

COLON

COMUNICACIONES ORALES

O-157. MORBILIDAD TRAS CIRUGÍA DE COLON URGENTE Y DE URGENCIA DIFERIDA: CALIBRACIÓN Y CAPACIDAD DISCRIMINATIVA DEL MODELO PHYSIOLOGIC AND OPERATIVE SEVERITY SCORE FOR THE ENUMERATION OF MORTALITY AND MORBIDITY (POSSUM)

R. Becerra Ortiz, J.M. Aranda Narváez, I. Fernández Burgos, Y. Pulido Roa, A. Titos García, N. Marín Camero y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La patología colónica urgente que precisa cirugía inmediata o de urgencia diferida define un colectivo de pacientes con elevada probabilidad de morbilidad postoperatoria. El predictor de morbilidad más aceptado es la escala POSSUM, refrendada por numerosos trabajos, sin faltar sin embargo aportaciones en cuanto a su falta de rendimiento predictivo y su variabilidad en diferentes circunstancias y procedimientos. Pocas referencias existen en cuanto a la capacidad predictiva de este modelo con respecto a la morbilidad asociada específicamente a este contexto clínico. Presentamos un estudio con este objetivo, analizando la morbilidad postoperatoria de la cirugía de colon con carácter urgente o de urgencia diferida, y definiendo parámetros de calibración y discriminación del modelo POSSUM en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional analítico, elaborado sobre la cohorte de pacientes que precisaron cirugía inmediata o de urgencia diferida por patología colónica urgente durante un periodo de 24 meses (enero 2009-diciembre 2010), intervenidos por la Unidad de Urgencias de Cirugía del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. Variable predictora: escala POSSUM de morbilidad ($x = (0,16 \cdot \text{score fisiológico}) + (0,19 \cdot \text{score operatorio}) - 5,91$; probabilidad de morbilidad $= 1/(1 + e^{(-x)})$). Variable resultado: morbilidad, clasificada según las aportaciones de Dindo-Clavien. Análisis estadístico: software SPSS. 1) Análisis descriptivo de morbilidad global según estimadores habituales; 2) Test de la χ^2 y regresión logística binaria; 3) Calibración mediante test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow; 4) Discriminación mediante curva Receiver Operating Characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC). Se aceptaron como de relevancia estadística niveles de significación $p < 0,05$ y para todos los parámetros se definió su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Muestra compuesta por 64 pacientes, con edad mediana de 60 años (r: 18-90), 29 hombres (45%) y 35 mujeres (55%). Mayoritaria etiología neoplásica con componente obstructivo o perforativo (57,8%). Cirugía urgente 48% y de urgencia diferida 52%, con 9,5% de intención de abordaje laparoscópico (3,1% de conversión). Los procedimientos más frecuentemente empleados fueron la hemicolectomía derecha (29,7%) e izquierda con washed-out y anastomosis primaria (20,3%), teniendo que asociar algún gesto quirúrgico adicional en el 50% de los pacientes. Solo 15,6% de procedimientos precisaron ostomías terminales o derivativas. Morbilidad global del 60% (39% grados I-II de la clasificación de Dindo-Clavien) y 6 exitus (9,4%). De la morbilidad destacan 5 episodios (7,8%) de dehiscencia anastomótica y 13 (20%) pacientes con infección de sitio quirúrgico (17% parietales, 3% de órgano/espacio). La distribución de la morbilidad por estratos definidos por la escala POSSUM fue la siguiente: 0-40: 41%; 41-70: 74%; 71-100: 77% ($p < 0,02$). Buena calibración (test de Hosmer-Lemeshow ns) y aceptable aunque lábil capacidad

discriminativa (AUC de curva ROC: 68%, $p < 0,01$, IC95% 0,5-0,8) del modelo POSSUM para morbilidad.

Conclusiones: La cirugía necesaria para el tratamiento de la patología colónica de presentación urgente conlleva una elevada morbilidad. El modelo POSSUM en este contexto clínico ha mostrado una buena capacidad de detección global de eventos de morbilidad (calibración) y roza la aceptabilidad en cuanto a capacidad de discriminar individualmente pacientes de riesgo, por lo que su información debe tomarse con precaución.

O-158. CIRUGÍA DE COLON EN LA URGENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Paterna López, G. González Sanz, C. Gracia Roche, M.N. Sánchez Fuentes, M.L. Gutiérrez Díez, J.I. Barranco Domínguez, J.J. Cabrero Lafuente, M. Cabrero Lafuente, M.P. Cebollero Benito, L.A. Ligorred Padilla y J.M. Esarte Muniaín

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Analizar las intervenciones quirúrgicas de colon realizadas de urgencia durante un año en un hospital de tercer nivel (1.400 camas) y comprobar si existen diferencias significativas de morbilidad y de manejo del paciente según los distintos turnos horarios que se establecen durante la atención continuada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde enero de 2010 hasta diciembre del mismo año de todos los pacientes intervenidos de colon con carácter urgente en nuestro hospital. Los datos se han obtenido del registro informático empleado en nuestro bloque quirúrgico así como de la base de datos de nuestro servicio.

Resultados: En el periodo de un año se han realizado con carácter urgente un total de 946 intervenciones por parte del Servicio de Cirugía General y Patología Digestiva de nuestro hospital, de las cuales 198 corresponden a patología de colon (21%), el 16,25% durante el turno de mañana, 43,75% en turno de tarde y 40% en el de noche. Respecto a las características de los pacientes, el 67,5% son hombres y el 32,5% mujeres, de 71 años de edad media (25-93), presentando comorbilidades en el 97% de los casos. El 42,5% de los pacientes suponen urgencias externas, añadiendo un 2% de traslados de otros centros, siendo el restante 56,25% urgencias internas que engloban el 25% perteneciente a nuestro propio servicio y a un 31,25% pertenecientes a otras especialidades médicas o quirúrgicas ajenas a nosotros. La patología predominante es la perforación de colon (28,75%) seguida por la infección neoplasia de colon (22,5%) y la dehiscencia de sutura previa, la diverticulitis o la isquemia (13,7%), pero hemos podido comprobar que esta distribución varía según el turno del día, influyendo en los resultados de morbilidad postoperatoria. La técnica quirúrgica más empleada es el Hartmann (35%), la hemicolectomía (25%), la colectomía subtotal (12,5%) seguidas de otras con porcentajes iguales o inferiores al 10% como la resección y sutura directa, la colostomía paliativa y otras. El facultativo que realiza la intervención es en el 37,5% de los casos un residente, dato que permanece constante en los distintos turnos. El 46,25% de los pacientes pasan su postoperatorio inmediato en UCI, el 18,75% en REA y el resto en planta, con una estancia media global de 21 días. El 75% va a presentar complicaciones postoperatorias, médicas en un 60% y quirúrgicas en un 49%, precisando ser reintervenidos al menos en una ocasión el 18,7% de los pacientes fundamentalmente por sepsis abdominal. La mortalidad supone un 36,25%, siendo la principal causa el shock séptico de múltiples orígenes.

Conclusiones: El mayor volumen de urgencias quirúrgicas se halla comprendido entre las 15:00 y las 08:00 horas del día, más allá del horario laboral habitual. Las urgencias internas predo-

minan en turno de tarde y noche pese a lo que podría esperarse, lo que pone de manifiesto una falta importante de comunicación interespecialidades. La representación de la laparoscópica en nuestra cirugía de urgencias de colon es actualmente nula motivada fundamentalmente por el elevado riesgo ASA de nuestros pacientes.

O-159. TRATAMIENTO MÉDICO Y COLECTOMÍA EN LA COLITIS ULCEROSA AGUDA GRAVE

L. Trenti, M. Millan Scheiding, T. Golda, R. Frago Montanuy, D. Fraccalvieri, J. de Oca Burguete, E. Kreisler Moreno y S. Biondo

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Los pacientes afectos de colitis ulcerosa (CU) presentan un brote grave a lo largo de su evolución en aproximadamente un 15%. El objetivo del tratamiento médico es intentar evitar la colectomía y prevenir las complicaciones de la enfermedad, efectos secundarios de la medicación, y mortalidad. Las tasas de colectomía en casos de brote de CU grave varían entre un 30% en series más antiguas, hasta un 3-4% en series más recientes en los que se utilizan fármacos como ciclosporina e infliximab. No obstante, las tasas de colectomía electiva posterior no han disminuido tan claramente con estos tratamientos.

Objetivos: Estudiar los casos de CU aguda grave, definidos siguiendo los criterios de Truelove/Witts, ingresados en nuestro centro en los últimos 10 años, y analizar las tasas de respuesta a tratamiento médico y fármacos utilizados, y tasas de colectomía urgente y electiva durante el seguimiento posterior al ingreso.

Métodos: Revisión de la base de datos de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Gastroenterología-Cirugía). Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron con brote agudo grave de colitis en los que se confirmó diagnóstico de CU. Se estudiaron variables demográficas, criterios de gravedad, tratamientos utilizados, reingresos, tasas de colectomía (urgente/programada) y seguimiento.

Resultados: Entre los años 2002-2009 ingresaron 90 pacientes con diagnóstico de colitis aguda grave, confirmándose el diagnóstico de CU en 55 casos, con una edad media de 48,3 y varones en el 54,5%. Se instauró tratamiento médico en el 100% de los casos: corticoides en el 100%, ciclosporina en 32% e infliximab en 17%. Se realizó colectomía urgente (colectomía + ileostomía terminal ± fistula mucosa) en 3 casos (5,8%). La tasa de reingresos en pacientes no operados fue del 34,6% (9 pacientes con más de un reingreso). Se realizó posteriormente colectomía electiva por falta de respuesta a tratamiento médico en 7 casos (12,5%). El seguimiento medio fue de 6,7 años (rango 3-10 años).

Conclusiones: Las tasas de colectomía urgente en brotes de CU aguda grave son relativamente bajas con la disponibilidad de tratamientos médicos (ciclosporina e infliximab). Durante el seguimiento, en nuestra serie continúa existiendo al menos un 13,5% de pacientes que requieren cirugía por falta de respuesta a largo plazo.

O-160. APLICABILIDAD DE UNA NUEVA CLASIFICACIÓN RADIOLÓGICA DE DIVERTICULITIS AGUDA

R. Guerrero López, S. Serra Pla, L. Mora, P. Rebas, E. Ballesteros, M. Alcántara, J.M. Hidalgo Rosas, G. Canovas, J. Bombardó y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: Las distintas formas clínicas de presentación de la diverticulitis aguda (DAG) se distribuyen clásicamente según

la clasificación de Hinchey en cuatro estadios. En nuestra práctica clínica habitual encontramos pacientes con hallazgos por imagen que no se corresponden con ninguno de los estadios de la clasificación de Hinchey. Esto hace difícil protocolizar el tratamiento de estos pacientes.

Material y métodos: En febrero de 2010 se instaura en nuestro centro la clasificación radiológica de Neff para el diagnóstico y clasificación de la DAG. Estadio 0: divertículos, engrosamiento de la pared, aumento de densidad de la grasa peri cólica. Estadio Ia: neumoperitoneo localizado en forma de burbujas de aire, Ib: absceso (< 4 cm). ESTADIO II: absceso > 4 cm en pelvis. Estadio III: absceso en cavidad abdominal (fuera de pelvis). Estadio IV: neumoperitoneo abundante y/o líquido libre intrabdominal.

