapia con Glivec®. Acude de urgencia mes y medio después de iniciado el tratamiento por dolor abdominal intenso y, progresivamente, anemización e inestabilidad hemodinámica.

**Resultados:** Confirmado el hemoperitoneo masivo, se interviene identificando la gran tumoración gástrica que invade epiplón y comprime cola pancreática, dislacerada ampliamente y sangrando activamente a cavidad. Practicada gastrectomía subtotal y pancreatocistomía distal-esplenectomía, se confecciona una Y de Roux. Anatomopatológicamente se evidenció GIST gástrico de alto grado, fusiforme, 50 mitosis/CGA, sin necrosis asociada, con márgenes quirúrgicos libres, sin invasión pancreato-esplénica y biología molecular de c-kit negativo y ausencia de mutaciones en exones 9, 11, 13.

**Conclusiones:** El binomio gestación-GIST es excepcional pero su sola concurrencia obliga a reflexionar sobre el valor de la sos-

pecha ante datos clínicos inusuales en una joven, más durante la gestación, en la que, además, la limitación radiológica obligada retrasa y empobrece el pronóstico. Así mismo, los hallazgos generan discrepancias: efecto secundario o resistencia al tratamiento; cirugía o paliación.

### P-258. QUISTE DE DUPLICACIÓN ESOFÁGICA: EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, CLÍNICA Y TRATAMIENTO

M. Fraile Vilarrasa, C. García Vázquez, B. Manso Abajo, E. York, S. González Ayora, R. Mullor Nogales, P. Vorwald y A. Celdrán Uriarte

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

**Caso clínico:** Mujer de 51 años de edad, con antecedentes personales de Litiasis renal y mioma uterino, sin antecedentes quirúrgicos. Presentación clínica: Episodios ocasionales de bolo deglutorio, pirosis y regurgitación. Recientemente opresión retrosternal irradiada a cuello, que motivan su ingreso en cardiología. Pruebas complementarias: TAC Coronario por FRCV (HTA, fumadora) durante su ingreso en cardiología: Masa quística en mediastino posteroinferior, de 46 x 39 x 42 mm (TxAPxL) en íntima relación con el esófago, sobre el que realiza impronta, con una pared fina con alguna calcificación sugestiva de corresponder a un quiste de duplicación esofágica como primera posibilidad. No se aprecia paso de contraste a la lesión. Posteriormente se completa el estudio con EGD. Se decide intervención quirúrgica. Hallazgos quirúrgicos: laparotomía media supraumbilical. Tumoración quística de aprox. 5-6 cm, en íntimo contacto con la pared anterior del esófago intratorácico bajo. Frenotomía anterior previa ligadura y sección de la vena diafragmática, identificación del esófago intramediastínico craneal y caudal a la tumoración. Liberación y extirpación de la tumoración de la cara anterior esofágica seccionando fibras musculares esofágicas pero respetando la mucosa esofágica. Cierre del hiato esofágico con sutura reabsorbible. La anatomía patológica documenta una formación quística compatible con quiste de duplicación esofágica.

**Discusión:** El quiste de duplicación esofágica es una estructura quística revestida de epitelio estratificado que se recubre de epitelio respiratorio, gástrico o intestinal. Es, junto a los quistes de duplicación bronquial, una anomalía congénita de la diferenciación del intestino anterior primitivo entre la 5ª y la 8ª semana del desarrollo embrionario. Suponen una incidencia de 1/8200. La cirugía se recomienda siempre, incluso en los casos asintomáticos, debido al posible desarrollo de síntomas o complicaciones (25%), y porque en algunos casos, el diagnóstico definitivo se puede establecer únicamente con la pieza quirúrgica. Entre ambos, son más frecuentes los quistes de duplicación bronquial. Los quistes de duplicación esofágica se localizan en la parte posteroinferior derecha del mediastino en la mayoría de los casos. Los quistes mediastínicos se pueden clasificar como de duplicación esofágica cuando: se localizan adyacentes a la pared esofágica, presentan 2 capas musculares en su pared, y epitelio escamoso, columnar, cuboide, pseudoestratificado o ciliado. Complicaciones: las complicaciones que pueden presentar son el sangrado intraquístico, la perforación y la sobreinfección, con mayor frecuencia los que presentan comunicación con los bronquios o el esófago. También se ha descrito la presencia de metaplasia escamosa. Diagnóstico: el TC y la ecoendoscopia son necesarios para completar un estudio adecuado en estas lesiones. La resonancia magnética, aporta ventajas cuando el diagnóstico diferencial con otros tumores mediastínicos es complejo. La mayor parte permanecen asintomáticos hasta la edad adulta. Si ocasionan síntomas, el más frecuente es la disfagia (70%). Tratamiento: la escisión quirúrgica extramucosa completa es el tra-

tamiento de elección. La indicación de cirugía se basa en la incidencia de las complicaciones y el gran incremento de la morbimortalidad cuando se presentan.

### P-259. TUMOR DE KRUKENBERG SECUNDARIO A ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

J.M. Canga Presa, S. Pacho Valbuena, M.N. Álvarez Díez, F. Cañón Díez, L.M. Alcoba García, A. Villafañe Pacho y T. González de Francisco

Complejo Asistencial Universitario de León, León.

**Objetivos:** Presentar un caso clínico intervenido en nuestro Servicio de un tumor gástrico localmente avanzado y metastásico, con tumor sincrónico en ambos ovarios (Krukenberg).

**Material y métodos:** Mujer de 53 años que debuta con disnea de mínimos esfuerzos y síndrome general, es diagnosticada de derrame pericárdico severo por Cardiología. Se realiza pericardiocentesis evacuadora y la citología del líquido no demostró malignidad. También refería epigastralgia, anorexia progresiva y vómitos en el último mes, por lo que se realizó gastroscopia, encontrándose una neoplasia estenosante de antro gástrico con estómago de retención. Biopsia: adenocarcinoma pobremente diferenciado con células en "anillo de sello". Rx tórax: Cardiomegalia. Hilios pulmonares aumentados de calibre y signos de redistribución vascular, con dudoso patrón reticular (sospecha de linfagitis carcinomatosa). En la TC toracoabdominopélvica parece poco probable dicha sospecha radiológica y más bien concuerda con patrón de insuficiencia cardíaca, sin nódulos pulmonares, ni adenopatías torácicas ni mediastínicas, tampoco LOES hepáticas. Ganglios milimétricos en ligamento gastrohepático y en raíz de mesenterio. Importante estómago de retención con antro con pared engrosada. Ambos anejos aumentados de tamaño con masas mixtas, la mayor de 6,6 cm en ovario izdo. Mínima cantidad de líquido libre en Douglas. CEA: 5,3, Ca 19.9: 51. La Gammagrafía ósea revela pequeños focos hipercaptadores compatibles con metástasis óseas en cráneo, columna dorsal, parrilla costal izquierda, y pelvis.

**Resultados:** A pesar de la situación avanzada del caso y debido a la estenosis que provocaba el tumor gástrico se decide laparotomía exploradora con intención paliativa. Tumoración de antro gástrico con implantes en epiplon mayor, próximos a curvatura mayor, en Douglas milimétricos y ambos ovarios con sendos tumores de aproximadamente 6 cm de diámetro cada uno. No metástasis hepáticas. Se realiza gastrectomía 3/4 paliativa + Y de Roux + ooforectomía bilateral. Linfadenectomía D1. Resección R2 (implantes en Douglas). El postoperatorio cursa sin incidencias siendo alta al 8º día. Anatomía Patológica: Adenocarcinoma gástrico difuso con células en anillo de sello y afectación transmural. Metástasis masivas por adenocarcinoma en ambos ovarios (Krukenberg) y en 15/16 adenopatías perigástricas. G2 T3 N2 M1. Estudio inmunohistoquímico para HER-2 negativo. Citología de líquido ascítico negativa. En el servicio de Oncología recibe tratamiento complementario y seguimiento posterior. Seis meses tras cirugía fue necesaria la realización de una ventana pleuropericárdica por recidiva del derrame pericárdico. La nueva citología del derrame resultó positiva para células de adenocarcinoma. También hubo progresión a nivel hepático con metástasis en segmento VI. Falleció a los ocho meses de la gastrectomía.

**Conclusiones:** El tumor de Krukenberg, tanto sincrónico como metacrónico, en pacientes con adenocarcinoma gástrico es una forma de presentación infrecuente y de un pronóstico nefasto, habida cuenta que se da más en mujeres premenopáusicas. Cuando existen metástasis a distancia y se presenta la necesidad de paliación digestiva por estenosis, la opción de colocar una endoprótesis es una alternativa a la cirugía. En nuestro

caso, valorado en el comité de tumores, optamos por la cirugía con fines paliativos dada la edad, el buen estado general y el propio deseo de la paciente.

### P-260. LAS TENDENCIAS ACTUALES EN EL TRATAMIENTO DE LA PERFORACIÓN ESOFÁGICA

T. Sánchez Rodríguez, E. Hurtado, C. Camarero, Y. M.al-Lal, R. Franco, A. García Marín, M.D. Pérez Díaz, J.M. Monturiol, L. Bernardos, J. de Tomás y F. Turégano

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Introducción y objetivos:** Las perforaciones esofágicas son urgencias quirúrgicas con una alta tasa de morbilidad y mortalidad asociada. Nuestro objetivo es examinar la incidencia, etiología, tratamiento, morbilidad y mortalidad de nuestra población de pacientes con perforación esofágica.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes con diagnóstico de perforación esofágica tratados en nuestro centro de 2000 a 2010. Se analizó la demografía, la etiología de perforación, diagnóstico, localización, tratamiento, tipo de cirugía, mortalidad y hospital de duración de la estancia.

**Resultados:** Se registraron 24 pacientes con diagnóstico de perforación esofágica en un periodo de 10 años. La proporción de mujeres/hombres fue de 8/16. La edad media de los pacientes fue de 65 años ( $\pm$  21). El 37,5% de los pacientes presentaba comorbilidades esófago-gástricas asociadas. Las causas de perforación fueron: espontáneo (síndrome Boerhaave) en 54%, 25% de cuerpos extraños, iatrogénica 16,7% y cáustico 4,2%. Se registraron 3 pacientes perforación en esófago cervical (12,5%), en esófago torácico en 5 pacientes (20,8%) y en esófago abdominal en 16 pacientes (62,5%). El tratamiento quirúrgico incluyó cierre primario en siete pacientes, una exclusión esofágica y un abordaje laparoscópico. En 13 pacientes (54%) se realizó tratamiento conservador. En el 54% de los pacientes la cirugía se realizó en las primeras 24 horas. Se realizaron 19 tomografías, 7 endoscopias digestivas superiores y 7 esofagogramas. La estancia media fue de 40 días. Cinco pacientes murieron (20%), 2 de ellos se trataron de manera conservadora, y 3 de ellos con cirugía realizada 24 horas después del inicio de los síntomas.

**Conclusiones:** Las perforaciones esofágicas son poco frecuentes. Más del 50% de los casos fueron tratados de forma conservadora, en pacientes seleccionados y con un buen resultado final.

### P-261. ROTURA GÁSTRICA EN PACIENTE BULÍMICA

L.A. González Sáez, T.M. Civeira Taboada y L. Fernández López

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

**Objetivos:** Presentar una rotura de estómago en una paciente con una gran dilatación gástrica y que posteriormente se diagnosticó de un trastorno del comportamiento alimentario. A pesar del aumento en la incidencia de anorexia y bulimia, está complicación, en el contexto de estas enfermedades, es de presentación excepcional, como lo demuestra la revisión bibliográfica que hemos realizado, ya que localizamos solo 15 casos publicados desde 1968.