Resultados: Se recogen datos de los pacientes con DAG diagnosticada en nuestro centro de febrero del 2010 a febrero del 2011: 50 pacientes. De estos, 38 (76%) pacientes presentaron una DAG estadio 0, 9 (18%) estadio I, 2 pacientes (4%) estadio II y sólo 1 paciente presentó un estadio III. En este período no se diagnosticó ningún paciente con DAG estadio IV.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes con DAG presentan cuadros no complicados que son difícilmente clasificables según el estadiaje clásico de Hinchey. La clasificación de Neff permite clasificar de forma más concisa y detallada las diverticulitis, especialmente las menos graves, que son las más prevalentes, y ofrecer un tratamiento específico protocolizado para cada uno de los estadios.

O-161. RESULTADOS DEL ESTADIAJE CON ECOGRAFÍA ENDORECTAL DE TUMORES DE RECTO. NUESTRA EXPERIENCIA

M. González Bocanegra, J. García Septiem, R. León Ledesma, A. Valle Rubio, C. Guillén Morales, F.J. Jiménez Miramón y M. Limones Esteban

Hospital General Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción: El estadiaje preoperatorio de los tumores rectales es esencial a la hora de tomar la decisión terapéutica adecuada. La ecografía endorrectal (EER) ha demostrado su utilidad permitiendo plantear tratamiento quirúrgico, local o radical, y la necesidad de tratamiento neoadyuvante.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia y evaluar la precisión diagnóstica en la estadificación prequirúrgica. Comprobar su utilidad en la elección del tratamiento adecuado.

Material y métodos: Se revisaron 189 pacientes con tumores de recto medio y bajo (adenocarcinomas o adenoma) que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico (resección local o radical) en nuestro centro entre mayo 2007 y marzo 2011. La EER fue realizada por 3 cirujanos. Se excluyeron 98 pacientes por no disponer de EER prequirúrgica por intolerancia del paciente, evaluación incompleta por inaccesibilidad o estenosis tumoral. Se incluyeron 91 pacientes, 32 mujeres y 59 hombres; edad media de 66 años (33-90); 36 fueron sometidos a resección local (TEM o resección transanal), 34 a tratamiento neoadyuvante con ciclo largo de RT y cirugía radical a las 6-8 semanas y 21 a cirugía radical directamente. Se realizó resección local en tumores en estadios iniciales (T0-T1 y N0) y en tumores avanzados (T2 o superior) con alto riesgo quirúrgico; y se compararon los hallazgos de la EER con la pieza de anatomía patológica (AP), evaluando la precisión diagnóstica de la T (infiltración mural) ya que no se disponía de ganglios linfáticos en la pieza a estudio. En los pacientes sometidos a cirugía radical se dividieron los que recibieron tratamiento neoadyuvante de los que no. En los pacientes sometidos a cirugía radical directamente se compararon los hallazgos de la EER con los encontrados en la pieza de AP. En los

pacientes sometidos a tratamiento neoadyuvante se compararon los hallazgos de EER con la pieza de AP, teniendo en cuenta el grado de regresión tumoral (GRT).

Resultados: De los 36 pacientes sometidos a tratamiento local 4 (12%) fueron sobreestadiados; 6 (18%) fueron infraestadiados y la precisión diagnóstica se estimó en 70%. Se realizaron 21 cirugías radicales sin tratamiento neoadyuvante de las cuales 4 (22%) fueron infraestadiadas; 5 (28%) fueron sobreestadiadas y la precisión diagnóstica se estimó en 50%; en cuanto a la N 5 (23%) fueron infraestadiados y 2 (9%) fueron sobreestadiados, estimándose la precisión diagnóstica en 67%. Los pacientes sometidos a tratamiento neoadyuvante y posterior cirugía radical se evaluaron en función del GRT: los casos con alto GRT (1-2: remisión completa-células tumorales aisladas) en la pieza de AP tenían un estadiaje < ypT2 en el 70% de los casos (dado el alto GRT existe mucha probabilidad de que se tratasen de tumores avanzados que disminuyeron su estadiaje tras la neoadyuvancia). Los que tuvieron un GRT bajo (3-4-5: predominio de fibrosis sobre tumor-predominio de tumor sobre fibrosis-ausencia de regresión tumoral) presentaron un estadiaje en la pieza de Ap > ypT2 en el 95% de los casos.

Conclusiones: Los errores cometidos en la estadificación prequirúrgica mediante EER, en la mayor parte de los casos, no supusieron un cambio terapéutico perjudicial para el paciente. Existe tendencia a sobreestadificar en tumores de gran tamaño (de T1 a T2 y de T0 a T1) que habitualmente precisan cirugía radical a pesar de su estadio inicial. El error más frecuentemente cometido fue la sobreestadificación de tumores pT0 clasificados como uT1, que si revisamos la literatura existe gran controversia a la hora de clasificar y diferenciar ambos estadios. 8 (15%) de los 57 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico sin neoadyuvancia previa estaban infraestadiados, por lo que no se realizó el tratamiento idóneo.

O-162. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA DEL VÓLVULO DE COLON

P. Granero Castro, P. Álvarez Martínez, J. Granero Trancón, J.A. Álvarez Pérez, L. Sanz Álvarez, E. Castelo Álvarez, A. González Tamargo, M. Camaces de Arriba, R. Gonzalo González y J.J. González González

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Evaluar la efectividad del tratamiento quirúrgico del vólvulo de colon, así como analizar la presencia de factores asociados con una mayor morbilidad postoperatoria.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo de 99 pacientes diagnosticados de vólvulo de colon en nuestro servicio, durante el periodo comprendido entre enero de 1976 y diciembre de 2010. Se estudiaron distintas variables demográficas, clínicas, diagnósticas y quirúrgicas en relación con el curso evolutivo y la existencia de complicaciones mayores y mortalidad. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo utilizando la prueba de chi-cuadrado, para las variables cualitativas y la U de Mann Whitney para las variables cuantitativas.

Resultados: De los 99 pacientes, 66 eran varones y 33 mujeres (66,7% y 33,3% respectivamente) con una edad media de 71 ± 15,85 años (rango 23-94). El 85,9% de los pacientes presentaba alguna patología importante asociada, destacando los antecedentes neurológicos, cardiológicos y respiratorios (55,6%, 28,3% y 20,2% respectivamente). La demencia y el Parkinson fueron las patologías neurológicas más frecuentes (15,1% y 9,1%). Mientras que 66 pacientes (66,6%) presentaban un ASA III-IV, 33 pacientes (33,3%) presentaban un ASA I-II. La clínica de presentación más frecuente fue la suboclusión intestinal en 60 pacientes (60,6%),

seguida de la obstrucción intestinal y la peritonitis en 30 y 9 pacientes respectivamente (30,3% y 9,1%). En cuanto a la localización del vólvulo, 90 pacientes (90,9%) presentaron un vólvulo de sigmo y 9 pacientes (9,1%) un vólvulo de ciego. En 50 pacientes se realizó tratamiento médico inicial del vólvulo (50,1%), en 26 pacientes mediante enema opaco y en 24 pacientes mediante colonoscopia. Se llevó a cabo cirugía en 82 pacientes (82,8%), de los cuales 33 habían recibido tratamiento médico previo que fracasó (40,2%) y 49 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico como primera opción (59,7%). Los hallazgos intraoperatorios demostraron la existencia de vólvulo sin complicaciones en 66 pacientes (80,5%) y signos de necrosis y/o perforación en 16 pacientes (19,5%). Se llevaron a cabo 62 resecciones de colon (75,6%), destacando 32 resecciones tipo Hartmann (39%) y 23 resecciones con anastomosis primaria (28%), 13 colopexias (15,9%) y 7 ostomías (8,5%). Un 46,3% de los pacientes presentaron complicaciones mayores, destacando 10 pacientes con fallo cardíaco y neumonía respectivamente. Un 10,9% de los pacientes requirieron reintervención urgente, destacando tres pacientes con peritonitis fecaloidea secundaria a complicaciones tales como necrosis o apertura del muñón rectal y desgarro de los puntos de la pexia (1 paciente respectivamente). La mortalidad fue del 19,5% en el postoperatorio inmediato. Los pacientes con ASA I-II presentaron mayor incidencia de complicaciones mayores respecto a los pacientes ASA III-IV (56% vs 31,2%, $p = 0,03$). En aquellos pacientes en los que se demostraron complicaciones intraoperatorias (necrosis y/o perforación) la tasa de mortalidad fue mayor a la de los pacientes sin complicaciones (37,5% vs 15,1%, $p < 0,005$).

Conclusiones: Uno de los factores determinantes para la existencia de complicaciones postoperatorias es el estado general del paciente previo a la cirugía. En cambio, la mortalidad viene determinada por la presencia de complicaciones intraoperatorias del vólvulo, más que por las comorbilidades asociadas o el tipo de técnica realizada.

O-163. PRÓTESIS COLÓNICAS EN OBSTRUCCIÓN COLÓNICA AGUDA: UNA ALTERNATIVA SEGURA

M. Zilvetti, R. Guy, I. Lindsey y N. Mortensen

Oxford Radcliffe Hospitals.

Objetivos: El tratamiento tradicional para la obstrucción colónica aguda ha residido en cirugía de urgencia. La mortalidad y morbilidad asociada con este procedimiento son altas comparadas con cirugía electiva. Recientemente, las prótesis de colon han permitido diferir el tratamiento quirúrgico hasta la resolución de la obstrucción intestinal. En Oxford Colorectal Centre las prótesis de colon se han utilizado rutinariamente desde hace 5 años. En este estudio analizamos los resultados obtenidos tanto en el tratamiento como puente a cirugía definitiva, como en el tratamiento paliativo.

Material y métodos: Este es un análisis retrospectivo de todos los pacientes admitidos con obstrucción colónica y en los que se planteó el uso de prótesis de colon. El estudio comprende el periodo desde enero 2006 hasta diciembre 2010. Los pacientes fueron identificados en la base de datos del departamento de Radiología y se incluyeron todos aquellos en los que colocación de prótesis colónica se había decidido, independientemente de si fue o no posible. El procedimiento incluía la intervención de un endoscopista que insertaba si era posible una guía a través de la obstrucción. Sobre esta y bajo control radiológico, la prótesis colónica se colocaba a través de la zona obstruida.

Resultados: Se identificaron 162 pacientes ingresados con obstrucción colónica y en los que se insertaron 181 prótesis colónicas como tratamiento inicial. Estos incluyeron 78 mujeres y

84 hombres con una media de edad de 71,58 años. En 80,6% de las prótesis colocadas se obtuvo un resultado técnico positivo. El 55,24% obtuvieron un resultado clínico positivo con resolución de la sintomatología obstructiva. En sesenta pacientes las prótesis colonicas fueron colocadas como tratamiento paliativo. De los 102 restantes, un 95% (n = 100) fueron intervenidos quirúrgicamente. Entre las complicaciones asociadas a la colocación de prótesis colonicas, 22 pacientes sufrieron perforaciones asociadas (12,15%) y en un 7,7% (14 pacientes) las prótesis migraron de su emplazamiento inicial.

Conclusiones: El uso de prótesis colónicas ofrece una alternativa a la cirugía de urgencia en el tratamiento de obstrucción colónica aguda. Su uso como tratamiento paliativo es incuestionable. Su utilización como puente a una cirugía electiva resulta en una reducción en la mortalidad y complicaciones asociadas.