**Material y métodos:** Mujer de 24 años de edad, de 163 cm de altura y 42 Kg de peso, con antecedentes de hipotiroidismo subclínico, que acude al Servicio de Urgencias del Hospital, por presentar dolor abdominal agudo de aparición brusca y gran distensión abdominal. A la exploración palidez de piel y mucosas, hipoventilación pulmonar, abdomen muy distendido, a tensión y muy doloroso a la palpación superficial. En la radiografía sim-

ple de abdomen se objetiva un estómago muy dilatado con gran cantidad de restos alimenticios. En TAC abdominal se visualiza un severo neumoperitoneo y una importante distensión gástrica con contenido en su interior, que ocupa gran parte de la cavidad abdominal y que sugiere bezoar o gastroparesia. Ante estos hallazgos se realiza laparotomía media de Urgencia, observando un megaestómago repleto de restos alimenticios, con una rotura a nivel de la curvatura menor del cuerpo de unos 3 cm. de longitud, con signos de isquemia en la serosa y mucosa y burbujas de aire en los vasos de la serosa. Se realizó gastrotomía en una zona declive del mismo para vaciado de todo el contenido sólido, seguido de gastrografía, con lo que mejoró la irrigación de la superficie serosa, pero la mucosa permaneció con un color violáceo. Aun así decidimos, suturar el desgarró en dos planos y dejar una gastrostomía de descarga y una sonda nasoyeyunal. Durante su estancia en el Hospital se diagnosticó por parte del Servicio de Psiquiatría, de paciente bulímica tipo purgativo de 8 años de evolución.

**Resultados:** Del proceso quirúrgico evolucionó favorablemente, haciéndose un control endoscópico y radiológico con papilla baritada. Actualmente está siguiendo un tratamiento por parte de un psicólogo y un endocrinólogo. En la mayor parte de los casos revisados se requirió resección gástrica por necrosis de la pared. Esta se produce cuando la presión intragástrica es superior a la de las venas del estómago. Estos pacientes suelen tener parálisis gástrica neurogénica debido a malnutrición. Sus estómagos desarrollan atonía o atrofia muscular y son por tanto incapaces de inducir el vómito. Estos hechos explicarían la dilatación y la rotura gástrica.

**Conclusiones:** Sospechar esta complicación en pacientes jóvenes, con gran dilatación gástrica y neumoperitoneo. Actuar quirúrgicamente de urgencia y practicar sutura de la rotura, dejando gastrostomía de descompresión, aunque si se observa necrosis de la pared habrá que realizar gastrectomía parcial o total según la extensión de la misma. Posteriormente seguimiento continuado por parte de psiquiatra, psicólogo y endocrinólogo.

#### P-262. METÁSTASIS COLÓNICAS DE CARCINOMA GÁSTRICO DIFUSO EN CÉLULAS DE ANILLO DE SELLO

M.L. Reyes Díaz, C. Torres Arcos, C. Mauricio Alvarado, C.J. Lizarralde Gómez, F. Cuaresma Soriano y F. Oliva Mompean

*Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.*

**Introducción:** El cáncer gástrico, a pesar de su descenso notable en la incidencia, sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo (7,2 a 20 muertes por cada 10<sup>5</sup> habitantes por año). El tipo difuso (infiltrante) menos diferenciado, con presencia ocasional de células en anillo de sello, es menos frecuente y con peor pronóstico que el intestinal; ambos se diseminan frecuentemente tanto por vía hemática como linfática (40-60%), pudiendo llegar a afectar a órganos como: hígado (35-50%), pulmón (9-22%), hueso (1,9%) y sistema nervioso central (0,5-2%); siendo excepcional la afectación de otros como colon.

**Caso clínico:** Presentamos un caso de un varón de 58 años con antecedentes de talasemia menor, apnea del sueño e intervenido de funduplicatura de Nissen, en seguimiento por el Servicio de Digestivo debido a cuadro de alteraciones del tránsito intestinal, prurito, trastornos de esfínter anal y anemia ferropénica. Ingresado en octubre del 2010 por empeoramiento del estado general con sospecha de síndrome de Lynch. Se le realizó colonoscopia donde se observó varias lesiones ulceradas, una a nivel de válvula ileocecal, otra en colon ascendente y la tercera en unión rectosigma. El informe anatomopatológico indicó adenocarci-

noma de intestino grueso sincrónico moderadamente diferenciado e infiltrante que afectaba a ciego, colon, sigma y recto. Se realizó una endoscopia donde se apreció una nueva lesión en curvatura menor de estómago con diagnóstico de adenocarcinoma difuso con células en anillo de sello. Ante estos hallazgos se propuso intervención quirúrgica programada realizándose gastrectomía total con linfadenectomía D2, esplenectomía más colectomía. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informó de carcinoma gástrico difuso en células en anillo de sello, con infiltración tumoral de intestino delgado y grueso, diseminación linfática a nivel de tronco celiaco, curvatura gástrica y periintestinales. En el postoperatorio presentó cuadro de trombosis venosa profunda, absceso subfrénico y derrame pleural izquierdo ambos drenados por radiología intervencionista, plexopatía braquial y síndrome de intestino corto. En la actualidad se encuentra en seguimiento por el servicio de cirugía, nutrición y oncología, donde está recibiendo tratamiento quimioterápico.

**Conclusiones:** En nuestro país la incidencia anual de cáncer gástrico se estima alrededor 15-20 casos por 10<sup>5</sup> habitantes y año (8,6% de todos los casos nuevos de cánceres). El tipo histológico difuso (según clasificación de Lauren-Ming) con células en anillo de sello (como el que presenta nuestro paciente) corresponde al 3-39% de todos los cánceres gástricos, se caracteriza por afectar a personas jóvenes, con grupos sanguíneos predominante A, sin asociación con lesiones premalignas, escasa relación con factores ambientales, ser mal diferenciado y presentar una mayor afectación linfática; por vía hemática es excepcional la afectación colónica, como es el caso que nosotros presentamos, encontrando escasas referencias bibliográficas.

#### P-263. PERFORACIÓN ESOFÁGICA YATROGÉNICA TRAS DILATACIÓN NEUMÁTICA

E. Etxebarria Beitia, I. Díez del Val, C. Loureiro González, M.B. Roca Domínguez, P. Aspiazu, I. Cruz González, P. Pérez de Villarreal Amilburu, I. del Hoyo Aretxabala y A. Gómez Palacios

*Hospital de Basurto, Bilbao.*

**Introducción:** La perforación esofágica constituye una de las urgencias quirúrgicas más graves y difíciles que ha de afrontar un cirujano, por su elevada morbimortalidad (15-30%) debida a complicaciones sépticas rápidamente extensivas y complejidad de la técnica de resolución. El desarrollo reciente de técnicas endoscópicas permite en la actualidad el manejo conservador en algunos casos. Los factores que condicionan la actitud terapéutica son la causa de la perforación, el tiempo de evolución, la repercusión sistémica y la localización. El tratamiento va encaminado a mejorar la situación general, evitar la contaminación y restablecer el tránsito digestivo.

**Caso clínico:** Se presenta el caso clínico de un paciente de 16 años con retraso mental severo por cromosomopatía del 7, con antecedentes de cardiopatía congénita intervenida y asma bronquial que ha requerido múltiples ingresos. Presenta desnutrición severa por estenosis esofágica distal causada por reflujo gastro-esofágico (RGE), precisando varias dilataciones con balón neumático vía endoscópica, sin incidentes. Se realiza endoscopia programada para dilatación esofágica, observando a la retirada del endoscopio gran desgarró que afecta a la capa muscular, sugestivo de perforación en 1/3 distal, por lo que se procede a la colocación inmediata de prótesis metálica autoexpandible totalmente recubierta de 8 cm de longitud sellando el desgarró. En el TC abdominopélico se aprecia neumotórax bilateral, neumomediastino y neumoperitoneo con escasa cantidad de líquido libre. La analítica muestra 18100 leucocitos con neutrofilia (89%) y leve alteración de la coagulación, sin repercusión en la

bioquímica y PCR y procalcitonina respetadas. El paciente se encuentra estable hemodinámicamente, saturando al 97% a aire ambiente, sin dificultad respiratoria, afebril, con diuresis conservadas y buen control del dolor, por lo que se decide instaurar tratamiento conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral y antibioterapia de amplio espectro en Reanimación. La evolución es favorable clínica y analíticamente. Al 5º día se realiza esofagograma, donde se observa paso de contraste a través de la prótesis hasta la unión esofagogástrica sin visualizar fugas. Se inicia tolerancia oral y es dado de alta al 17º día. El paciente es visto en consultas externas posteriormente y actualmente está pendiente de retirar la endoprótesis y valorar la realización de cirugía programada antirreflujo.

**Discusión:** El tratamiento médico es una alternativa viable pero requiere una indicación juiciosa. La dificultad consiste en predecir qué perforaciones se mantendrán contenidas y cuáles progresarán. Aunque los criterios para el manejo conservador se resumen habitualmente en perforaciones de la pared detectadas de forma precoz, sin que exista conexión con la cavidad pleural o abdominal y no asociada a obstrucción esofágica, es la repercusión hemodinámica la que prevalece a la hora de decidir el tratamiento a seguir, sobre los criterios anteriormente mencionados.

#### P-264. REFUERZO DE LAS ANASTOMOSIS ESOFAGOGÁSTRICAS CON TACHOSIL™. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN RATAS

R. García Pérez, V. Munítiz Ruiz, D. Ruiz de Angulo Martín, D. Navas Carrillo, C.M. Martínez Cáceres, A. Bernabé Peñalver, O. Fernández Rodríguez, A. Ortiz Escandell, L.F. Martínez de Haro y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Introducción:** Una de las complicaciones más graves tras la cirugía de resección esofagogástrica es la dehiscencia de la anastomosis. Si tenemos en cuenta que la prevalencia de estas dehiscencias varía entre el 3 y el 12%, podemos considerarlo aún como un problema a resolver. De forma experimental se han realizado numerosos trabajos con el fin de valorar la acción de diversos pegamentos biológicos aplicados en las anastomosis digestivas para disminuir las dehiscencias. La mayoría de los estudios, practicados en ratas, han sido diseñados en cirugía colorectal. TachoSil™ (Nycomed) es una esponja de colágeno que contiene fibrina y trombina humanas. Nuestro objetivo es valorar si la aplicación de TachoSil™ en las anastomosis esofagogástricas en ratas modifica la tasa de dehiscencias y si se puede recomendar su utilización como refuerzo de la sutura a ese nivel.

**Material y métodos:** Se utilizaron 20 ratas macho SD de entre 200-250 gr. de peso distribuidas en 2 grupos de estudio: Grupo control. Anastomosis esofagogástrica con 3 puntos sueltos monoplano de PDS 6/0 (n = 20). Grupo TachoSil™. Anastomosis esofagogástrica con 3 puntos sueltos monoplano de PDS 6/0 y refuerzo de la sutura con un segmento de TachoSil™ (n = 20). Intervención quirúrgica: laparotomía media de 3 cm de longitud. Disección del esófago abdominal y sección del mismo a nivel del cardias. Anastomosis esófago-gástrica manual monoplano con 3 puntos de PDS 6/0. En el grupo 2, la anastomosis se refuerza con una pequeña tira de TachoSil™ envolviendo la

anastomosis. En el grupo 1 no se realizó ningún tipo de refuerzo. Estudios postoperatorios: a los 7 días de la intervención se procede a sacrificar al animal con cloruro potásico. A los animales fallecidos antes de los 7 días se les realizaron los mismos estudios a la mañana siguiente a su fallecimiento. Se estudiaron los animales que sobrevivieron al menos 24 horas a la intervención. Valoración clínica: se analizó la presencia de peritonitis difusa o circunscrita, abscesos abdominales o perianastomosis, dehiscencia de anastomosis y cualquier otro hallazgo macroscópico. Presión de dehiscencia: se seccionó el esófago abdominal 3 cm por encima de la anastomosis y el duodeno. Se estudió la resistencia de la sutura a la presión intraluminal mediante una sonda de manometría perfundida con agua destilada teñida con azul de metileno y conectada a un polígrafo. Estudios histológicos: se obtuvieron segmentos de muestras de 2 cm de longitud, incluyendo la anastomosis para el estudio histológico. Se valoró el grado de fibrosis (colágeno), neovascularización, infiltración celular, porcentaje de fibroblastos (inmunohistoquímica) y reepitelización.

**Resultados:** Expresados en la tabla como porcentaje o media (rango).

**Conclusiones:** El uso de un apósito de TachoSil™ como refuerzo de las anastomosis esofagogástricas en la rata mejora la supervivencia con un menor porcentaje de dehiscencias y una anastomosis más resistente.

#### P-265. TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN EXITOSO DE UN GIST DUODENAL IRRESECABLE

E. Etxebarria Beitia, C. Loureiro González, C. González Serrano, I. Díez del Val, J.E. Bilbao Axpe, S. Leturio Fernández, M. García Carrillo y J. Méndez Martín

Hospital de Basurto, Bilbao.

**Introducción:** Los GIST son las neoplasias mesenquimales más comunes del tracto gastrointestinal, resultantes de mutaciones activadoras de uno de los receptores proteicos de tirosín kinasas (KIT, también llamado CD117). La resección quirúrgica de un GIST debe ser considerada la primera opción terapéutica siempre y cuando tal resección sea técnicamente posible, no haya evidencia de enfermedad metastásica y conlleve una morbimortalidad aceptable. El mesilato de imatinib es un inhibidor selectivo del KIT, del receptor del factor de crecimiento  $\alpha$  derivado de las plaquetas (PDGFRA) y de la oncoproteína de fusión bcr-abl, que ha producido un beneficio clínico duradero y respuestas antitumorales objetivas en GIST metastásicos. En los GIST avanzados se ha objetivado con el tratamiento con imatinib, beneficio clínico y respuesta positiva, aumentando las posibilidades de resección por menor tamaño tumoral, disminución de la extensión de la cirugía, mejoría del resultado funcional y menor riesgo de rotura tumoral intraoperatoria.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 44 años con antecedentes de úlcus duodenal, que presenta epigastralgia y anemia ferropénica de un año de evolución en estudio. Acude al servicio de urgencias derivada por su médico de atención primaria por alteraciones analíticas (Hb 7,1). A la exploración se palpa masa a nivel epigástrico. En TC abdomino-pélvico se objetiva gran masa heterogénea de 9,6 x 7 x 10 cm, en contacto con marco duodenal, de crecimiento exofítico, compatible con GIST duodenal. Marcadores tumorales dentro de la normalidad. Es

	% vivas 7 días	Supervivencia	Presión dehiscencia	Histología
Grupo control (n = 20)	20%	3,2 días (1-7)	19,5 mmHg (15-27 [n = 4])	Pendiente
Grupo TachoSil™ (n = 20)	50%*	5,6 días* (3-7)	33,5 mmHg* (27-39) [n = 10]	Pendiente

\*p < 0,05.

intervenida quirúrgicamente bajo anestesia general objetivándose gran tumor dependiente de duodeno e infiltración de la vena cava inferior. Ante la magnitud de la resección necesaria (duodenopancreatectomía cefálica con injerto vascular), se decide interrumpir la cirugía e iniciar tratamiento de inducción con imatinib. A los 6 meses del inicio del tratamiento y tras objetivarse respuesta parcial al mismo (reducción del tamaño tumoral y de la compresión de la vena cava), se reinterviene a la paciente, hallando tumoración de 5 cm en 3ª porción duodenal, dependiente de la cara lateral y posterior de la misma, introduciéndose hacia mesocolon. Tras identificación de la vena cava infrarrenal, se procede a liberación de la tumoración, realizando duodenectomía segmentaria (3ª y 4ª porción) con anastomosis término-lateral duodeno-yeyunal. El postoperatorio transcurre sin incidencias reseñables. La pieza de resección muestra GIST con bajo índice mitótico y con márgenes libres. Actualmente permanece sin datos de recidiva continuando en tratamiento con imatinib 400 mg/24h hasta completar el año.

**Discusión:** El tratamiento de inducción con imatinib en GIST irresecables o marginalmente resecables puede ser una opción que incremente las posibilidades de resección y permita una cirugía menos extensa. La duración óptima del tratamiento postoperatorio aún no ha sido determinada, aunque se recomienda la administración durante al menos 12 meses.

#### P-266. DIFERENTES ACTUACIONES EN TUMORES GIST

M.E. López Blanco, M.I. Sartal Cuñarro, C. Fernández Saavedra, M.J. Ladra González, B. Vidal Serrador, J.A. Fernández Pérez y M. Bustamante Montalvo

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

**Objetivos:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) suponen el 2% de las neoplasias del tubo digestivo y se pueden localizar en cualquier punto del mismo. Se presentan tres situaciones diferentes: Un primer caso con gran cirugía resectiva de entrada. Un segundo caso con tumor primario desconocido y neoadyuvancia con imatinib. Y un tercer caso con extensión peritoneal y tratamiento combinado con cirugía e imatinib.

**Casos clínicos:** Paciente 1: varón de 42 años sin antecedentes de interés, que presenta astenia, anorexia, adelgazamiento, molestias abdominales de localización periumbilical y heces melénicas desde hace 3 meses. El abdomen se palpa ocupado en región paraumbilical derecha. El paciente se encuentra anémico (Hb 8,2), en EDA presenta neoformación a nivel de rodilla duodenal. TAC: masa de 10 cm de diámetro que depende del duodeno, con crecimiento exofítico, a la altura de la papila duodenal, que comprime el ángulo hepático del colon y desplaza el riñón. Se interviene quirúrgicamente en marzo de 2006, evidenciándose un tumor retroperitoneal procedente del duodeno y que infiltra el colon ascendente. Se realiza resección en bloque del tumor, con colecistectomía, duodenopancreatectomía cefálica y colectomía derecha. En mayo de 2006 empieza a recibir imatinib 400 mg durante un año. Paciente 2: varón de 53 años sin antecedentes de interés, que presenta molestias abdominales epigástricas tipo pirosis, que se alivian con las comidas, de dos años de evolución, y masa abdominal palpable. Adelgazamiento de 7-8 kg en el último año. Se palpa tumoración de aproximadamente 20 cm en HD que se extiende hasta el ombligo. Se realiza TAC en el que se evidencia gran masa hepática de aproximadamente 19 cm de diámetro longitudinal, 13 cm de diámetro anteroposterior y 21 cm de diámetro transversal que abarca ambos lóbulos hepáticos. Se realiza PAAF hepática: metástasis hepática por un tumor mesenquimal GIST. No se encontró lesión primaria. Se inicia tratamiento con imatinib. Ante la buena respuesta al imatinib se decide intervenir al paciente. En junio de 2009 se revisa

la cavidad abdominal no encontrando tumor intestinal. En el hígado existe una lesión que ocupa los segmentos IVb, V, II, III. Se realiza resección de la masa con segmentos IVb, V, II y III. AP: Tumor GIST de 14,5 cm de diámetro. El paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones y es dado de alta. Paciente 3: varón de 57 años sin antecedentes de interés que debuta con ascitis en 2003. En TAC se evidencia gran masa que ocupa gran parte del abdomen y ascitis. Se realiza laparoscopia exploradora en la que se encuentra gran masa e implantes peritoneales que se biopsian siendo el resultado GIST. Se trata al paciente con imatinib presentando mala tolerancia y se decide laparotomía. Se interviene al paciente realizando extirpación de gran lesión desde el estómago dejando lesión residual en Douglas. El paciente se reinterviene seis meses después y se realiza peritonectomía pélvica y quimioterapia.

**Resultados:** Paciente 1: cuatro años y medio después de la cirugía, en TAC abdominal (enero 2011) se evidencia una gran masa adyacente al riñón derecho de 81,4 × 57,2 mm, compatible con recidiva de GIST. En marzo de 2011 se interviene al paciente evidenciándose tumoración en retroperitoneo derecho, por encima del riñón derecho y por detrás de la anastomosis ileocólica. Se reseca, no siendo necesaria la nefrectomía. Evolución postquirúrgica favorable. AP: Recidiva de tumor del estroma gastrointestinal. Paciente 2: dos años después de la cirugía el paciente presenta anemia microcítica, y sangre oculta en heces. Se realiza cápsula endoscópica en la que se evidencia tumor submucoso ulcerado a nivel de yeyuno proximal. En abril 2011 se interviene al paciente evidenciándose GIST yeyunal. Se realiza resección yeyunal y anastomosis yeyuno-yeyunal. Paciente 3: el paciente permanece libre de enfermedad durante 5 años. En 2008 presenta gran recidiva peritoneal y es exitus.

**Conclusiones:** La neoadyuvancia con imatinib es hoy en día controvertida pero muy útil en casos seleccionados.

#### P-267. PRESENTACIÓN, EN EL MISMO PACIENTE, DE DOS TUMORES GIST CON 14 AÑOS DE INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD

L. Diego García, N. Aguado Suárez, A. Blázquez Martín, A. López García, I. Lasa Unzué, J. Martín Fernández, R. Gómez Sanz, A.J. Gutiérrez Calvo y F.J. Granell Vicent

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

**Objetivos:** Presentación del caso clínico de un varón, que desarrolla dos tumores GIST (el primero, filiado como fibrosarcoma en el año 1996; objetivándose en 2010 inmunohistoquímica compatible con GIST a raíz de la extirpación de la segunda tumoración) con 14 años de intervalo entre ambos.

**Material y métodos:** Paciente varón de 27 años que acude a Urgencias de nuestro hospital en julio de 1996 por dolor abdominal y fiebre de 38,5 °C asociado a pérdida de 5 Kg de peso en un mes. El estudio de laboratorio revela leucocitosis importante con desviación izquierda. El resto de parámetros dentro de la normalidad. Marcadores tumorales normales y serología negativa para hepatitis, VIH y VEB. Mantoux negativo. Se realizan ecografía y TC hallando una tumoración de 13 cm de diámetro en pelvis. Recibe tratamiento quirúrgico practicándose resección completa de la masa y estructuras adyacentes infiltradas: asa de intestino delgado, apéndice, epiplón, cara posterior seromuscular de vejiga, vasos mesentéricos inferiores y sigma. Buena evolución postoperatoria, cursando alta a los 20 días de la cirugía. La anatomía patológica es informada como fibrosarcoma/sarcoma sinovial. Recibe radioterapia adyuvante y se realiza seguimiento periódico hasta 2002, asintomático y libre de enfermedad. En octubre de 2010, el paciente (de 41 años) ingresa en nuestro servicio por cuadro de fiebre, masa en hipocondrio dere-

cho y clínica de obstrucción intestinal. En la analítica destaca intensa leucocitosis con desviación izquierda. Marcadores tumorales normales. Tras la realización de pruebas complementarias (Rx simple, ecografía, TC y colonoscopia con toma de biopsia), es diagnosticado de tumor tipo GIST de íleon terminal. Se somete a tratamiento quirúrgico R0 realizándose hemicolectomía derecha y resección de 50 cm de íleon terminal. La anatomía patológica es informada como GIST de alto grado de malignidad (9,5 cm e índice de proliferación celular del 10% en algunas áreas) ulcerado y perforado. Positividad para c-Kit y actina. Postoperatorio favorable, dado de alta doce días después de ser intervenido. Ante los hallazgos anatomopatológicos, se revisa la biopsia previa del paciente (tumoración reseçada en 1996): el estudio morfológico e inmunofenotípico (fuerte positividad para CD117, vimentina y actina muscular) es sugestivo de GIST de alto riesgo (tamaño > 10 cm y > 10 mitosis por 50 CGA). Comentado el caso en el Comité de Tumores del hospital se decide adyuvancia con imatinib durante 1 año.