O-164. ILEOSTOMÍA DE PROTECCIÓN EN EL CÁNCER DE RECTO. UNA PRÁCTICA NO EXENTA DE COMPLICACIONES

N. Sánchez Fuentes, A. Monzón Abad, A. Martínez Germán, M. Gutiérrez Díez, J.I. Barranco Domínguez, J. Martínez Bernad, P. Riverola, I. Gascón, C. Gracia Roche y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Mostrar a través de la experiencia de una unidad especialista en cirugía colorrectal, las complicaciones del uso de la ileostomía de protección en el cáncer de recto.

Material y métodos: Analizamos todos los pacientes intervenidos de neoplasia de recto realizando una resección anterior baja o ultrabaja con anastomosis colorrectal entre enero de 2006 y diciembre de 2010. Entre las variables analizadas destacamos: Sexo y edad del paciente, antecedentes oncológicos, complicaciones de la cirugía de neoplasia de recto, complicaciones postoperatorias, complicaciones derivadas de la realización de ileostomía, tiempo transcurrido hasta el cierre de ileostomía, realización de cierre de ileostomía, complicaciones derivadas del cierre de ileostomía...

Resultados: Se analizan 161 pacientes, 50 mujeres y 111 varones, con una edad media de 69 años. Se realiza ileostomía de protección en 34 (21%). 12 presentan fuga de anastomosis (7,45%). Entre los pacientes con ileostomía el índice de dehiscencia es 5,88% (2/34) precisando cirugía el 50%; mientras que en los pacientes sin ileostomía asciende al 7,87% (10/127) y se reintervienen el 100%. En los pacientes con ileostomía caben destacar como complicaciones postoperatorias: dos reingresos por insuficiencia renal prerrenal por deshidratación y un cuadro oclusivo por estenosis de boca de ileostomía. 11 meses es el tiempo que transcurre hasta el cierre de ileostomía. La morbilidad en el cierre de ileostomía asciende al 16,66%, con un índice de dehiscencia del 3,3%. El resto de complicaciones fueron infección de herida quirúrgica, íleo prolongado y cuadro de fallo renal agudo en un paciente pluriopatológico que evolucionó a un fallo multiorgánico falleciendo durante el postoperatorio.

Conclusiones: Nuestra revisión muestra un descenso en las fugas sintomáticas así como en el índice de reintervención en los pacientes con ileostomía de protección, pero también refleja una morbilidad asociada a la realización de la ileostomía y al cierre de la misma. Con ello concluimos que la ileostomía de protección no debe ser empleada de rutina sino tan sólo en aquellos pacientes con anastomosis de riesgo.

O-165. APLICABILIDAD DE UN NUEVO PROTOCOLO DE TRATAMIENTO MEDIANTE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

H. Llaquet Bayo, S. Serra, L. Mora, P. Rebasa, J. Serra Aracil, E. Ballesteros, J. Solà, G. Canovas, J.M. Hidalgo, J. Bombardó y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción y objetivos: Evaluar la aplicabilidad, seguridad y eficacia de un protocolo de tratamiento mediante hospitalización domiciliar de la diverticulitis aguda no complicada (DAGNC).

Material y métodos: Los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda de febrero 2010 a febrero 2011 fueron considerados en cinco estadios según la clasificación radiológica de Neff. Se excluyeron los pacientes con comorbilidades, factores de riesgo o algún criterio de SIRS. El tratamiento varió según el estadio, siendo el siguiente: pacientes con estadio 0: primera dosis de amoxicilina-clavulánico 1 g ev. y, si tolerancia a dieta y no criterios de exclusión, hospitalización domiciliar con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg/8 h vo (ciprofloxacino 500 mg/12h y metronidazol 500 mg/8h en alergias), dieta líquida 48 horas y analgesia. Pacientes con estadio Ia: ingreso 48 horas con ceftriaxona 1 g/12h ev y metronidazol 500 mg/8h ev y, posteriormente, hospitalización domiciliar con ertapenem 1 g/24h ev (PICC) y analgesia. Se realizó control de los pacientes de ambos grupos en consultas de cirugía a las 2 semanas. Los pacientes con estadio Ib, II, III, IV o con criterios de exclusión se ingresaron. Se realizó colono-TC o FCS al mes del diagnóstico a todos los pacientes.

Resultados: De los 50 pacientes (33H, 17M) con diverticulitis aguda durante el período estudiado, 38 (76%) tuvieron un estadio 0, 9(18%) estadio I, 2(4%) estadio II y un único paciente (2%) tuvo un estadio III. La edad media fue de 57,34 años. De los pacientes estadios 0 y Ia, 19 (40%) fueron ingresados por criterios de exclusión y 28 (60%) siguieron una hospitalización domiciliar (24 estadio 0 y 4 estadio Ia). De estos, reingresaron 3 pacientes (10,7%) estadio 0 por intolerancia al dolor o recidiva del cuadro. Los 25 pacientes restantes (89,28%), completaron sin complicaciones la hospitalización domiciliar.

Conclusiones: La hospitalización domiciliar en los pacientes con DAGNC sin criterios de exclusión es un tratamiento eficaz y seguro.

PÓSTERS

P-071. MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO SECUENCIAL DEL CÁNCER COLORRECTAL OBSTRUÍDO: STENT Y COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

A. Sanz Larrainzar, L. García Bruña, I. Badiola Bergara, S. Ugarte Sierra, A. Orive Calzada, V. Portugal Porras y J. Ibáñez Aguirre

Hospital Galdakao-Usansolo, Galdakao.

Introducción: Un 20% a 30% de todos los casos de cáncer colorrectal debuta con un cuadro de obstrucción aguda, lo que constituye una emergencia quirúrgica. Actualmente el tratamiento de elección lo constituye la colectomía de urgencia y la anastomosis primaria, asociando o no el lavado introcolónico y la creación de

una ostomía de protección. En los últimos años varios grupos han conseguido con éxito la resolución del cuadro obstructivo agudo mediante la colocación por vía endoscópica de una prótesis intestinal, seguido de la resección del tumor de forma electiva por vía laparoscópica. Esto aporta al paciente numerosos beneficios: permite la realización del estudio de extensión de la neoplasia, mejora el cuadro de desnutrición asociado y se corrige el desequilibrio hidroelectrolítico. Además disminuyen la tasa de ostomías, el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria. Finalmente, la recuperación postoperatoria es más rápida.

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

Material y métodos: Entre el 1.1.2010 y el 31.1.2011 6 pacientes que presentaban una obstrucción maligna del colon izquierdo fueron tratados mediante la colocación de una prótesis intestinal por vía endoscópica y posterior colectomía laparoscópica electiva. De forma retrospectiva se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, riesgo ASA, localización del tumor, tiempo transcurrido hasta la colocación de la endoprótesis, intervalo hasta la intervención quirúrgica, tiempo quirúrgico, necesidad de ostomía, reconversión a cirugía abierta, morbilidad postoperatoria, mortalidad postoperatoria, estudio anatomopatológico, estancia hospitalaria.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 62 años (5 varones, 1 mujer). El riesgo ASA fue de II en 3 pacientes, de III en 2 de ellos y de IV en un enfermo. El tumor estaba localizado en el colon descendente en 3 casos y en el colon sigmoide en el resto. El intervalo hasta la colocación de la endoprótesis fue de 24 horas (mediana), el intervalo hasta la cirugía fue de 12.3 días. No hubo necesidad de reconversión a cirugía abierta ni de ostomías derivativas en ningún caso. Hubo 1 caso de infección de la incisión de asistencia. Ningún paciente falleció.

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

P-072. SUPERVIVENCIA EN PACIENTES ASA I-II OPERADOS POR CÁNCER COLORRECTAL. ANÁLISIS COMPARATIVO POR GRUPOS DE EDAD

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

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Uno de los problemas al analizar la supervivencia tras cirugía curativa por cáncer colo-rectal es la alta prevalencia de comorbilidad en los pacientes ancianos. El objetivo de nuestro estudio es analizar la supervivencia a 5 años en pacientes ASA I-II sometidos a cirugía con intención curativa por cáncer colo-rectal.

Métodos: 799 pacientes operados por cáncer colo-rectal estadios I-III, y clasificados ASA I-II, seleccionados de una cohorte de 1830 pacientes operados entre 1985 y 2006. Los pacientes han sido divididos en cuatro grupos de edad: Grupo 1, 274 casos menores de 65 años; Grupo 2, 268 pacientes entre 65-74 años; Grupo 3, 205 pacientes entre 75-84; y Grupo 4, 52 pacientes ≥ 85 años de edad. Factores analizados: carácter de la cirugía (electiva o no), características del tumor, mortalidad y supervivencia. Las supervivencias han sido estimadas por el método de Kaplan-Meier y las comparaciones hechas por el test de log-rank.

Resultados: No se han hallado diferencias entre grupos de edad en relación a: tamaño tumoral, diferenciación tumoral, invasión venosa, número de ganglios extirpados y número de ganglios invadidos. Las únicas diferencias halladas se refieren a la localización tumoral, con un incremento de tumores de colon derecho en el grupo de mayor edad ($p = 0,0001$) y aumento de la cirugía de urgencia en relación al incremento de la edad ($p = 0,0001$). La mortalidad fue del 0,7% en el Grupo 1, 2,6% en el Grupo 2, 6,3% en el Grupo 3 y 5,8% en el Grupo 4 ($p = 0,003$). La supervivencia relativa a 5 años ha sido del 75% en el Grupo 1, 74% en el Grupo 2, 64% en el Grupo 3, y 57% en el Grupo 4 ($p = 0,05$).

Conclusiones: La cirugía curativa por cáncer colo-rectal en pacientes muy ancianos ASA I-II puede ser realizada con bajas cifras de mortalidad y con buenas cifras de supervivencia a 5 años.

P-073. VALORACIÓN DE LA RESPUESTA A LA NEOADYUVANCIA EN EL CÁNCER DE RECTO: ESTADIFICACIÓN PTNM VERSUS ESCALAS DE REGRESIÓN TUMORAL

A.B. Sánchez Casado, J.A. Alcázar, L.M. González, F. Gutiérrez, A. Marín, A. Rodríguez, E. Fonseca, O. Bengochea, M. Martín y J. García

Complejo Hospitalario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: El tratamiento radioquimioterápico preoperatorio para el cáncer de recto localmente avanzado es utilizado actualmente de forma generalizada mejorando la resecabilidad del tumor y aumentando la supervivencia de estos pacientes al disminuir las recidivas locales. Se analiza la respuesta a la neoadyuvancia en pacientes intervenidos de cáncer de recto valorando la disminución del estadio comparando la T y la N de la pieza operatoria con las establecidas en la estadificación preoperatoria por Eco y RMN y grado de regresión de la escala de Dworak.

Material y métodos: Protocolo diagnóstico terapéutico y análisis histológico de las piezas quirúrgicas según la vía clínica del Cáncer de Recto de nuestro hospital y los criterios del Proyecto Wikingo de la AEC del que la Unidad forma parte.