**Conclusiones:** El tratamiento de elección de los tumores GIST es el quirúrgico. Las técnicas de inmunohistoquímica actuales permiten diferenciar los tumores GIST de otros sarcomas. Se han definido una serie de parámetros específicos que permiten sentar el pronóstico de la enfermedad, así como la necesidad o no de tratamiento adyuvante. La terapia con agentes como el imatinib o sunitinib (en resistencias al primero), que estaba reservada a los casos no reseçables o diseminados, forma parte actualmente del tratamiento estándar de los tumores GIST de grados intermedio y alto.

#### P-268. GIST YEYUNAL MÚLTIPLES ASOCIADOS A NEUROFIBROMATOSIS TIPO I

M.J. Álvarez Martín, J. Martín Cano, R. Rodríguez, A. Paz Yáñez, J. Jorge Cejudo, J. Valdivia, S. Gil Loza, J. Turiño, A. García Navarro y A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Objetivos:** Presentar un caso de GIST yeyunal múltiple asociado a neurofibromatosis de Von Recklinhausen.

**Material y métodos:** Paciente de 48 años con antecedentes personales de pseudoartrosis congénita de tibia y peroné intervenida, vértigo, neurofibromatosis de Von-Recklinghausen. Ingresa en nuestro servicio derivada desde otro centro para realización de arteriografía diagnóstica-terapéutica por hemorragia digestiva alta, tras dos endoscopias previas no efectivas. A su ingreso la paciente se encontraba afebril, con buen estado general, discreta palidez cutáneo-mucosa, adecuada perfusión periférica, TA 100/60, FC 84 lpm. Analítica: Hb 7,8. Se transfundieron 3 concentrados de Ht estabilizándose la Hb en 11,5. Arteriografía: arteriografía selectiva del tronco celiaca, supraselectiva de arteria gastroduodenal y selectiva de arteria mesentérica superior mediante técnica de Seldinger y vía de abordaje femoral derecha. Se evidencia una pequeña lesión redondeada hipervascular, dependiente de ramas yeyunales proximales al ángulo esplénico del colon, que muestra una vena de drenaje precoz. Resto de los territorios vasculares estudiados sin alteraciones significativas. Los hallazgos podrían corresponder con lesión tumoral intestinal (leiomioma), sin poder descartar angiodisplasia intestinal. Ante el diagnóstico de HDA secundaria a posible tumoración yeyunal mesenquimal se interviene encontrando una tumoración submucosa en primer asa yeyunal de unos 3-4 cm, a unos 15-20 de la misma se encontró otra de menor tamaño. Se realizó extirpación de segmento de intestino que contiene a ambas tumoraciones y anastomosis posterior. Anatomía patológica: tumor del estroma gastrointestinal (GIST) con múltiples nódulos, los mayores de 2,5 x 2 cm y 2,5 x 1,5 cm de localización intramural, y otros dos de localización subserosa (menores de

0,4 cm de diámetro máximo). Índice mitótico en todos < 5 mitosis/50 CGA. La inmunohistoquímica revela: vimentina +, CD34+, C-Kit (CD117)+, desmina -, actina musculo liso -, S100-, Caldesmon-, Calponina-, Índice de proliferación KIE 67 bajo: 1-2%. Límites quirúrgicos libres.

**Resultados:** El postoperatorio fue favorable, siendo dada de alta al 6º día. Presentado el caso en Comité Oncológico se decide, a pesar de su bajo riesgo, tratamiento con Glivec por presentar múltiples tumoraciones. Actualmente al año de la cirugía la paciente continua clínicamente asintomática y en remisión completa según PET-TAC y TAC toracoabdominal de control.

**Conclusiones:** Aunque los GIST suelen ser esporádicos, únicos y más frecuentemente localizados en el estómago, ante un paciente con neurofibromatosis I y tumoraciones múltiples en intestino delgado se debe sospechar sean GIST dado que los pacientes con NFI presentan un mayor riesgo de presentar estos tumores pero con unas características clínico patológicas diferentes. Así, en ellos los GIST frecuentemente son múltiples y solo en el 0-15% de los casos presentan asociada mutaciones identificables CKIT o PDGFRA, lo cual indica que tienen una patogénesis distinta a los GIST esporádicos. La mayoría presentan Hiperplasia de las células de Cajal. Normalmente son de intestino delgado y benignos, aunque pueden ser agresivos si son de gran tamaño y mitóticamente activos. El síntoma más frecuente de presentación, como fue nuestro caso, es el sangrado gastrointestinal y anemia.

#### P-269. TUMORES GIST. NUESTRA EXPERIENCIA

L. Diego García, N. Aguado Suárez, A. Blázquez Martín, I. Lasa Unzué, A. López García, R. Gómez Sanz, J. Martín Fernández, A. J. Gutiérrez Calvo y F.J. Granell Vicent

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

**Objetivos:** El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia en nuestro hospital del manejo de los tumores tipo GIST.

**Material y métodos:** Entre julio de 2003 y octubre de 2010 han sido tratados en el Servicio de Cirugía de nuestro hospital 15 pacientes con diagnóstico de GIST. Corresponden a 8 hombres (53,3%) y 7 mujeres (46,7%), con una edad media de 64,5 años (rango de 37 a 84 años). Todos ellos recibieron tratamiento quirúrgico con criterio curativo, no presentando enfermedad metastásica ninguno de ellos en el momento del diagnóstico. Se han recogido variables como: edad del paciente, localización y tamaño tumoral, cirugía realizada, presencia o no de necrosis, número de mitosis/50 CGA, índice de proliferación celular, tipo histológico, grado de agresividad tumoral y positividad o negatividad en marcadores (c-Kit, S-100, CD-34, actina, desmina y vimentina).

**Resultados:** De los 15 casos 7 fueron de localización gástrica (46,7%) y 8 de intestino delgado (53,3%): 1 duodenal, 3 en yeyuno y 4 en íleon. Los casos gástricos se trataron mediante tumorectomía (3 casos) y gastrectomía total (4 casos). Se realizaron 6 resecciones segmentarias intestinales, una tumorectomía y una hemicolectomía derecha en los casos de localización intestinal. El tamaño tumoral fue variable entre 2 y 15 cm. El riesgo de malignidad se estimó en 9 casos como bajo grado, en 1 caso intermedio y 5 fueron de alto grado. La positividad de las piezas para c-Kit fue del 100%, encontrándose además positividad para CD-34 en un 66,6%, para S-100 en un 20%, y para actina en el 13,3% de los casos. El 33,3% se presentaron como tumoraciones de intestino delgado incidentales en el seno de otras intervenciones: 4 casos asociados a otra neoplasia (3 de tumores colorrectales y 1 de cáncer esofágico); y una colecistectomía por colecistitis

aguda. La mortalidad operatoria ha sido nula. En el seguimiento han fallecido dos pacientes a los dos años por la progresión de tumores asociados de otras estirpes. Han recibido adyuvancia con imatinib tres casos. Dos casos de alto grado un año después de la intervención quirúrgica por progresión de la enfermedad. Ambos presentaron estabilización de las lesiones en un principio, pero posterior progresión. En el tercer caso la adyuvancia se indica en un paciente que ha presentado dos tumores GIST (con intervalo libre de enfermedad de 14 años entre ambos) tras la extirpación del segundo, de alto grado de malignidad sin evidencia de extensión.

**Conclusiones:** Los GIST son una patología poco frecuente, en la que la inmunohistoquímica es imprescindible para el diagnóstico. Los criterios de malignidad están determinados por el tamaño tumoral y el índice de proliferación celular. La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección. En los últimos años se ha incorporado la terapéutica con agentes como imatinib o sunitinib, administrada en casos inicialmente metastáticos o de progresión, aunque actualmente se recomienda la adyuvancia en todos los casos de riesgo intermedio y alto. En general, y gracias al diagnóstico y tratamiento específicos, tienen mejor pronóstico que otros sarcomas.

#### P-270. MÚLTIPLES NEOPLASIAS MALIGNAS PRIMARIAS SIN ASOCIACIÓN FAMILIAR

A.J. Pérez Alonso, C. del Olmo Rivas, I. Machado Romero, A.B. Fajardo, S. de Reyes Latartegui y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

**Introducción:** La presencia de neoplasias malignas múltiples sin asociación, o fuera de un síndrome familiar, es muy infrecuente y generalmente aparecen descritos en la bibliografía de manera aislada. Algunas traslocaciones y afectaciones genéticas han sido descritas como factores etiológicos de estas neoplasias.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de una paciente mujer de 56 años sin antecedentes personales o familiares de interés en estudio por Bocio multinodular. Debido a la posibilidad de bocio intratorácico, se decide realizar TAC cérvico-torácico, en la que se haya varios nódulos pulmonares. Por ello desde el servicio de radiología se realiza TAC Torácico completo, que definitivamente se amplía a Holo-TAC con contraste debido a los hallazgos: Tumoración en tentorium con halo hiperintenso sugerente de meningioma, Múltiples nódulos tiroideos, Nódulos pulmonares en LID, tumoración hipercaptante en hígado de 6 cm de diámetro, nódulo suprarrenal izquierdo, tumoraciones retroperitoneales múltiples, y engrosamiento parietal a nivel de sigma, junto con múltiples lesiones osteolíticas en vertebrae lumbares.

**Resultados:** Dados los hallazgos la paciente pasa a estudio, realizándose biopsias seriadas que incrementaron la incertidumbre del tumor primario, estableciéndose la presencia de múltiples neoplasias malignas primarias: Adenoma tubular tras colonoscopia, carcinoma papilar de tiroides tras PAAF, meningioma tras RMN. A los 15 días de ingreso, la paciente adolece de incremento de la sintomatología disneica por el crecimiento del bocio, así como cuadro de intolerancia oral de reciente aparición. Se decide realizar tiroidectomía subtotal paliativa y laparotomía exploradora, en la que se encontró compresión duodenal por masa retroperitoneal de unos 10 cm, de la que se tomaron biopsias. Se decidió realizar bypass intestinal, sorteando el nivel de obstrucción. El informe de anatomía patológica arrojó un diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides en la pieza de tiroidectomía, y adenocarcinoma con zonas mucoscretoras con células en anillo de sello en las pie-

za de biopsias retroperitoneales. La paciente mejoró su sintomatología durante las primeras tres semanas, pero acabo falleciendo a los dos meses de ingreso por crecimiento exacerbado de las neoplasias, que causaron enclavamiento cerebeloso. Se realizó un estudio genético de la paciente, en la que se halló una mutación en CHEK2 que podría estar en relación con un síndrome de Li-Fraumeni aislado, puesto que el análisis genético de familiares directos (hermanos e hijos) no mostró tal alteración. Un análisis más profundo que permitiera esclarecer el diagnóstico no pudo realizarse debido a la negativa del paciente y familiares.