Resultados y discusión: Se incluyen 65 pacientes en los que se realizó resección R0 en el 86% de los casos y el promedio de ganglios extirpados fue de 12. Valorando la escala de Dworak se logró respuesta completa en el 11% y no hubo repuesta en el 14%. El % de respuesta global valorando la disminución de la T fue del 68% y el de la N del 62%. En la tabla se correlacionan los resultados de la modificación de la T (valoración preoperatoria respecto a la realizada en la pieza de resección) con el grado de repuesta a la neoadyuvancia (escala de Dworak). Solo en el caso de las respuestas más favorables se aprecia correlación significativa entre ambas escalas, aunque menor en la N. Descensos de la T y N asociados se observaron en 29 casos. En el 58% de los casos se produjo disminución del estadio en la pieza de resección respecto al preoperatorio. El análisis de subgrupos (pacientes con R0, con resección mesorectal satisfactorio, etc.) no contribuye a mejorar los resultados.

Conclusiones: Ambas escalas analizadas son complementarias pero no comparables.

Modificación de la T	Respuesta tumoral a la neoadyuvancia	
	Sí (grados I/II)	No (grados III/V)
Si (disminución)	19	25
No (no modificación)	0	21
Sensibilidad del 100%, especificidad del 45%, VP+ del 43% y VP- del 100%.		

P-074. COMPARATIVA EN EL MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN COLÓNICA MALIGNA: ENDOPRÓTESIS METÁLICA AUTOEXPANDIBLE INICIAL VS CIRUGÍA DE EMERGENCIA

S. González-García, L.J. Delgado-Plasencia,
D. Rodríguez-González y A.F. Bravo-Gutiérrez

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: La cirugía de emergencia en la obstrucción colónica aguda acarrea como consecuencia una tasa elevada de morbilidad y mortalidad. El uso de endoprótesis metálicas autoexpandibles (EMA) ha surgido recientemente como una buena alternativa, puesto que permite diferir el tiempo quirúrgico en estos casos. Evaluamos la utilidad de las EMA en el tratamiento de la obstrucción colorrectal secundaria a neoplasia maligna comparado con casos en los cuales el manejo inicial de la oclusión es la cirugía de emergencia (dentro de lo cual existen diferentes alternativas técnicas).

Material y métodos: Entre julio de 1997 y febrero de 2010 han sido tratados en nuestro centro de tercer nivel un total de 167 pacientes con un cuadro de obstrucción aguda colónica secundaria a proceso neoplasia. Han sido intervenidos de urgencia (G1) 90 pacientes frente a 77 pacientes a los que se le insertó EMA e intervino de forma diferida (G2). Recogimos de forma retrospectiva las variables clínicas perioperatorias para su posterior análisis y compararlas en ambos grupos.

Resultados: La tasa media en cuanto al sexo en ambos grupos es del 53,9% de varones y 46,1% de mujeres. En G1 la edad media de presentación fue de 63 ± 20 años y en G2 66 ± 10 años. La obstrucción se localizó en ambos grupos en sigma (53,9%), en colon derecho (13,2%), colon descendente y ángulo esplénico (12%) y en recto (16,8%). En G1 se realizó cirugía abierta en el 100% de los casos mientras que en G2 en el 76,3%. La anastomosis primaria fue posible en el 48,5% de los pacientes intervenidos de urgencia frente a un 51,5% en el grupo de cirugía diferida. La tasa de complicaciones intraoperatorias fue similar en ambos grupos con una estancia media postoperatoria en G1 de 24,2 días [10-38,4] y en G2 de 12,1 días [8,8-15,4], siendo ésta una diferencia estadísticamente significativa $p < 0,0001$. La mortalidad postoperatoria en G1 fue del 8,9% frente al 0% en G2.

Conclusiones: La colocación de EMA en pacientes con obstrucción colónica aguda maligna posibilita el alivio de la sintomatología obstructiva y diferir la cirugía, permitiendo el abordaje laparotómico en un menor número de pacientes, con mayor número de anastomosis primarias, menor mortalidad postoperatoria y una tasa de complicaciones similar.

P-075. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE TUMORES METACRÓNICOS DE COLON

A.I. Pérez Zapata, E. Álvaro, C. Alegre, I. Osorio,
M. Gutiérrez, M. García, J. Perea, M. Lomas y F. de la Cruz

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción y objetivos: El cáncer colorrectal metacrónico (CCRM) se ha asociado con el síndrome de Lynch, y otras formas hereditarias de cáncer colorrectal (CCR). Nuestro objetivo es analizar las características anatómo-clínicas y familiares del CCRM.

Material y métodos: Se identifican los pacientes diagnosticados de CCR durante un periodo de tres años y seguimiento mínimo de cinco años. Seleccionamos aquellos que presentan dos o más tumores de colon, con un intervalo mínimo entre el primer tumor y el segundo de seis meses, descartando la poliposis adenomatosa familiar, atenuada, o asociada a MYH. Se

analizan variables anatómo-clínicas y antecedentes familiares oncológicos.

Resultados: 50 pacientes presentaron CCRM. El 64% fueron hombres, con una edad media al diagnóstico del primer CCR de 68,8 años. La mayoría se desarrollaron en colon izquierdo. Trece (26%) presentaban un CCR sincrónico al primer tumor, mientras que un 12% presentaban CCR sincrónico al segundo tumor. El intervalo entre el diagnóstico del primer y segundo CCR fue de 34,82 meses. Cinco pacientes presentaron un tercero. Y el 64% de los pacientes desarrollaron el segundo tumor en un segmento distinto al primero. Existe una proporción de CCR productores de moco de hasta un 8%, siendo la estadificación más frecuente el carcinoma in situ (34%) seguido de cerca por estadio B (32%). En la evolución, sólo un caso no presentó pólipos asociados. La media de pólipos fue de 9,44 (1-33). El 56% presentó sólo adenomas, y el resto pólipos mixtos (adenomatosos e hiperplásicos). La mortalidad a los cinco años fue del 17%. En relación a los antecedentes familiares, ningún paciente cumplió criterios de Ámsterdam para el síndrome de Lynch, y sólo un 18% presentó agregación familiar para CCR.

Conclusiones: El CCRM presenta características diferentes a las que se supone para formas hereditarias del CCR. En nuestra serie la edad al diagnóstico es elevada, con una mayoría de casos esporádicos. Sin embargo, el propio concepto de CCRM y su asociación al desarrollo de múltiples pólipos insinúan una susceptibilidad mayor que el esporádico en estos individuos.

P-076. COMPONENTE FAMILIAR EN CÁNCER COLORRECTAL

I. Osorio Silla, J. Perea, A.I. Pérez Zapata,
M. Gutiérrez Samaniego, E. Álvaro, G. Supelano, J. Trapero,
C. Morales, M. Lomas y F. de la Cruz Vigo

Hospital Universitario 12 de octubre, Madrid.

Introducción: Dentro de las neoplasias malignas más comunes, el cáncer colorrectal (CCR), presenta un importante porcentaje de casos familiares. El 30% de los CCR tienen un componente familiar (formas hereditarias o con agregación familiar). Aproximadamente el 5% de los casos se hallan asociados a alteraciones genéticas a nivel germinal y su expresión clínica se encuentra bien caracterizada (hereditarios); como es el caso del síndrome de Lynch y de la poliposis adenomatosa familiar (FAD). El porcentaje de casos restante, no son del todo conocidos desde el punto de vista genético, y por ello se denominan CCR familiar, al presentar agregación para este tipo de tumores, pero sin identificar un claro modelo de herencia. El objetivo de este estudio es determinar el porcentaje de casos de CCR hereditario, con agregación familiar y esporádicos en una serie de 260 pacientes consecutivos no seleccionados.

Material y métodos: Estudios retrospectivo de 260 pacientes consecutivos diagnosticados de CCR en el año 2006. Se recogen datos clínicos, anatomopatológicos y antecedentes personales y familiares de todos los pacientes. Se clasifican en Síndrome de Lynch si cumplen criterios de Ámsterdam tipo II, agregación si presentan antecedentes familiares de neoplasias relacionadas con síndrome de Lynch (colorrectal, endometrio, intestino delgado, ovario, úter, pelvis renal, cerebro, tracto hepatobiliar, tumores sebáceos de piel) u otros cánceres, esporádicos y Poliposis adenomatosa familiar (FAD) si el estudio genético del gen APC es positivo.

Resultados: 31 paciente (12%) cumplen criterios de Ámsterdam tipo II. El 37% de los pacientes presentan agregación. De estos, el 81% presentaron agregación con neoplasias relacionadas con el síndrome Lynch y el 41% con otro tipo de neoplasias (ca. pulmón, laringe, etc.). El 46% de los pacientes con agregación Lynch

solo presentaron agregación con cáncer colorrectal. El 48% no presentaron antecedentes personales oncológicos, por lo que se clasificaron como casos esporádicos. Ocho pacientes, mostraron antecedentes personales de FAD, que se confirmó con el estudio genético del gen APC.

Conclusiones: Dentro del CCR con componente familiar, existe un porcentaje de casos con agregación y cuya base genética aún no es bien conocida. Para identificar a los individuos en riesgo y llevar a cabo una adecuada prevención es esencial, el conocimiento de las bases moleculares de los CCR hereditarios. Además de los síndromes ya identificados, hay que tener en cuenta que existen otras situaciones en las que, aun sin ser conocidas, el riesgo de desarrollar CCR es mayor y por tanto habrá que poner en marcha las mismas estrategias de seguimiento.

P-077. VALORACIÓN DE DETERMINADOS PARÁMETROS ANATOMOCLÍNICOS PREOPERATORIOS EN LA PREDICCIÓN DE LA RESPUESTA A LA NEOADYUVANCIA

A.B. Sánchez Casado, L.M. González Fernández, J.A. Alcázar Montero, F. Gutiérrez Conde, A. Marín, A. Rodríguez, E. Fonseca, O. Blanco, G. Santos y J. García García

Complejo Hospitalario de Salamanca, Salamanca.

Introducción: Actualmente, el tratamiento con radio-quimioterapia preoperatoria en el cáncer de recto localmente avanzado es ampliamente utilizado al mejorar la resecabilidad del tumor y aumentar la supervivencia de estos pacientes (al disminuir las recidivas locales). Sin embargo, este tratamiento no está exento de efectos adversos y existen pacientes que no tienen respuesta a dicha terapia. Por lo tanto, sería interesante intentar predecir qué pacientes van a responder a la neoadyuvancia. El objetivo de este estudio es analizar factores anatomoclínicos que puedan influir en la respuesta al tratamiento neoadyuvante

Material y métodos: Se analizan retrospectivamente diversos factores anatomoclínicos y la respuesta a la neoadyuvancia en un grupo de 65 pacientes intervenidos de cáncer de recto, valorando la disminución del estadio comparando la T y la N de la pieza operatoria con las establecidas en la estadificación preoperatoria por Eco y RMN y grado de regresión de la escala de Dworak.