**Conclusiones:** Los cánceres múltiples son relativamente poco frecuentes. En ocasiones pueden estar asociados a una exposición elevada de varios agentes cancerígenos como las radiaciones ionizantes y las sustancias químicas carcinogénicas, ambas relacionadas con el ambiente laboral. También pueden estar relacionadas con trastornos en el sistema inmune que protege de las mutaciones causantes del posible crecimiento descontrolado celular, como es el caso de p53 y de CHEK2 que juegan un papel importante en la muerte/supervivencia celular a través de su ciclo de regulación.

#### P-271. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE WILKIE

A. Artajona Rosino, G. González Álvarez, X. Batlle Marín, C. Miranda, A. Díaz de Liaño Argüelles y J.M. Lera Trincas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Introducción:** Descrito por Rokitansky en 1842, el síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) o síndrome de Wilkie consiste en una obstrucción aguda o crónica de la tercera porción duodenal por compresión entre la aorta y la salida de la AMS. Una disminución del tejido graso retroperitoneal o un ligamento de Treitz anormalmente alto y fijo condicionan una disminución del ángulo de salida de la AMS, provocando que la tercera porción duodenal quede pinzada entre ambos vasos. Su incidencia se estima entre 0,01-0,3% y es más frecuente en mujeres jóvenes. Presentamos 2 casos de SAMS tratados quirúrgicamente.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 32 años que refiere pérdida ponderal importante hacía 5 años y desde hace 3 años vómitos alimentarios postprandiales y pérdida de 3-4 kg. Se realizó Rx EGD que demostró compresión extrínseca duodenal con dilatación de rodilla inferior. El TC abdominal demostró pinza aorto-mesentérica que provocaba impronta sobre 3ª porción duodenal. Se exploró endoscópicamente hasta sobrepasar 2ª porción duodenal sin demostrar alteraciones. Se decidió realizar tratamiento quirúrgico dado que la paciente seguía con clínica y perdiendo peso a pesar de intentar varios tratamientos dietéticos y medidas posturales. En la laparotomía se encontró dilatación duodenal y se realizó duodenoyeyunostomía en Y de Roux. No hubo complicaciones postoperatorias. Tras 7 años y 8 meses de seguimiento, la paciente únicamente presenta náuseas ocasionales, con recuperación y mantenimiento del peso. Caso 2: mujer de 19 años, muy delgada (IMC 17), con clínica de unos 3 años de evolución de dolor epigástrico, náuseas postprandiales diarias y en todas las comidas, acompañada de pérdida de 2-3 kg de peso en los últimos meses a pesar de medidas nutricionales. Se estudió mediante Rx EGDY, angioTC, siendo diagnosticada de SAMS. Se planteó tratamiento quirúrgico, encontrando durante la intervención estómago y duodeno muy dilatados. Se realizó duodenoyeyunostomía en Y de Roux. Tras 2 meses de seguimiento, se encuentra asintomática y ha recuperado peso. El diagnóstico, además de la sospecha clínica, se basa en radiología con contraste oral en la que se

puede observar dilatación duodenal con o sin dilatación gástrica, compresión abrupta vertical u oblicua de los pliegues mucosos, flujo antiperistáltico del contraste proximal a la obstrucción y retraso del vaciamiento 4-6 horas. TC/angioTC pueden poner de manifiesto la disminución del ángulo de salida de la AMS (normal: 38°-65°) desde la aorta y la disminución de la distancia entre ellas (normal: 10-28 mm). La endoscopia digestiva alta descarta causas intraluminales del cuadro. El tratamiento puede ser conservador, con SNG, corrección hidroelectrolítica y nutrición enteral o parenteral. En casos severos crónicos o si falla el tratamiento conservador, se recurre al tratamiento quirúrgico, con varias opciones técnicas disponibles, siendo la duodenoyeyunostomía la más utilizada y la más efectiva, con éxito en > 90%.

### P-272. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA CON LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

M. Mella Laborde, C. Nofuentes Riera, S. Pérez Bru, E. Soliveres Soliveres, A. García Marín, F. Ivorra Muñoz, M. Morales Calderón y S. García García

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

**Objetivos:** Análisis de nuestra experiencia con los tumores del estroma gastrointestinal

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes diagnosticados en el Hospital Universitario de San Juan de Alicante de tumor del estroma gastrointestinal, en un periodo de 15 años (1995-2010). Las variables cuantitativas fueron definidas por mediana y percentiles (25;75) y las cualitativas por frecuencia y porcentaje.

**Resultados:** Nuestro grupo de estudio incluyó 23 pacientes, 10 hombres (43,5%) y 13 mujeres (56,5%), con una mediana de edad de 64 años (rango 52;77). La presentación fue asintomática siendo diagnosticados de forma incidental en 13 casos (56,5%) y sintomática como hemorragia digestiva en 6 casos (26,1%), epigastralgia (2 casos, 8,7%), perforación intestinal (1 caso, 4,3%), obstrucción intestinal (1 caso, 4,3%). El abordaje quirúrgico empleado fue una laparotomía media en el 100% de los casos, realizándose enucleación en 3 casos (13%), exéresis en 10 casos (43,5%), resección intestinal/gástrica en 9 casos (39,1%) y biopsia en 1 caso (4,3%). La presencia de metástasis a distancia se observó en 3 casos (13%). Fallecieron 4 pacientes (17,4%). Hubo un caso de recidiva (4,3%) a nivel duodenal. Se empleó imatinib en 1 caso (4,3%). La localización del tumor fue: gástrica (17 casos, 73,9%); intestino delgado (5 casos, 21,7%); y mesentérica (1 caso, 4,3%). El estudio anatomopatológico macroscópico mostró un tamaño tumoral de 4,5 cm (3,5;6) con una afectación ganglionar en 1 caso (4,3%) y necrosis tumoral en 60% de forma que fueron considerados de bajo riesgo en 12 casos (52,2%), intermedio 5 casos (21,7%) y alto 6 casos (26,1%). El estudio histológico mostró un patrón fusocelular en 13 casos (56,5%), epitelioide en 8 casos (34,5%), y mixto en 2 casos (8,7%), con una mediana de mitosis por campo de 3 (1; 5). El estudio inmunohistoquímico mostró una positividad para c-Kit en 22 casos (95,7%) y un índice Ki-67 de 10% (5-16). La supervivencia libre de enfermedad fue de 3 años (3;5) y la supervivencia global de 3 años (3;5).

**Conclusiones:** Los Gist son los tumores mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo. Se presentan con mayor frecuencia en mujeres en edad media de la vida. Suelen diagnosticarse de forma incidental con una localización mayoritaria en el estómago. El patrón histológico suele ser fusocelular con una tasa de positividad de c-Kit del 95%. El tratamiento de elección es quirúrgico no siendo necesaria la linfadenectomía.

### P-273. COMPLICACIONES GRAVES DE LA YEYUNOSTOMÍA TRAS ESOFAGUECTOMÍA

E. Eizaguirre Letamendia, J.I. Ansio Gallego, S. Larburu Echaniz, J.L. Elorza Orue, E. Villareal Tejero, J.M. Enríquez Navascués e I. Larrañaga Oyarzábal

Hospital Donostia, San Sebastián.

**Objetivos:** La nutrición enteral por yeyunostomía puede ser responsable de complicaciones graves, tales como isquemia mesentérica.

**Material y métodos:** Se trata de dos pacientes que tras ser intervenidos de cirugía esofágica por tumor, presentan un cuadro de shock séptico debido a la yeyunostomía.

**Resultados:** Primer caso: varón de 68 años con antecedente de SAOS y reflujo gastroesofágico. Presenta un adenocarcinoma en tercio medio de esófago (T3N1M0). Tras completar la quimiorradioterapia se realiza embolización proximal de la arteria esplénica y gástrica izquierda previa a la cirugía. Se le practica una esofaguectomía según la técnica de Ivor-Lewis y se coloca una yeyunostomía para alimentación enteral. En el postoperatorio presenta una fuga anastomótica por lo que se decide colocar un stent intraluminal. Tras 5 días de alimentación con nutrición enteral y buena evolución clínica, el paciente comienza con un cuadro brusco de afectación del estado general, fiebre de 39 °C, hipotensión, sudoración profusa, fracaso renal y con el abdomen doloroso de forma difusa. La TAC informa de signos de isquemia mesentérica con afectación yeyunal, neumatosis intestinal y neumatosis portal. Se decide cirugía urgente donde se visualiza hipoperfusión yeyunal en unos 40 cm distal a la yeyunostomía sin signos de necrosis intestinal. Hay presencia de pulsos en el meso y no se visualiza ningún otro cuadro de perforación de víscera, etc. Se realiza lavado de cavidad abdominal con abundante suero y cierre de laparotomía. El paciente presenta una recuperación clínica inmediata las 24 horas de la cirugía. Segundo caso: Varón de 47 años con antecedente de funduplicatura de Nissen. Presenta adenocarcinoma T1 N0M0 sobre esófago de Barrett. Se le practica esofaguectomía total con anastomosis cervical. Presenta una evolución tórpida postoperatoria por fístula anastomótica y es dado de alta con alimentación enteral por yeyunostomía. Ingresa a las 24 horas por cuadro de dolor y distensión abdominal progresivo y gran afectación clínica. Presenta hipotensión, sudoración, leucocitosis con desviación izquierda y fracaso renal. Se realiza una TAC donde se objetiva distensión generalizada de asas intestino delgado con presencia de importante neumatosis intestinal en yeyuno y gas en porta. Se decide intervención quirúrgica urgente donde se visualiza afectación yeyunal distal a la yeyunostomía, sin signos de necrosis. Se lava la cavidad abdominal con abundante suero y cierre de laparotomía. El paciente presenta gran mejoría clínica en las siguientes 48 horas postoperatorias.

**Conclusiones:** La nutrición enteral por yeyunostomía puede producir cuadros de shock séptico.

### P-274. METÁSTASIS LINFÁTICA EN GIST

J. Jorge Cerrudo, A. Paz Yáñez, M.J. Álvarez Martín, A. García Navarro, M. Segura Reyes, F. González Pérez y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Objetivos:** Las metástasis en tumores GIST se localizan más frecuentemente en hígado y cavidad peritoneal. Presentamos un caso de un GIST yeyunal con extensión linfática regional.

**Caso clínico:** Mujer de 51 años, con antecedentes de hipotiroidismo, mastopatía fibroquística, intervenida de ligadura de

trompas y apendicectomizada. Clínica de sensación de masa abdominal a nivel periumbilical izquierdo de 3 meses de evolución, sin alteraciones del tránsito intestinal. La TAC informó de masa de 65 mm de diámetro a nivel mesogástrico, sin poder determinar su organodependencia. Una colonoscopia descartó lesiones en el marco colónico. Se intervino mediante laparotomía media infraumbilical. Se evidenció una masa localizada en el mesenterio yeyunal, adherida al borde antimesentérico, a 14 cm del ángulo de Treitz. Se realizó resección intestinal con márgenes libres y anastomosis latero-lateral mecánica. Se resecaron además dos adenopatías macroscópicamente tumorales incluidos en el mesenterio de la pieza.

**Resultados:** La evolución fue favorable, sin complicaciones. Se inició tolerancia a las 24 horas, y se procedió al alta al tercer día. El informe anatomopatológico mostró un tumor GIST de 7 cm de diámetro, con una inmunohistoquímica compatible, y más de 5 mitosis por 50 campos de gran aumento. También informó de metástasis en una adenopatía resecada. Actualmente se encuentra en tratamiento adyuvante con mesilato de imatinib.