Resultados: Se incluyen 65 pacientes en los que se realizó resección R0 en el 86% de los casos. El promedio de ganglios extirpados fue de 12. Valorando la escala de Dworak se logró respuesta completa en el 11% y no hubo repuesta en el 14%. El% de respuesta global valorando la disminución de la T fue del 68% y el de la N del 62%. Se analizaron distintos factores anatomoclínicos (CEA preoperatorio, la distancia tumoral al margen anal, tipo y número de cuadrantes afectos, tamaño tumoral, estadio preoperatorio...) y se relacionaron con el grado de respuesta a la neoadyuvancia. Se determinaron los valores preoperatorios de CEA en 62 pacientes. La relación entre valores de CEA preoperatorio y respuesta a la neoadyuvancia se muestra en la tabla. Los pacientes que presentaron valores normales de CEA en el preoperatorio tuvieron peor respuesta a la neoadyuvancia (el 78% de los pacientes que no respondieron a la neoadyuvancia tenían el CEA dentro de valores normales frente al 50% de los que tuvieron respuesta completa) aunque estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas. El análisis mediante correlación simple y regresión logística de otros factores tales como la distancia del tumor a margen anal, tipo y número de cuadrantes afectos, tamaño tumoral, estadio preoperatorio, etc. junto a los valores del CEA no tienen significación sobre la respuesta del tumor a la neoadyuvancia.

Respuesta a la neoadyuvancia	CEA preoperatorio	
	Normal (< 5)	Patológico (> 5)
Completa	3 (50%)	3 (50%)
Parcial	27 (57%)	20 (43%)
No respuesta	7 (78%)	2 (22%)

Conclusiones: En nuestra serie los parámetros anatomoclínicos analizados no nos permiten predecir la respuesta del tumor a la neoadyuvancia

P-078. CITORREDUCCIÓN COMPLETA Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA MODULADA CON HIPERTERMIA (CC + HIPEC) EN PACIENTES DE ALTO RIESGO DE DESARROLLAR UNA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN COLORRECTAL ("CARCINOPROFILAXIS FRENTE A SECOND-LOOK")

A. Morales González¹, J. Torres Melero¹, S. Rufián Peña², C. Muñoz Casares², G. Verdejo Lucas¹, J. Motos¹, A. Arjona², A. Moreno¹ y E. Yagüe Martín¹

¹Hospital Torrecárdenas, Almería; ²Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Las opciones de tratamiento de los pacientes con carcinomatosis peritoneal (CP) o también llamada enfermedad maligna peritoneal (EMP), independientemente de su origen, son extremadamente limitadas. La quimioterapia sistémica, generalmente con intención paliativa, se asocia a unas supervivencias medias de 24-30 meses. Hoy por hoy, en un grupo seleccionado de pacientes, existe un abordaje quirúrgico potencialmente curativo, la citorreducción completa y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (CRS+HIPEC). Creemos sumamente importante, adelantarnos a esta implantación, es decir, identificar "pacientes que potencialmente desarrollarán CP" y así, tratarlos en fases iniciales de afectación peritoneal.

Objetivos: El objetivo de esta comunicación es presentar aquellos otros pacientes considerados "de alto riesgo de implantación" que han sido tratados mediante técnicas de CRS+HIPEC en nuestra Unidad-Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal.

Material y métodos: Desde enero 2005 hasta abril 2011 hemos tratado 148 pacientes mediante CRS+HIPEC. Desde hace dos años, hacemos especial hincapié en la "carcinoprofilaxis", es decir, identificar una población de pacientes de "riesgo de implantación" (basándonos en la bibliografía existente) y, junto al Servicio de Oncología Médica correspondiente, planear una reintervención (a modo de second-look) en aquellos pacientes con las siguientes características: asintomáticos, exploración sin hallazgos, marcadores tumorales normales y pruebas de imagen (TAC toracoabdomino-pélvico y PET-TAC: negativos).

Resultados: Nuestra serie consta de 5 pacientes que fueron intervenidos previamente por carcinoma colorrectal y considerados de "alto riesgo de implantación" (pT4-pT3b, obstruidos, perforados, con implantación mínima inicial, entre otros). 4 hombres/1 mujer. 3 (60%) fueron intervenidos de forma electiva y 2 de urgencias. Todos fueron tratados con quimioterapia adyuvante. Posteriormente, fueron reintervenidos en nuestra Unidad, a los 9-12 meses siguientes. 4 (80%) presentaban implantación peritoneal: 4 con PCI menor de 10; y en 1 caso, el abdomen no mostraba afectación macroscópica. Todos los pacientes fueron sometidos a CRS+HIPEC y en el caso de la mujer, se añadió una ooforectomía bilateral (posmenopáusica). Hasta su última revisión (6 meses-22 meses) ningún paciente tiene ningún dato que implique sospecha de afectación peritoneal (carcinomatosis).

Conclusiones: Consideramos que en un grupo seleccionado de pacientes, la carcinomatosis peritoneal es “potencialmente curativa” mediante tratamiento quirúrgico radical (CRS+HIPEC) junto a QT sistémica. Dos factores pronóstico muy importantes son: el grado de implantación (PCI) y el conseguir una citorreducción completa. Por tanto, creemos que es crucial identificar una “población de pacientes con alto riesgo de implantación” que podrían beneficiarse, en fases precoces, de este tratamiento quirúrgico. Establecemos un posible algoritmo diagnóstico-terapéutico en estos casos.

P-079. POLIMORFISMO DEL ENZIMA MTHFR C677T Y HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN EL CÁNCER COLORRECTAL

L. Delgado Plasencia¹, V. Medina Arana¹, J. Pérez Palma¹, H. Álvarez-Argüelles Cabrera¹, E. Salido Ruiz¹, A. Fernández Peralta² y J.J. González Aguilera²

¹Hospital Universitario de Canarias, La Laguna; ²Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es a nivel mundial, el tumor maligno de mayor incidencia con una tasa ajustada por edad anual de 19.11 por 100.000 en los hombres y de 14.44 por 100.000 en mujeres. Uno de los factores pronósticos más importantes de esta patología lo establecen los hallazgos anatomopatológicos. En el estudio actual, llevamos a cabo el estudio de los rasgos anatomopatológicos que pueden ser influenciados por el polimorfismo del enzima MTHFR C677T.

Material y métodos: Llevamos a cabo un estudio de 50 casos de CCR esporádico, llevando a cabo la genotipificación para el polimorfismo del enzima MTHFR C677T, su inestabilidad de microsatélite, así como el estudio anatomopatológico de las biopsias. Las muestras tumorales fueron obtenidas de los bloques de parafina, almacenados en el servicio de anatomía patológica de nuestro centro.

Resultados: En relación a la distribución de los polimorfismos y los diferentes estadios de Dukes que presentaban los tumores, no se observaron diferencias significativas en la misma, distribuyéndose de igual manera en los diferentes estadios de Dukes. Según la localización del tumor en relación al polimorfismo del enzima MTHFR, se pudo observar que el genotipo CC se localiza fundamentalmente en el colon izquierdo, mientras que las variantes se distribuyen de modo igual entre localización derecha e izquierda del tumor ($p = 0,02$). Realizado el análisis de inestabilidad de microsatélites según la localización del tumor, se observó que los tumores CCR con genotipo CC fueron tumores MSS, mientras que los tumores CCR con la variante son inestabilidad microsatélite baja (MSI-L) y inestabilidad microsatélite alta (MSI-H), de modo significativo ($p = 0,05$). Según el nivel de diferenciación tumoral con el polimorfismo de MTHFR, no se observó asociación entre ambas variables ($p = 0,28$).

Conclusiones: La ausencia de diferencia en los estadios de Dukes según el polimorfismo, puede deberse a que el polimorfismo C677T ejerce un factor protector en el desarrollo de los tumores, sin embargo, una vez se produce su aparición no van a existir diferencias en cuanto a la agresividad del tumor. El genotipo MTHFR 677T se ha asociado con el CCR MSI positivo, y esta podría ser una explicación a la diferente localización hallada en este trabajo. En nuestro estudio, se constató que los tumores CCR con genotipo CC fueron tumores MSS, mientras que los tumores CCR con la variante polimórfica son MSI-L y MSI-H. Comparado a los tumores con estabilidad de microsatélites (MSS), aquellos que exhiben MSI tienen una mayor predisposición a localizarse en la parte más proximal del colon, siendo asociado

a alteraciones en la sensibilidad a la quimiosensibilidad, y conllevando un pronóstico más favorable. A parte de las características clínicas del cáncer colorrectal, todos estos rasgos deben ser tenidos en cuenta en tumores colorrectales intervenidos quirúrgicamente para establecer unos criterios pronósticos más fiables, y poder indicar un tratamiento quimio-radioterápico más individualizado.

P-080. LINFOMA INTESTINAL COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO. MANIFESTACIÓN INICIAL DEL VIH

P. Peláez Torres, R. Ortega García, V. García Gutiérrez, M.A. Martínez González, I. Alemán Ulloa, M. Ortiz Aguilar, T. Butrón Vila, E. Rubio González, J.A. Pascual Montero, M. Hidalgo Pascual y M. Lomas Espadas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Los linfomas gastrointestinales primarios son una entidad rara que supone el 1-4% del total de tumores del tubo digestivo. Su presentación en el tracto gastrointestinal es la forma más frecuente de los linfomas no Hodgkin (LNH) extranales (5-20%) siendo su localización más habitual el estómago (50-60%) seguido del intestino delgado (20-30%) y colon-recto (10-20%). Entre los factores de riesgo están descritos: infección por *Helicobacter pylori*, VIH, enfermedad celíaca, VEB, C. *jejuni* (enfermedad inmunoproliferativa de intestino delgado-EIPID), enfermedades inflamatorias y autoinmunes e inmunosupresión. En pacientes VIH+ hasta un 10% de los tumores malignos corresponden a linfomas.

Material y métodos: Presentamos a una paciente de 23 años sin otros antecedentes que acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución, vómitos y ausencia de deposición en las últimas 48 horas; además presenta aborto diferido descubierto durante dicha visita a urgencias. En la exploración física refiere dolor abdominal en hemiabdomen inferior y signos de irritación peritoneal. Estudio analítico: leucocitosis de 15.000 con desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda. TAC abdominal: obstrucción de intestino delgado en asa cerrada compatible con hernia interna o vólvulo.

Resultados: Se practica laparotomía media observando una perforación contenida de intestino delgado a 80 cm de la válvula ileocecal sin identificar vólvulo, adherencias ni divertículo de Meckel, que se acompaña de numerosas adenopatías mesentéricas de pequeño tamaño. Resección de intestino delgado y anastomosis manual latero-lateral. El resultado anatomopatológico describe la existencia de un linfoma difuso de célula grande de estirpe B que infiltra la muscular propia. El perfil inmunohistoquímico es: CD20 positivo, CD79α positivo, CD10 positivo débil, Bcl-6 negativo, CD38 negativo, MUM1 negativo e índice proliferativo MIB-1 del 80%. La paciente es enviada al servicio de Hematología realizando estudio de extensión (TAC craneal, cervical, PET/TAC y extensión de médula ósea sin alteraciones reseñables) y estudio microbiológico en el que se confirma VIH+, motivo por el que se inicia tratamiento con antirretrovirales e inmunquimioterapia (R-CHOP).