**Conclusiones:** La prevalencia de metástasis linfáticas en tumores GIST se sitúa entre 1,1 y 3,4%. La hipótesis fisiopatológica más extendida es la diseminación hematológica. En pacientes menores de 40 años puede ser una vía de extensión inicial, sobre todo en mujeres, con GIST gástrico ulcerado y con una histología epitelioides. El examen histopatológico debe ser especialmente fino, para diferenciar afectación nodal metastásica de la diseminación peritoneal del tumor. El pronóstico de los pacientes con extensión linfática de un tumor GIST es controvertido. Aunque la afectación ganglionar metastásica raramente ocurre en los GIST, se debería considerar la disección ganglionar en aquellos pacientes que presenten alguna sospecha de afectación nodal.

## P-275. PANCREATITIS HEMODUCTAL

R. de la Plaza Llamas, J.M. Ramia Ángel, M. Casares Santiago, J.V. del Cerro González, J.E. Quiñones Sampedro, V. Arteaga Peralta, F. Adel Abdulla, A.W. Kühnhardt Barrantes, C. Ramiro Pérez, M.P. Veguillas Redondo y J. García-Parreño Jofré

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

**Introducción:** Con el término *hemossuccus pancreaticus* (HP) o *wirsungragia* se denomina el sangrado por el conducto de Wirsung y su exteriorización a través de la ampolla de Vater. Hay descritos más de 100 casos hasta el presente en la literatura. Se denomina pancreatitis hemoductal (PHD) al síndrome de hemorragia en el sistema ductal pancreático-HP- asociado con pancreatitis. Presentamos un caso de PHD, sin pseudoaneurisma, resuelta mediante embolización selectiva en el postoperatorio de gastrectomía total, realizamos una exhaustiva revisión de la bibliografía y aportamos una amplia iconografía.

**Caso clínico:** Varón de 51 años diagnosticado de anemia severa por adenocarcinoma gástrico pobremente diferenciado que ocupa cuerpo y antro. La tomografía computarizada (TC) preoperatoria no objetiva enfermedad metastásica. La ecoendoscopia sólo aprecia lesión de 17 mm subcapsular indeterminada en lóbulo hepático derecho y estómago de retención-. Se desestimó neoadyuvancia por tumor sangrante y estómago de retención. Se realiza laparotomía que objetiva tumoración antropilórica voluminosa adherida a cápsula pancreática y LOE hepática de 2 cm en segmento II (ecografía intraoperatoria). Se practica gastrectomía total D2 con preservación esplenopancreática y seccionectomía hepática II-III. Sección de muñón duodenal con GIA y anastomosis esofagoyeyunal mecánica transmesocólica en Y de Roux. En el 5º día presenta

fístula biliar por el drenaje abdominal sin colección. Reintervenido en el 8º día por shock hipovolémico con sangrado activo en cara anterior pancreática que se sutura. Se tutoriza la fuga del muñón duodenal con sonda Foley. Recibe nutrición oral y tratamiento conservador de la fístula duodenal. En el día 21 postoperatorio presenta cuadro de dolor abdominal, hipotensión, hematemesis y drenaje hemático a través de la sonda intraduodenal. En la analítica destaca una hemoglobina 9,5 g/dl y amilasa 457 u/l. En 3 horas la hemoglobina es 7,4 g/dl y amilasa 1.195 u/l. La endoscopia alta objetiva sangrado por el asa aferente. La TC aprecia sangrado en cabeza pancreática y fuga de contraste intravenoso al duodeno. Se realiza arteriografía y embolización con microcoils a través de la arteria mesentérica superior de arterias pancreaticoduodenal posterior y dorsal. Resangrado a las 48h por arteria pancreaticoduodenal dorsal que se emboliza a través de acceso por el tronco celiaco. Desarrolla neumonía LID y derrame pleural bilateral. Retirada de Foley y cierre de la fístula duodenal. Alta a los 67 días de la intervención con buen estado clínico y nutricional.

**Conclusiones:** Un 75-90% de los casos de HP se presentan como complicación de pancreatitis crónica y más del 95% la causa es un pseudoaneurisma de la arteria esplénica (60-70%), seguida de la gastroduodenal, pancreaticoduodenal y hepáticas que se rompen en el conducto pancreático principal. En los casos comunicados en la revisión de la literatura se han descrito varias causas de HP y PHD, ninguna de ellas explicaría el caso presentado ni se han producido en el postoperatorio de una gastrectomía. La causa de PHD comunicada puede explicarse por la erosión de las arterias peripancreáticas por la pancreatitis aguda o por el proceso inflamatorio previo regional. La embolización selectiva es el tratamiento de elección y definitivo si no hay otras indicaciones quirúrgicas relacionadas con la pancreatitis.

## P-276. ISQUEMIA INTESTINAL TRANSITORIA POR ESPASMO AÓRTICO

A.J. Pérez Alonso, I. Machado Romero, C. del Olmo Rivas, R. Molina Barea, C. Garde Lecumberri y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

**Introducción:** El espasmo aórtico es una entidad clínica desconocida, de la que apenas existe alguna referencia en la bibliografía. Sin embargo, en contraposición, el espasmo de grandes vasos (descartando aorta) es una entidad relativamente frecuente producida por numerosos desencadenantes tales como enfermedades autoinmunes, fármacos y enfermedades recesivas.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un paciente de 56 años sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de aparición brusca, junto con decaimiento general de su estado físico. Se le realizó un análisis sanguíneo que arrojaba unos valores de PCR 20,05; leucocitos 19.000, neutrófilos 87%, LDH 534, pH 7,30; APTT 75%. Ante la sospecha de un proceso intestinal agudo, probablemente isquemia intestinal se decide realizar TAC abdominopélvico con contraste. Lejos de hallar signos sugerentes de tal proceso dentro de las arterias frecuentemente afectadas, se halló un espasmo aórtico completo, en flor de Lis, ocluyendo por completo la luz intestinal, que impedía el paso de contraste a arteria mesentérica superior e inferior. No se halló neumatosis intestinal aunque sí gran dilatación de asas de intestino delgado. El diagnóstico de presunción se estableció en isquemia mesentérica debido a espasmo aórtico. Dado el origen de la entidad se decidió mantener tratamiento médico conservador con suero tera-

pia intensa y fármacos vasodilatadores. Se reinterrogó al paciente en búsqueda de factores predisponentes tales como ingesta de fármacos asociados (ergotamina) o enfermedades autoinmunes, negando cualquiera de ellas.

**Resultados:** Tras 3 horas de tratamiento médico intenso, la sintomatología cedió paulatinamente, mejorando los parámetros analíticos a las 6 horas de su llegada. Se decidió realizar nuevo TAC abdominopélvico con contraste en la que había desaparecido las imágenes del TAC previo. Se mantuvo en observación al paciente durante 48 horas, sin repetirse el cuadro clínico, siendo dado de alta. Se realizó seguimiento por parte de Medicina Interna, sin hallarse hasta el momento el factor etiológico del cuadro.

**Conclusiones:** La isquemia Intestinal es un cuadro clínico de relativa frecuencia en pacientes de edad avanzada, y en aquellos pacientes con factores predisponentes. Hasta el momento, no había sido descrito un espasmo aórtico espontáneo, sin factores predisponentes, en la bibliografía; y del mismo modo no existen cuadros clínicos intestinales producidos por la misma entidad descritos. Gracias a la actitud conservadora, se resolvió el cuadro sin necesidad de realizar algún acto quirúrgico, que hubiera sido de gran morbi-mortalidad dada la implicación orgánica y arterial. Debemos tener presente en algunos cuadros de isquemia intestinal, la posibilidad de la presencia de enfermedades autoinmunes y/o sistémicas; o bien la toma de fármacos con actividad asociada tales como la ergotamina, noradrenalina; como desencadenantes de la enfermedad. Para ello es necesario realizar una anamnesis dirigida que permita descartar cualquiera de estos procesos.

### P-277. OCLUSIÓN INTESTINAL COMPLETA EN BODY PACKER

S. Saudí Moro, V. Borrego Estella, L.M. Gracia Mateo, J.L. Moya Andía, G. Pérez Navarro, C. Gracia Roche, J. Bernal Jaulin, R. Cerdán Pascual, A. Serrablo Requejo, M. Herrero y J. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

**Introducción:** Body Packer y Body Stuffer, son términos ingleses de difícil traducción. Se refieren a las personas que intentan esconder drogas ilegales para que no sean descubiertas en el interior del tracto gastrointestinal. La cocaína y la heroína son las que más frecuencia se intentan esconder.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 46 años de edad, de origen colombiano, sin antecedentes médicos de interés, trasladado desde el Hospital Provincial (Zaragoza-España) por un cuadro de oclusión intestinal completa al parecer en relación con la ingesta de 55 bolas de cocaína doce horas antes.

**Resultados:** Se interviene quirúrgicamente de urgencia objetivando oclusión intestinal completa, como consecuencia de una estrangulación herniaria en el contexto de una hernia interna, todo ello desencadenado por la ingesta de las bolas de cocaína. Se lleva a cabo una resección ileo-cólica con anastomosis latero lateral. El postoperatorio lento cursa con una insuficiencia respiratoria aguda por neumonía.

**Conclusiones:** La posibilidad de que la toxicidad sea letal para estos pacientes es alta, porque el contenido de cada bolsa es el equivalente a cientos de dosis letales de heroína o cocaína si se liberan y se absorbe de forma inmediata. Relativamente pocos de los que ingresan en centros médicos para ser tratados. Los pacientes que acuden al hospital lo hacen por su cuenta debido a la aparición de síntomas tóxicos como resultado de la rotura

de los envoltorios o bien por ser detenidos por la policía y conducidos al hospital.

### P-278. DIVERTICULOSIS YEYUNOILEAL

P. Aragón Chofre, M.D. Ruiz Carmona, V. Pla Martí, J. Belenguer Rodrigo, S. Díaz Sierra, R. Gómez, K. Maiocchi, F. Checa Ayet, F.J. García Aguayo y P. Naranjo Romaguera

Hospital de Sagunto, Sagunto.

**Objetivos:** Presentamos dos casos de pacientes con diverticulosis yeyunoileal (DYI) complicada.

**Casos clínicos:** Caso 1: paciente de 62 años que acudió a urgencias por dolor torácico y diaforesis. Refería dolor abdominal difuso asociado a vómitos. Exploración física: mal estado general, hipotensión arterial, frecuencia cardíaca de 67 ppm y fiebre. La palpación abdominal evidenció dolor abdominal difuso y masa palpable en mesogastrio. Analítica: 20.200 leucocitos/mm<sup>3</sup>, proteína C-reactiva (PCR) 393 mg/l y elevación de enzimas cardíacas. El electrocardiograma mostró un R = S V2 con descenso del segmento ST de 0,5 mm. Ante la sospecha de disección aórtica se solicitó TC toracoabdominal que descartó patología aórtica y evidenció una tumoración localizada en mesogastrio de 38 x 31 mm con imagen en miga de pan en su interior y captación de contraste en su pared compatible con diverticulitis yeyunal. Ante el cuadro clínico de sepsis se realizó laparotomía urgente que evidenció diverticulosis de todo el intestino delgado complicada con diverticulitis en asa de yeyuno medio y absceso mesentérico. Se realizó resección intestinal de 26 cm de yeyuno y anastomosis primaria laterolateral mecánica. El paciente ingresó en la unidad de cuidados intensivos tras confirmarse un infarto agudo de miocardio concomitante. La evolución fue satisfactoria siendo alta al 17º día postoperatorio. Caso 2: paciente de 74 años con antecedente de intervención quirúrgica por perforación yeyunal secundaria a diverticulitis. Consultó en urgencias por dolor en hemiabdomen derecho de 24 horas de evolución. Exploración física: abdomen blando y depresible, palpación de masa dolorosa en vacío y fosa iliaca derechos. Analítica: 18.100 leucocitos/mm<sup>3</sup> y PCR 35 mg/l. Se realizó TC abdominopélvico que evidenció dos divertículos ileales de 25 mm, uno de ellos con captación aumentada de contraste en su pared y rarefacción de la grasa peridiverticular, sin gas ectópico, compatible con diverticulitis de ileon distal. Se realizó un manejo conservador con antibioterapia y fluidoterapia intravenosas y reposo digestivo. La evolución fue satisfactoria siendo alta al 6º día.

**Discusión:** La DYI es una patología infrecuente y de difícil diagnóstico que afecta con mayor frecuencia a la población anciana. Los divertículos de intestino delgado son más frecuentes a nivel duodenal aunque los situados a nivel yeyunoileal son los que con mayor frecuencia presentan síntomas y complicaciones. Las complicaciones son diverticulitis aguda, dolor abdominal crónico, síndrome malabsortivo, hemorragia digestiva, obstrucción, absceso peridiverticular y perforación libre que pueden ocurrir en un 10-30% de los pacientes. Suele diagnosticarse de forma casual durante la realización de pruebas de imagen o laparotomías. La TC es la mejor prueba para identificar las complicaciones de la DYI. En la TC los divertículos yeyunales aparecen como estructuras redondeadas u ovoideas con contenido mixto en su interior que ocasiona el signo de "miga de pan" típicamente extraluminal, de pared fina y con aumento de la captación de contraste intravenoso. El tratamiento de la DYI complicada no subsidiaria de tratamiento conservador es la resección abierta o laparoscópica del segmento intestinal afecto con anastomosis primaria. Las indica-

ciones más frecuentes son la diverticulitis, la perforación intestinal y la hemorragia. A diferencia de la diverticulitis de colon, el manejo conservador es con menor frecuencia satisfactorio.

### P-279. FIBROMATOSIS MESENTÉRICA CON INVASIÓN DUODENAL

E. Martín Martín, A. Gómez Portilla, B. Catón Santaren, L.A. Magrach Barcenilla, E. López de Heredia, A. Lirola Maturana, E. Palacios Bazán, I. Cendoya Ansola, I. Olabarría Muñoz, B. Ezurmendia Sinisterra y J. Muriel López

Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

**Introducción:** La fibromatosis mesentérica es una forma rara de proliferación fibroblástica de características histológicas benignas, pero de crecimiento local rápido, sin reacción inflamatoria general. Es de aparición extremadamente rara en la población general, con una incidencia del 0,03% a menos del 1%. Se presenta un caso de fibromatosis mesentérica en un paciente varón, como forma tumoral con afectación duodenal.

**Caso clínico:** Varón de 38 años, sin antecedentes médico de interés, que ingresa por vómitos e intolerancia oral. En la Rx abdominal se aprecia una gran dilatación gástrica. En la gastroscopia se objetivan abundantes restos biliosos y a nivel de la 3ª porción duodenal zona de estenosis que impide el paso del fibroscopio, se toman biopsias que sólo presentan cambios inflamatorios. En las pruebas de imagen TAC y RMN se observa ocupación de la luz por masa heterogénea de unos 7 cm de eje mayor, sugestiva de neoplasia duodenal localizada en 3ª porción duodenal. En ecoendoscopia preoperatoria se confirma lesión sólida ecoheterogénea que no infiltra el eje mesentéricoportal con biopsias negativas para malignidad. El paciente es intervenido realizándose una exéresis de la tercera y cuarta porción duodenal junto a la primera asa yeyunal y anastomosis duodenoyeyunal terminolateral manual. El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio por lo que fue dado de alta a los 12 días. Informe anatomopatológico compatible con fibromatosis mesentérica.

**Discusión:** Las fibromatosis mesentéricas son un amplio grupo de proliferaciones fibrosas histológicamente benignas, de crecimiento lento y localmente invasivo sin embargo, nunca metastatizan. A pesar de que histopatológicamente presentan signos de benignidad, tienen un comportamiento biológico que implica una tendencia a la infiltración de los tejidos adyacentes y a la recidiva tras su extirpación. La fibromatosis mesentérica es el subtipo de tumor desmoide que constituye la causa más frecuente de tumor primario en el mesenterio. Aunque es infrecuente aparece en un 20-25% de los pacientes con síndrome de Gardner. El tumor aparece más frecuentemente en el mesenterio del intestino delgado. Se presenta habitualmente de dos formas clínicas: asociada con la poliposis colónica familiar (especialmente con el síndrome de Gardner), o más raramente como una tumoración abdominal aislada. El diagnóstico de la fibromatosis mesentérica se realiza fundamentalmente por ecografía y TAC, siendo esta última, la técnica diagnóstica de elección, ya que nos confirma la heterogeneidad de la masa, la localización mesentérica y la relación con las estructuras vasculares y parenquimatosas vecinas. Habitualmente no es posible establecer un diagnóstico preoperatorio con exactitud, y está justificada la realización de una laparotomía exploradora con fines diagnóstico y terapéutico. A pesar de que la cirugía es el tratamiento de elección, se recomiendan tratamientos alternativos, cuando ésta no sea posible o haya sido incompleta o tras varias recidivas.

### P-280. NEUMOPERITONEO A TENSIÓN COMO CONSECUENCIA DE BAROTRAUMA

E. García Santos, B. Menchén Trujillo, M.A. Gil-Olarte Márquez, P. Menéndez Sánchez, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, F.J. Ruescas García, F. Martínez de Paz, A. Jara Sánchez y J. Martín Fernández

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

**Introducción:** El neumoperitoneo a tensión es una complicación infrecuente que se debe al aumento de gas en la cavidad peritoneal, pudiendo llegar a causar un verdadero cuadro de síndrome compartimental abdominal. Se caracteriza por un grave deterioro de la función respiratoria y cardiocirculatoria del paciente por compresión de grandes vasos y por la disminución de la distensibilidad pulmonar debido a la compresión diafragmática. En esta situación, la primera medida terapéutica que debe aplicarse tras el diagnóstico es la descompresión de la cavidad abdominal de forma urgente.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 75 años presenta hipercapnia secundaria a un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda. Debido al deterioro de su estado clínico ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos. Se produce fracaso de la ventilación no invasiva por lo que se procede a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Inmediatamente comienza a objetivarse gran distensión abdominal, compromiso hemodinámico y respiratorio. Se diagnostica neumoperitoneo en control radiológico. En el quirófano se procede a la descompresión inmediata con apertura de cavidad abdominal por laparotomía media. Se observa deserosamiento de la superficie serosa del estómago con perforación a nivel de curvatura menor, realizándose cierre primario.

**Discusión:** En la mayoría de las situaciones el neumoperitoneo es debido a la perforación de una víscera hueca, con la consiguiente salida del aire intestinal a la cavidad peritoneal. En el resto de las ocasiones hablamos de neumoperitoneo asintomático, benigno o idiopático. Cuando se descartan antecedentes médicos como causa de neumoperitoneo, se considera que la ventilación es la causa más frecuente. La mayoría de los casos descritos en la literatura sobre neumoperitoneo a tensión se producen en pacientes sometidos a ventilación mecánica por diferentes cuadros de patología respiratoria. Se produce un grave deterioro tanto desde el punto de visto hemodinámico como respiratorio. La gravedad de estos mecanismos sistémicos, obligan en muchas ocasiones a la descompresión abdominal de forma inmediata para conseguir disminuir la presión intraabdominal y por tanto, mejorar la función hemodinámica del paciente. Aportamos iconografía de hallazgos, procedimiento quirúrgico y de las pruebas diagnósticas.

### P-281. QUISTES BRONCOGÉNICOS DE LOCALIZACIÓN INUSUAL

G. González Álvarez, A. Tarifa, A. Artajona Rosino, C. Zazpe, X. Batlle Marín, A. Díaz de Liaño Argüelles, C. Miranda, J. Herrera Cabezón y J.M. Lera Trincas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Introducción:** Los quistes broncogénicos son malformaciones congénitas producidas por un desarrollo anormal del divertículo ventral del árbol broncopulmonar durante el período más activo del desarrollo fetal. Normalmente suelen deberse a restos embriológicos de células epiteliales. Habitualmente, los quistes broncogénicos pueden ser tanto mediastínicos como pulmonares.

**Casos clínicos:** Caso 1: presentamos el caso de una mujer de 50 años de edad que durante el estudio de una patología cólica se

realiza un TAC objetivando una masa hipodensa heterogénea, de contornos bien definidos, de  $4,6 \times 2,9 \times 4$  cm (anteroposterior, lateromedial y craneocaudal) localizada en zona paravertebral izquierda, en probable dependencia de la crura diafragmática izquierda. Una vez resuelta la patología cólica, se prosiguió el estudio realizándose endoscopia digestiva alta, en la que se observó un esófago de Barrett corto e imagen de compresión extrínseca en fundus gástrico. Se repite TAC de control sin observar cambios en la masa. Intervención quirúrgica: se observa tumoración localizada a nivel de la rama izquierda del pilar del hiato y el hemidiafragma adyacente, blanda, muy adherida a cara posterior del esófago yuxtacardial, de unos  $7 \times 5$  cm, que crece entre las fibras musculares del diafragma, multilobulada. Se realizó exéresis de la tumoración con una pastilla de la pared muscular lateral izquierda del esófago, refuerzo de la pared del esófago con puntos discontinuos, herniorrafia del hiato y funduplicatura de Nissen. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. La anatomía patológica se informó como quiste broncogénico. Caso 2: mujer de 46 años que ha sido estudiada por dolor en fosa renal izquierda. En una ecografía se observó una masa sólida retroperitoneal izquierda desde la rama izquierda del hiato, que pasa por debajo del cuerpo del páncreas y llega hasta el riñón. En la TAC: masa retroperitoneal de predominio quístico y diámetro aproximado de  $9 \times 6$  cm con anclaje en el pilar diafragmático izquierdo sugestiva de teratoma con sangrado. Intervención quirúrgica: Lesión quística con contenido purulento-quiloso no maloliente que está íntimamente adherida al pilar diafragmático izquierdo y a la suprarrenal, de unos 8 cm que en su parte más craneal presenta una consistencia más sólida y un contenido más espeso de tipo mixoide. Se extirpa completamente conservando la suprarrenal. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. La anatomía patológica fue informada como quiste broncogénico.

**Discusión:** La localización retroperitoneal de los quistes broncogénicos es muy rara. Normalmente son asintomáticos y se descubren accidentalmente en alguna prueba de imagen. El diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones debe realizarse con tumores neurales, teratomas, granulomas... A pesar de lo infrecuente, hay que tenerlos en cuenta en el diagnóstico diferencial de tumoraciones retroperitoneales.

#### **P-282. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR PSEUDOANEURISMA DEL MUÑÓN DE LA ARTERIA GÁSTRICA IZQUIERDA TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL AMPLIADA POR CARCINOMA GÁSTRICO**

X. Batlle Marín, C. Miranda Murua, I. Insausti Gorbea, J. Herrera Cabezón, A. Artajona Rosina, A. Tarifa Castilla, A. Martínez de la Cuesta, G. González Álvarez, F. Urtasun Grijalba y J.M. Lera Tricas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona.