Conclusiones: El tratamiento multidisciplinar a base de cirugía, quimioterapia, radioterapia e inmunquimioterapia es considerado de elección para el manejo de estos pacientes. En los casos de afectación localizada se debe garantizar la laparotomía y exéresis de la pieza para su correcto diagnóstico y tratamiento. La radioterapia queda relegada a localizaciones particulares como son la afectación duodenal y el recto. La inmunquimioterapia con rituximab y CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) en el linfoma B difuso de células grandes

ha demostrado un beneficio en la supervivencia global, la supervivencia libre de enfermedad y la progresión libre de enfermedad. El empleo del rituximab (anticuerpo monoclonal contra el antígeno CD20) ha demostrado una excelente eficacia como tratamiento de primera línea, en recidivas o en resistencias sin añadir toxicidad frente a la quimioterapia estándar. Los pacientes VIH presentan con frecuencia dolor abdominal; entre sus causas destacan los efectos inducidos por medicación (pancreatitis) e infecciones secundarias, sin olvidar que los linfomas pueden ser responsables de cuadros obstructivos como el que se presenta en el caso.

P-081. HEMORRAGIA INTRATUMORAL COMO FORMA DE DEBUT DE CARCINOSARCOMA MÜLLERIANO DEPENDIENTE DEL MESENTERIO YEYUNAL

M. Juvany Gómez, C. Zapata Salamé, X. Guirao Garriga, M. Casal Rossell, S. Amador Gil, M. Amillo Zaragüeta, A. Ciscar Bellés, A. Serrano Vida, J. Esquiús Soriguera y J.M. Badia Pérez

Hospital General de Granollers, Granollers.

Introducción: El carcinosarcoma mülleriano es un tumor infrecuente que contiene doble componente (epitelial y mesenquimal). Su origen suele ser gonadal, dependiendo de restos embrionarios del conducto de Müller (conducto genital femenino, que da origen a las trompas de Falopio y la cavidad uterina), pero en la literatura se describen casos extragonadales, dependientes del llamado sistema mülleriano secundario (correspondiente al peritoneo pélvico, que puede ser origen de lesiones metaplásicas o neoplásicas similares a las del tracto genital femenino).

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 61 años que consulta por dolor y distensión abdominal de 3 días de evolución. A la exploración física presenta una masa centroabdominal palpable y dolorosa. Analíticamente, destaca 17.200 leucocitos/ μ L, PCR 238 mg/L y Hb 12,1 g/dL. La TC abdominal demuestra una tumoración de aspecto necrótico y sobreinfectado de 24 cm de diámetro máximo de la raíz del mesenterio yeyunal compatible con tumor maligno del estroma gastrointestinal sin carcinomatosis. Ingresa con antibióticoterapia y 48 horas después, presenta franca distensión con descenso de la Hb hasta 9,2 mg/dL, se indica intervención urgente. Se realiza exéresis de gran tumoración carnosa con focos de necrosis y hemorragia (2.000 mL intratumoral) sin hemoperitoneo, resección de 30 cm de yeyuno distal y toma de biopsias peritoneales y citologías del líquido ascítico, siendo ambas positivas. La paciente presenta un postoperatorio satisfactorio y está siendo tratada por oncólogos especializados.

Resultados: En la literatura hay descritos 30 casos de carcinosarcomas müllerianos de origen extragonadales y 2 casos del mesenterio intestinal. Es una tumoración invasiva con mal pronóstico, en mujeres posmenopáusicas. Son factores de riesgo la obesidad, la nuliparidad y la toma de estrógenos y de tamoxife-

no. Anatomopatológicamente, es un tumor positivo a vimentina y keratina (por el doble componente).

Conclusiones: El carcinosarcoma mülleriano extragonadales es infrecuente, invasivo localmente y requiere un manejo interdisciplinario con cirugía, quimioterapia y radioterapia.

P-082. ¿ES ÚTIL EL HIERRO INTRAVENOSO EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR CARCINOMA COLORRECTAL PARA DISMINUIR LAS TRANSFUSIONES?

V. Soria Aledo, J.C. Titos Arcos, E. Pellicer Franco, A. Carrillo Alcaraz, M. Mengual Ballester y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: El objetivo principal de nuestro trabajo es determinar si la administración de hierro III sacarosa intravenoso en el postoperatorio de cirugía de pacientes con cáncer de colon es suficiente para disminuir el número de transfusiones. Como objetivo secundario la cuantificación de la disminución en el nivel de Hb y hto entre el primer día postoperatorio y el alta, en el subgrupo de pacientes con caída en los niveles hemáticos.

Material y métodos: Durante tres años han sido intervenidos 342 pacientes de forma programada. Se trata de un estudio retrospectivo observacional tipo caso-control apareados, formándose 2 grupos con (grupo 1) y sin hierro postoperatorio (grupo 2), siendo apareados por edad, género, tipo de intervención, estadía del tumor y abordaje quirúrgico. De esta forma se han incluido 104 pacientes apareados en dos grupos de 52 pacientes.

Resultados: El número de transfusiones en el grupo 1 fue de $3 \pm 1,6$, mientras que en el grupo 2 fue de $3,3 \pm 3$ ($p = 0,682$). El número (%) de pacientes que precisaron transfusión fue de 15 (28,8%) en el grupo 1 y de 16 (30,8%) en el grupo 2 ($p: 0,830$). Ninguno de los pacientes apareados recibió transfusión durante el periodo preoperatorio ni intraoperatorio. Los pacientes del grupo 1 recibieron una dosis media de hierro III sacarosa intravenoso de 592 ± 445 mg. No se detectaron efectos adversos relevantes derivados de la administración del hierro en los pacientes que lo recibieron y a ningún paciente le fue suspendida la administración por este motivo. Ninguno de los pacientes recibió otro tipo de suplementación como la eritropoyetina. El descenso en el nivel de hemoglobina y hematocrito fue inferior en los pacientes a los que se les administró hierro intravenoso en comparación con los pacientes que no lo recibieron, sin obtenerse diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,609$; $p = 0,749$, respectivamente).

Conclusiones: La administración intravenosa de hierro no parece reducir los requerimientos transfusionales en el postoperatorio de pacientes con anemia sometidos a cirugía colorrectal. Creemos que serían necesarios más estudios para poder demostrar de forma más tajante la utilidad del hierro intravenoso en la disminución de transfusiones sanguíneas en estos pacientes.

Variable	Grupo 1 (n = 52)	Grupo 2 (n = 52)	p
Hemoglobina previa a cirugía (g/dL)	12,3 $\pm$ 1,6	12,8 $\pm$ 1,9	0,133
Hemoglobina al alta (g/dL)	10 $\pm$ 1,1	10,6 $\pm$ 1,2	0,012
Nº transfusiones en postoperatorio	3 $\pm$ 1,6	3,3 $\pm$ 3	0,682
Nº pacientes transfundidos	15(28,8%)	16 (30,8%)	0,83
Niveles de hemoglobina	0,41		
Aumento	2 (3,8%)	4 (7,7%)	
Disminución	50 (96,2%)	47 (90,4%)	
Igual	0	1 (1,9%)	

P-083. REPARACIÓN DE PERFORACIÓN RECTAL TRAUMÁTICA MEDIANTE MICROCIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL (TEM/TEO)

R. Guerrero López, C.J. Gómez Díaz, X. Serra Aracil, J.M. Hidalgo Rosas, I. Ayguavives Garnica y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción y objetivos: Los traumatismos rectales tienen una baja incidencia, pero pueden tener graves complicaciones. Su tratamiento depende de su localización anatómica, tiempo de evolución y severidad (Rectal Injury Scale – RIS). Teniendo en cuenta estas características, las opciones quirúrgicas varían entre la sutura primaria, limitada por la altura de la lesión rectal, hasta la laparotomía con colostomía de derivación, en la mayoría de los casos. A través de un caso clínico, presentamos la utilización de la microcirugía endoscópica transanal (TEM/TEO) para el tratamiento de casos seleccionados de traumatismos rectales penetrantes.

Caso clínico: Hombre de 32 años que acudió a urgencias por proctalgia intensa tras empalamiento con barra de metal (15 cm de longitud) secundario a caída accidental. A su llegada, el paciente permanecía hemodinámicamente estable, normotérmico y con Glasgow 15. La exploración abdominal era anodina; y a nivel perianal se objetivó rectorragia y una herida incisa a 3 cm de margen anal lateral derecho. No se apreció ninguna alteración en la radiología de tórax y abdomen. Se solicitó TC abdomino-pélvico, que informaba de traumatismo penetrante a nivel de la fosa isquiorectal derecha con burbujas adyacentes a grasa mesorrectal e imagen de sangrado intraluminal; con una mínima banda de líquido a nivel de la reflexión peritoneal y ausencia de signos de pneumoperitoneo. Ante estos hallazgos y el corto tiempo de evolución del traumatismo (< 12h) se decidió exploración quirúrgica vía TEM/TEO. Durante la cirugía se evidenciaron dos heridas penetrantes en recto: una a 4 cm del margen anal posterolateral derecho y otra a 9 cm del margen anal anterolateral derecho, ambas de aproximadamente 1 cm de longitud (RIS = II). Se realizó sutura simple de todo el espesor de la pared rectal a nivel de las lesiones y desbridamiento de la herida perineal sin incidencias. Evolución postoperatoria favorable, con TC de control a los 5 días sin hallazgos significativos.

Discusión: El TEM/TEO constituye una opción terapéutica, no descrita previamente en la literatura y alternativa a la cirugía convencional, en casos seleccionados de traumatismos rectales (RIS < II; corto tiempo de evolución); que conlleva para el paciente una mínima agresión quirúrgica y menor morbilidad en comparación con otros procedimientos.

P-084. ESTUDIO SOBRE EL USO DE LA PROCALCITONINA COMO MARCADOR DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS DURANTE EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA COLORRECTAL

D. Álvarez Martínez, F.J. Blanco, M.E. Gómez, J. Alonso, M.J. Fas, C. Redondo, M.J. Enguix, J.V. García, D. Iborra y B. Ballester Sapiña

Hospital de la Ribera de Alzira, Alzira.

Introducción: La procalcitonina es un péptido de 116 aminoácidos sintetizado a partir del gen CALC-I situado en el cromosoma 11. En los últimos años ha despertado un gran interés por su papel como mediador secundario en el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), especialmente por su utilidad para el diagnóstico de sepsis. Se han realizado numerosos estu-

dios en los que la procalcitonina se ha mostrado como un promotor marcador de infección. Ayuda a distinguir la sepsis de otras causas de SRIS, detectar infección bacteriana invasiva en los niños con fiebre sin foco, diferenciar entre infección y rechazo agudo en pacientes trasplantados, diagnosticar precozmente sepsis en recién nacidos, valorar la presencia de infección en pacientes intervenidos con cirugía mayor.

Objetivos: Presentar la evolución durante el postoperatorio inicial de los valores de procalcitonina en 100 pacientes intervenidos por cáncer de colon. Valorar la utilidad de dicho marcador como predictor de complicaciones infecciosas posteriores.

Material y métodos: Estudio observacional de una serie de 100 casos intervenidos por neoplasia colorrectal con anastomosis intestinal en el Hospital La Ribera de Alzira durante el año 2010. Se registraron los valores de procalcitonina basal, postoperatoria y la de los 3 primeros días y se compararon con los de PCR. Se registró otras variables relacionadas con el procedimiento y el postoperatorio.

Resultados: El porcentaje de dehiscencias de sutura fue de 4,1% siendo el valor de procalcitonina elevado en el 33,5% estos casos. No existe relación estadísticamente significativa entre dehiscencia y elevación de procalcitonina durante el postoperatorio en nuestra serie. Tampoco se apreciaron diferencias significativas en el grupo de complicaciones infecciosas, si bien este grupo presentó una media de procalcitonina y de PCR más elevada que el grupo no complicado.