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta constituye una complicación de las intervenciones de cirugía gastro-duodeno-pancreática. En este grupo se incluyen aquellas provocadas por la ruptura de lesiones pseudoaneurismáticas de arterias del tronco celiaco y arteria gastroduodenal. La sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico precoz, la confirmación se realiza con angioTC y el mejor tratamiento es mediante radiología intervencionista. Presentamos un caso de una gastrectomía total ampliada complicada con una hemorragia digestiva alta, originada por un pseudoaneurisma del muñón de la arteria coronaria estomálica, diagnosticada y tratada con técnicas de radiología intervencionista.

**Caso clínico:** Paciente varón de 56 años, diagnosticado de un carcinoma gástrico indiferenciado. El estudio preoperatorio lo estadificó como cT3N2M0. Se indicó tratamiento neoadyuvante

según el esquema Cunningham. Se realizó una gastrectomía total ampliada con esplenopancreatectomía distal y linfadenectomía tipo D2. Presentó un postoperatorio sin incidencias, siendo dado de alta a los 8 días. A los 12 días del alta, el paciente acudió al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal brusco, súbito, intenso, seguido de hematemesis de sangre roja con hipotensión arterial con lo que cedió la hemorragia y el dolor abdominal. Analítica con hemoglobina 11,6, hematocrito 36, amilasa 354. Se le realizó un angio-TC abdominal con contraste iv sin objetivarse signos de hemorragia activa pero con sospecha de mínima lesión en el muñón de la arteria gástrica izquierda. 8 horas más tarde reapareció el dolor abdominal indicándose una arteriografía. Se observó una extravasación activa de contraste a nivel del muñón quirúrgico de la arteria gástrica izquierda y se procedió a la embolización con coils y Onyx sin conseguir el cierre del muñón, por lo que finalmente se embolizó el tronco celiaco y la arteria hepática proximal a la arteria gastroduodenal. Durante el ingreso, cedió la hemorragia y se evidenció una fístula digestiva de bajo débito a nivel de la anastomosis del pie de asa, que se resolvió con tratamiento conservador, siendo dado de alta a los 18 días. A los 11 días del último alta, el paciente reingresó por un nuevo episodio de hematemesis con signos de shock, realizándose un angio-TC y arteriografía urgente, evidenciándose el pseudoaneurisma del muñón de la arteria gástrica izquierda, que se embolizó nuevamente. A los 10 días, dado el riesgo de resangrado y la necesidad de iniciar el tratamiento adyuvante se decidió completar la exclusión de la lesión mediante la colocación de un stent cubierto.

#### **P-283. TUMORACIÓN GLÚTEA SECUNDARIA A LINFOMA GÁSTRICO: UN MODO INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN**

A.C. Utrillas Martínez, I. Fernández-Bedoya, I. Cuesta Gallardo, J.M. Lázaro Maisanava, D. Escribano Pérez, C. Pastor Espuig, M. Oset García, A. Cruces Conde y J.M. del Val Gil

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

**Introducción:** El linfoma B difuso de célula grande constituye el tipo más frecuente de linfoma no Hodgkin. Los linfomas suelen manifestarse más frecuentemente como adenopatías, siendo el inicio extranodal en el 15-25% de los casos. Exponemos el caso de un linfoma de presentación atípica.

**Caso clínico:** Varón de 77 años en tratamiento anticoagulante por fibrilación auricular, que consulta por presentar una masa glútea derecha, muy dolorosa, sin antecedente traumático. La ecografía informa de masa de  $7,5$  cm, paralumbar hasta zona media de glúteo derecho, sugestiva de hematoma parcialmente organizado. Al mes se realiza nueva ecografía, ya que la lesión no había disminuido, que fue informada de masa hipervascularizada de  $15$  cm, aconsejando TAC. En el TC abdominopélvico se observa una masa sólida en la región glútea derecha, con extensión a región lumbar baja, fosa iliaca y región sacroilíaca homolaterales, destruyendo parcialmente el ala iliaca, articulación sacroilíaca y el alerón sacro derecho; afecta a los glúteos menor, mediano e iliaco y es compatible con sarcoma. El paciente es ingresado por intenso dolor y, dados los hallazgos, se solicita valoración por la Unidad de Tumores Óseos de referencia. Durante el ingreso presenta melenas, por lo que se realiza gastroscopia que informa de neoplasia de cuerpo gástrico. Se toman biopsias y se realiza PAAF de la masa glútea, que informa de linfoma no Hodgkin de células grandes. Se realiza estudio de extensión torácico y se decide intervención quirúrgica del tumor gástrico, observando una tumoración de la cara posterior de la curvatura mayor. Se realiza gastrectomía subtotal ampliada con anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux. El informe anatomopatológico

co de estómago refería proceso linfoproliferativo de células grandes, con inmunofenotipo: LCA+, CD20-, MUM1+, CD10-, bcl6-, CD3-, CD5-, CD30-, EMA+, kappa+, lambda-, ALK-. Se inicia tratamiento quimioterápico con esquema CHOP. Se realiza PET que muestra persistencia de enfermedad en hueso iliaco, ala sacra y articulación sacro-iliaca por lo que se inicia RT en la región glútea. Al 9º mes de la intervención presenta elevación de las transaminasas, y se realiza ecografía abdominal que demuestra masas intra/extrahepáticas y una masa paraverterbral cuya PAAF informa de linfoma. Se modifica el tratamiento QTpero a los 13 meses de la cirugía presenta progresión de la masa tumoral, siendo sometido a 3ª línea de QT. A los 18 meses de la cirugía se aprecia en la zona inferior de la laparotomía media un nódulo de unos 2 cm de diámetro doloroso sugestivo de progresión tumoral, hecho que se confirmó con una ecografía. Se solicita el uso compasivo de bendamustina, iniciando su administración. Presenta progresión de las masas tumorales en HD y paraumbilical así como aplasia posquimioterapia con cuadro séptico, falleciendo a los 20 meses tras la cirugía.

**Discusión:** La presentación extraganglionar de un LNH ocurre en un 15-25% de los casos, siendo lo más frecuente la afectación del anillo de Waldeyer, tubo digestivo, piel, huesos, pulmón, tiroides y gónadas. En el tubo digestivo suelen afectarse estómago e ileon y se manifiestan por dolor abdominal, hemorragias u oclusión intestinal. Cuando hay afectación ósea suelen cursar con dolor. Este tipo de linfomas es muy agresivo, pero potencialmente curable, empleándose QT mediante 6 ciclos de CHOP. Actualmente también contamos con anticuerpos monoclonales. En nuestro paciente el tumor era intensamente agresivo y resistente a los distintos esquemas de QT.

#### P-284. HEMORRAGIA DIGESTIVA POR DIVERTÍCULO DUODENAL

A.J. Pérez Alonso, T. Gallart Aragón, M. Zurita Saavedra, I. Machado Romero, R. Molina Barea, M. González Martínez, C. del Olmo Rivas, J.A. Pérez Ramón y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

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

**Material y métodos:** Paciente varón de 57 años de edad, sin intervenciones quirúrgicas previas. El paciente ingresa a través del servicio de Urgencias por un cuadro abdominal de 14 meses de evolución localizado en el epigastrio e hipocondrio derecho, el cual no mejora con inhibidores de la bomba de protones. Como sintomatología acompañante presenta, melenas, palidez cutáneo-mucosa, taquicardia, hipotensión y síndrome anémico. Tras la estabilización hemodinámica del paciente, se ingresa en planta hospitalaria, en el servicio de Digestivo. Se realiza endoscopia digestiva alta, no evidenciándose nicho ulceroso u otra lesión que explicase el estado del paciente. Se realiza colonoscopia, donde tampoco se encuentran hallazgos explicativos. En último lugar, se realiza radiología baritada, informándonos de la presencia de un divertículo en la 3ª porción duodenal. Debido a la persistencia de la sintomatología, se decide intervención quirúrgica: maniobra de Kocher exponiendo la arcada duodeno-pancreática, para realización de diverticulectomía simple con cierre transversal de los planos.

**Resultados:** Postoperatorio que evolución favorablemente. El octavo día postoperatorio se realiza TAC abdominal de control. Debido a la correcta evolución del proceso, se decide alta hospitalaria, citando al paciente un mes después en consulta para seguimiento de la evolución. Resultados de Anatomía Patológica: divertículo con signos hemorrágicos, no signos isquémicos ni de ectopia ni angioplastia.

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

#### P-285. APENDICITIS AGUDA IZQUIERDA EN SITUS INVERSUS TOTALIS DE 86 AÑOS DE EDAD

C. Nieto, E. Vicario Benito, E. García Morato Soto, T. Martínez Serna, G. Krasniqi, C. López González, M. García Ávila, Z.L. de Julián, D. Martínez Cecilia, P. Toral Guinea y S. Abad de Castro

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

**Introducción:** La apendicitis aguda izquierda es una entidad patológica poco frecuente que está relacionada con una distintos trastornos genéticos como son el situs inversus totalis, la mal rotación intestinal o la mal rotación de ciego. No existe en la literatura científica grandes series sobre esta patología, y menos casos de pacientes de la edad del nuestro por lo que presentamos este caso clínico.

**Caso clínico:** Antecedentes personales: varón de 86 años; sd. Kartagener: tríada: hipocinesia ciliar, situs inversus, bronquiectasias; situs inversus totales; episodios de hemoptisis de repetición. Embolización de a. bronquiales; bronquiectasias; fibroatelectasias laminares pulmonares; EPOC moderado; fibrilación auricular paroxística cardiovertida; angor vasoespástico y de esfuerzo. Angioplastia y colocación stent en arteria descendente anterior y circunfleja; osteopenia; diverticulosis. Historia actual: varón de 86 años que acude a urgencias por dolor abdominal continuo con exacerbaciones localizado en fosa iliaca izquierda, de 24 horas de evolución y fiebre de hasta 38 °C. No refiere otra sintomatología. Exploración física: TA 115/60, FC 83 lpm, Tª 39 °C. Abdomen: globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación en FII con Blumberg positivo a ese nivel. Ruidos hidroaéreos presentes. No se palpan hernias masas ni megalias. Pruebas complementarias: analítica de urgencias: 11.800 leucocitos. 89% neutrófilos. Resto del estudio normal. Rx tórax: dextrocardia. Rx abdomen: inespecífica. TC abdominopélvico: apendicitis aguda izquierda. Situs inversus con dextrocardia; aorta, bazo y estómago a la derecha; vena cava e hígado a la izquierda. Hígado con múltiples quistes simples. Atelectasias pulmonares subsegmentarias bibasales. Doble sistema excretor renal izquierdo. Trasposición del colon ascendente y ciego a la izquierda, y sigma dirigiéndose a la derecha. Múltiples divertículos a nivel de sigma y colon descendente. Resultado: ante los hallazgos clínicos ana-

líticos y de las pruebas complementarias se decide intervención quirúrgica urgente, practicándose apendicectomía laparoscópica. Postoperatorio sin incidencias. Episodio de obstrucción intestinal resuelto de forma conservadora a los dos meses de la intervención.

**Discusión:** Apendicitis aguda patología quirúrgica urgente más común en Cirugía General. Diagnóstico diferencial del "dolor abdominal en cuadrante inferior izquierdo": diverticulitis aguda, patología urológica, patología ginecológica, hernia complicada, diverticulitis de Meckel, obstrucción intestinal, apendicitis aguda izquierda. El empleo de técnica de imagen es importante en el diagnóstico. No existen referencias en la literatura de pacientes de la edad del que presentamos. Causas principales: 1. Mal rotación intestinal; 2. Situs inversus totalis; 3. Mal rotación de ciego.