Conclusiones: La medición de la procalcitonina junto con la PCR puede ser de ayuda en el diagnóstico precoz de dehiscencia de sutura si bien en nuestro estudio no ha alcanzado significación estadística.

P-085. REVISIÓN DEL MANEJO DE LOS QUISTES MESENTÉRICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Corral Moreno, J. Paramo, N. Apentchenko, R. Latorre, A. Rey, J. Die, M. Devesa y E. Lobo

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Desde 1507 existen menos de 1.000 casos de quistes mesentéricos documentados en el mundo. La baja frecuencia de esta patología la convierte en un gran desconocido y tanto por su repercusión en la calidad de vida de nuestros pacientes como por su potencial malignización requieren un intento por unificar criterios de manejo de los mismos.

Material y métodos: Desde febrero de 1981 hasta enero de 2011 se han presentado 10 casos de quistes mesentéricos, realizándose siempre un manejo quirúrgico de los mismos. En 9 de ellos (90%) se realizó una quistectomía radical mediante cirugía abierta y en 1 (10%) se optó por un drenaje quirúrgico. Apoyándonos en estos casos hemos realizado una revisión sistemática de la literatura en un intento por sentar las bases del correcto manejo de los mismos.

Resultados y conclusiones: Los quistes mesentéricos constituyen una patología poco frecuente (1/250.000 habitantes) pero en la que hay que pensar ante un paciente con dolor abdominal inespecífico, síntomas compresivos intrabdominales o en un paciente con abdomen agudo. Hasta un 3% de los mismos malignizan por lo que es importante un correcto diagnóstico basándonos en las pruebas de imagen, de las cuales la RM es el gold standard. El manejo siempre ha de ser quirúrgico, pudiendo optar por la marsupialización de los mismos (mayor riesgo de recidivas y malignización) o la extirpación ya sea vía abierta, con menor riesgo de diseminación, mayor experiencia y menor riesgo de ruptura, o laparoscópica que presenta menor dolor y estancia postquirúrgica con un riesgo de diseminación mayor.

P-086. MICROCIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. EXPERIENCIA INICIAL

A. Palomo Luquero, E. Alonso Alonso, I. López Botín, A. Eldabe Mikhail, S.A. Novotny Canals, J.A. Ortega Seda y J.L. Seco Gil

Hospital General Yagüe, Burgos.

Objetivos: Evaluar la serie de pacientes intervenidos mediante microcirugía endoscópica transanal (TEM) como nuestra experiencia inicial tras 15 meses.

Material y métodos: Período de estudio desde diciembre de 2009 a febrero de 2011, extrayendo datos demográficos, características tumorales, diagnóstico anatomopatológico y estadificación postoperatoria, evolución y complicaciones postoperatorias. Utilizamos el material de Storz para TEO 2D-HD. El estudio preoperatorio incluye analítica completa con marcadores tumorales, colonoscopia, RMN pélvica, rectoscopia rígida, ecografía endorrectal y TAC tóraco-abdomino-pélvico. Previa a la cirugía se realiza preparación mecánica del colon y profilaxis antibiótica y antitrombótica.

Resultados: En 15 meses se han intervenido 20 pacientes (14 hombres, 6 mujeres), con edades comprendidas entre los 44 y los 89 años (media 74,3 años). De los 20 casos, 15 correspondían con patología maligna y 5 con tumores benignos. La clasificación ASA de los pacientes fue 5 ASA I, 9 ASA II, 5 ASA III, 2 ASA III-IV. La distancia media del tumor a los márgenes anales fue 6,9 cm (rango 1-13 cm), y el tamaño medio de la tumoración 3,29 cm (rango 1,5-5,7 cm). La posición en quirófano de los pacientes fue 2 en decúbito prono, 9 en decúbito supino, 6 en decúbito lateral izquierdo, 2 en decúbito lateral derecho y 1 paciente en decúbito supino-prono (lesión circunferencial). En todos los casos la resección ha sido R0. Los resultados anatomopatológicos fueron 5 displasias epiteliales, 9 pTis, 3 pT1, 2 pT2 y 1 pT3. Estancia postoperatoria media 3,05 días (rango 2-6 días). Complicaciones postoperatorias: 1 fístula recto-vesical, 2 sangrados autolimitados, 4 pacientes con fiebre (autolimitada), 1 retención urinaria y 1 exitus (5%). No ha habido dehiscencias de la sutura.

Conclusiones: En esta fase inicial observamos una morbilidad similar a la descrita en la literatura, con buenos resultados patológicos, lo que nos anima a avanzar en esta técnica mínimamente invasiva y oncológicamente segura.

P-087. PNEUMATOSIS INTESTINAL: ¿HAY QUE OPERAR O DIAGNOSTICAR?

E. Olivo Valverde, A. Moreno Posadas, A. Ramos Bonilla, S. Sánchez-Molero Pérez, J. Martín Ramiro, N. Herrera Merino y C. Oliva Díaz

Hospital Severo Ochoa, Leganés.

Objetivos: Resaltar la importancia de intentar lograr un diagnóstico ante la presencia de pneumatosis intestinal de cara a instaurar el tratamiento apropiado, ya que la cirugía puede ser innecesaria y en algunos casos perjudicial.

Métodos: Revisión bibliográfica a propósito de 5 casos clínicos. Se entiende por pneumatosis intestinal (PI), la presencia de gas en la pared del tubo digestivo. Suele ser un hallazgo radiológico común a diversas condiciones tanto benignas como potencialmente peligrosas y por tanto no se trata de una entidad definida sino de la manifestación de un proceso subyacente que no necesariamente requiere cirugía. Su importancia radica en la relación con la necrosis de la pared intestinal y sus complicaciones, secundarias a la isquemia de cualquier etiología. La PI y el gas venoso portal (GVP) representan distintas etapas del mismo

proceso que pueden coexistir o presentarse de forma independiente. Tradicionalmente su presencia representa un signo ominoso asociado a mal pronóstico y una elevada mortalidad en relación a la necrosis isquémica intestinal, y por tanto a la necesidad de resolución quirúrgica urgente. Sin embargo, el uso de la tomografía computarizada (TC) ha puesto en evidencia su relación con numerosos procesos benignos, en los que la cirugía no es necesaria. De hecho, la PI puede estar presente en casi cualquier proceso intestinal ya sea inflamatorio, isquémico, tumoral o traumático, siendo la isquémica la causa más frecuente y de peor pronóstico, con una mortalidad de aproximadamente el 75%. La PI/GVP son signos radiológicos. Dentro de las distintas modalidades, la TC es la más utilizada y sensible, permitiendo además el diagnóstico de la enfermedad asociada e identificando la presencia de otros signos que pudieran ayudar a identificar la gravedad del proceso. Las manifestaciones clínicas, el pronóstico y el tratamiento, son los de la condición subyacente, cuando está presente, y comprenden una amplia variedad desde un hallazgo incidental en pacientes asintomáticos hasta el fallo multiorgánico de la sepsis presente en las formas fulminantes. Cuando está presente en procesos isquémicos, obstructivos o sépticos, representa un dato adicional de mal pronóstico, en los que la cirugía, cuando la comorbilidad del paciente y la extensión del proceso lo permiten, es mandatoria. De manera que nos parece razonable utilizar el algoritmo propuesto por Wayne y colaboradores (sensibilidad: 89%, especificidad: 100% y valor predictivo positivo: 100%), en el que se valora la probabilidad de isquemia en pacientes con PI/GVP, una vez descartada la sepsis y la obstrucción mecánica, de cara a establecer la indicación quirúrgica y así evitar una cirugía innecesaria y potencialmente perjudicial. Presentamos 5 casos clínicos en los que la presencia de PI y/o GVP estuvo relacionada a: quimioterapia, diverticulitis aguda, enteritis e isquemia.

Conclusiones: El hallazgo de PI/GVP en sí mismo no es indicación quirúrgica. Su significado y el pronóstico están determinados por la situación clínica del paciente y la causa subyacente y no por su presencia. Su presencia nos debe alertar ante la posibilidad de isquemia subclínica en la que el diagnóstico y la cirugía precoz son determinantes.

P-088. DRENAJE DE UN ABSCESO PELVIRRECTAL MEDIANTE TEO

H. Llaquet Bayo, L. Mora, C. Corredera, R. Guerrero, J. Serra Aracil, M. Alcántara, J. Bombardó, I. Ayguavives y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: Los abscesos perirectales localizados en el espacio extraesfinteriano, entre el plano del elevador del ano y la reflexión peritoneal, suponen un reto terapéutico debido a la dificultad de su abordaje. Se han descrito abordajes quirúrgicos por vía intra-abdominal y por vía endo-anal. En este vídeo se propone la cirugía endoscópica transanal bidimensional (TEO: transanal endoscopic operation) como una opción terapéutica.

Caso clínico: Paciente varón de 54 años con antecedentes de un episodio de diverticulitis aguda complicada con microperforación. Consulta por un cuadro de dolor en fosa ilíaca izquierda y síndrome febril. A la exploración física presenta una exploración abdominal normal pero al tacto rectal se palpa un abombamiento en la cara anterior a unos 5 cm de margen anal. Se realiza un TAC abdominal que muestra un nuevo cuadro de diverticulitis aguda, con discreto engrosamiento de las paredes del sigma y el recto y con una colección adyacente de 5 x 3 cm en la cara anterior rectosigmoidea. Se decide desbridamiento de dicha colección mediante TEO que se realiza sin incidencias. El paciente presenta buena evolución clínica, siendo dado de alta

al séptimo día postoperatorio con un control radiológico en el que se informa de la completa desaparición del absceso rectal anterior.

Discusión: La cirugía endoscópica transanal bidimensional (TEO) es una técnica mínimamente invasiva, tradicionalmente diseñada para la exéresis de tumores de recto. Sin embargo proporciona una adecuada vía de abordaje para el desbridamiento de abscesos perirectales complejos, siendo una técnica menos invasiva que la vía abdominal y con más recursos técnicos que la vía endoscópica clásica. La aplicación de esta técnica en este cuadro debe ser tenida en cuenta en aquellos centros donde ya se esté utilizando por otras causas más prevalentes ya que permite el abordaje de estos abscesos de una forma más controlada.

P-089. ANÁLISIS DEL USO DE LAS TÉCNICAS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA. ESTUDIO DE 211 CASOS

C. López Muñoz, A. Rivera Díaz, F. Fernández Bueno, L. Carrión Álvarez, P. López Fernández, M. Durán Poveda y F. Pereira Pérez

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: La apendicitis aguda es la patología abdominal urgente más frecuente. El diagnóstico está basado fundamentalmente en el análisis de la clínica del paciente y en los resultados de la analítica convencional, con presencia de leucocitosis con desviación izquierda, aumento de PCR, etc. En ocasiones, cuando la clínica del paciente es dudosa, es necesaria la realización de pruebas de imagen que ayuden al diagnóstico de dicha patología. Se estima que la realización de dichas pruebas de imagen en la Unión Europea se encuentra en torno al 50% de los pacientes con sospecha clínica de apendicitis aguda. Nuestro objetivo principal es analizar el número de pruebas de imagen que se realizan en dichos pacientes en el Hospital de Fuenlabrada durante el año 2010, así como su distribución en relación con la edad y el sexo de los pacientes.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva anual de los casos de apendicitis aguda intervenidos quirúrgicamente de urgencia en nuestro servicio durante el año 2010. Recogida de los datos en un formulario informatizado de apendicectomía específico, con protocolo quirúrgico y seguimiento, dentro de la base de datos SELENE del Servicio de Salud de la CAM.

Resultados: Durante el año 2010 se han realizado un total de 211 apendicectomías de urgencia en el Hospital Universitario de Fuenlabrada. La distribución por sexo de dichas apendicitis fue de 115 hombres (54,5%) y de 96 mujeres (45,5%). La distribución por edad fue de 169 adultos (80,1%) y de 42 pediátricos (19,9%). El diagnóstico fue clínico en un total de 131 casos (62,1%) y precisó alguna prueba de imagen en 80 casos (37,9%). De las pruebas de imagen realizadas, en 62 pacientes se realizó una ecografía, en 11 un TC abdominal y 7 pacientes precisaron una ecografía más un TC para el diagnóstico certero de apendicitis. Por lo tanto se realizaron 69 ecografías y 18 TC abdominales. En las tablas se resume la realización de pruebas de imagen en función del sexo y de la edad de los pacientes.

Diagnóstico	Adultos (169)	Pediátricos (42)	p = 0,01
Clínico	112 (66,3%)	19 (45,2%)	p = 0,001
Imagen	57 (33,7%)	23 (54,8%)	
Diagnóstico	Hombres (115)	Mujeres (96)	
Clínico	83 (77,2%)	48 (50%)	
Imagen	32 (27,8%)	48 (50%)	

Diagnóstico	Adultos (169)	Pediátricos (42)	p
ECO (69)	46 (27,2%)	23 (54,8%)	0,001
TAC (18)	18 (10,7%)		
Diagnóstico	Hombres (115)	Mujeres (96)	p
ECO (69)	28 (24,3%)	41 (42,7%)	0,04
TAC (18)	8 (7%)	10 (10,4%)	0,258

Conclusiones: El porcentaje de pruebas de imagen para el diagnóstico de apendicitis aguda en nuestro hospital es inferior a la tasa estimada europea. La mayor proporción de pruebas diagnósticas se realizaron en los pacientes de más difícil diagnóstico clínico, como el paciente pediátrico y el grupo de sexo femenino. Los resultados ofrecidos tanto en la tabla de diagnóstico clínico o por imagen como en la tabla de TC abdominal y ecografía han sido en su mayor parte estadísticamente significativos.

P-090. RESECCIÓN TRANSANAL: DIFICULTADES TÉCNICAS. APRENDER DE LOS ERRORES

E. Navarro Rodríguez, A. Casado Adam, C. Díaz López, J. Gómez Barbadillo, E. Torres Tordera, J. Alonso Gómez y S. Rufián Peña

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La resección transanal puede extirpar tumores de recto mediante un rectoscopio de 4 cm de diámetro conectado a una bomba de insuflación que crea el neumorecto, visualizándose la exéresis a través de una óptica binocular o conectada a una cámara. La mayor parte de las dificultades técnicas están producidas por el reducido espacio de trabajo y complejidad del aparataje.

Objetivos: Analizar las dificultades técnicas encontradas a la hora de realizar la cirugía transanal endoscópica y aprender de los errores.

Material y métodos: Presentamos un poster con imágenes de varias intervenciones donde se aprecian dificultades técnicas debidas a montaje del dispositivo y otras debidas a la técnica quirúrgica. De las debidas al uso del material se observa: deficiente orientación de la lesión por cámara girada, pérdida de neumorecto, mala visualización por error al colocar óptica larga en rectoscopia corto, pérdida de clips de sutura., exceso de humo, etc. Por dificultades de la técnica quirúrgica: mala visualización por rectoscopio lejos o detrás de un pliegue, sangrado que mancha la cámara, deficiente visualización del borde distal, nudos extracorpóreos flojos, etc.

Resultados: De los 18 pacientes intervenidos, en un solo caso el margen de resección estuvo afecto. Los tiempos quirúrgicos, así como los problemas técnicos derivados del aparataje han disminuido con la progresión de casos.

Conclusiones: El análisis de las dificultades técnicas encontradas en las resecciones transanales endoscópicas es útil para mejorar en cuanto a los tiempos de intervención y disminuir las interrupciones debidas a fallos del aparataje. Mala visión por pliegue delante: 1-19,26 min 5-54. Rectoscopio lejos. Humo. Mala visión: 2-29,50. Sangrado. Mancha cámara: 2 58,27. Mala visión borde distal: 5-27. Pérdida de neumorecto: 6-12. Nudos extracorpóreos flojos: 9-42,35. Mala visión por rectoscopia mal montada. Bamboleo. Localización errónea por cámara girada.

P-091. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRECOZ EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATÓSCO SISTÉMICO CON CUADRO DE ABDOMEN AGUDO (ENTERITIS LÚPICA)

A. Titos García, N. Marín Camero, J.M. Aranda Narváez, C. Montiel Casado, A.J. González Sánchez, P. López Ruiz, I. Fernández Burgos y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune con afectación multivisceral causada principalmente por vasculitis de pequeños vasos. El tracto gastrointestinal es uno de los órganos más frecuentemente afectados, siendo el dolor abdominal el síntoma predominante. La vasculitis intestinal lúpica requiere un diagnóstico y tratamiento precoces para evitar complicaciones como son la hemorragia digestiva y la perforación que pueden alcanzar una mortalidad de hasta el 50%. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de enteritis lúpica tratada de forma conservadora.

Caso clínico: Mujer de 55 años con antecedentes personales de lupus eritematoso de evolución tórpida (afectación renal, neurológica y dérmica, con amputación de ambos miembros inferiores) y síndrome antifosfolípido. Acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de dos semanas de evolución, acompañado de náuseas y anorexia. A la exploración presentaba dolor abdominal difuso, sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente destacaba una leucopenia de $3,00 \times 10^9/L$ y una trombopenia de $99 \times 10^9/L$. Se realizó TC abdominal observándose un engrosamiento a nivel de la pared de ciego e íleon distal y moderada cantidad de líquido libre. Ingresó con diagnóstico inicial de isquemia intestinal segmentaria, instaurándose tratamiento con antiinflamatorios. Al noveno día de ingreso, tras ausencia de mejoría y por la sospecha diagnóstica de vasculitis intestinal lúpica, se realiza nueva TC de abdomen, en la que se objetivó engrosamiento y edematización de asas intestinales a nivel de yeyuno e íleon pélvico con imagen de "doble halo" o "diana", dilatación proximal de las asas de delgado, ingurgitación del meso y mayor cantidad de líquido libre. Ante estos hallazgos la paciente fue diagnosticada de enteritis lúpica. Se decide entonces tratamiento de choque con altas dosis de corticoides (1 g de 6-MP los dos primeros días, 500 mg el tercero), remitiendo los síntomas en 24 horas. Al cuarto día se redujo la dosis a 60 mg de mantenimiento, permaneciendo la paciente asintomática desde el punto de vista digestivo hasta su alta al 30º día, tras superar una infección respiratoria de vías altas.

Discusión: La enteritis lúpica es una de las mayores complicaciones del lupus, con una prevalencia del 0,2 al 9,7% del total, y justifica hasta un 60% de los cuadros de abdomen agudo en pacientes con enfermedad activa y menos del 1% si la enfermedad está inactiva. Generalmente acontece en pacientes con leucopenia, trombopenia, afectación nerviosa central y cutánea. La prueba de elección para el diagnóstico es la TC en la que se observan signos de isquemia intestinal sin apreciar defectos de perfusión de los grandes vasos. El tratamiento debe instaurarse de forma temprana. La terapia con altas dosis de corticoides intravenosos ha demostrado buenos resultados, resolviendo el cuadro en la mayoría de los casos, lo que permite reservar la cirugía para aquellos pacientes que no presenten mejoría en los primeros días.

P-092. ESTENOSIS BENIGNA DE ANASTOMOSIS EN CIRUGÍA COLORRECTAL

M. Jiménez Toscano, J.A. Rueda Orgaz, L. Vega López, S. Linacero, M. Pardo de Lama, B. Fernández Escudero, P. Gil, P. Jiménez Almonacid y A. Quintans Rodríguez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón.

Introducción: Las estenosis de anastomosis son complicaciones frecuentes (13-30%) tras cirugía de cáncer de recto definiendo esta como la incapacidad de pasar un colonoscopio de 12 mm de diámetro. En todos los casos requiere revisión clínica, enema opaco y colonoscopia descartando recidiva local en caso de patología tumoral. Se ha relacionado con esta complicación la dehiscencia anastomótica, isquemia y radiación previa. El tratamiento de dicha estenosis es preciso cuando existe repercusión clínica.

Material y métodos: Hemos analizado pacientes intervenidos por patología a nivel de sigma y recto que presentaron como complicación a medio/largo plazo estenosis anastomótica diagnosticada por la clínica o por pruebas complementarias (colonoscopia, enema opaco). Se estudian los factores de riesgo relacionados con dicha complicación, el tipo de cirugía llevada a cabo así como el tratamiento utilizado en cada caso.

Resultados: Revisamos la evolución de 315 pacientes en los que se ha llevado a cabo una resección segmentaria de sigma, recto, colectomías totales o reconstrucciones del tránsito durante 5 años de enero 2006 a diciembre 2010. Se han analizado 31 pacientes con estenosis de anastomosis (9,84%). El 87% estaban diagnosticados de patología tumoral realizándose 13 sigmoidectomías, 13 resecciones anteriores bajas o ultrabajas de recto, 9 de ellas con ileostomía de protección, 2 colectomías totales y 2 reconstrucciones del tránsito. El 96,7% presentaban anastomosis termino-terminal mecánica y en dos casos se hicieron reservorios en J. Excepto dos todas fueron realizadas de manera programada siendo el 51,6% laparoscópicas. En el 29,03% pacientes con estenosis había ocurrido una complicación en el postoperatorio inmediato (6 dehiscencias anastomóticas en tratamiento conservador y 3 colecciones intrabdominales sin evidencia de fuga anastomótica). 41,9% habían recibido radioterapia, de los cuales solo dos presentaron dehiscencia anastomótica en el postoperatorio. En cuanto a los antecedentes personales el 9,6% eran diabéticos, el 32,25% fumadores y ninguno se encontraba bajo tratamiento médico que retrasara la cicatrización. El diagnóstico se realizó entre los 2 y los 24 meses de seguimiento a través de enema opaco o colonoscopia. Solo el 54,83% precisó tratamiento siendo en el resto de casos estenosis leves bien controladas con tratamiento médico. De las tratadas 3 precisaron reintervención realizándose colostomía terminal en una de ellas por ser el paciente previamente incontinente y rehaciendo la anastomosis en las otras dos. En el 82,3% restante se llevaron a cabo dilataciones sucesivas (10 por el servicio de radiología intervencionista y 4 por el servicio de digestivos). En 7 pacientes solo fue necesaria una dilatación para obtener resultados óptimos mientras que en el resto se precisaron dilataciones sucesivas (hasta 6) presentando todos ellos buenos resultados a largo plazo sin morbilidad ni mortalidad asociada.

Conclusiones: La estenosis benigna de anastomosis tras cirugía de sigma y recto es una causa poco analizada de morbilidad a medio plazo. El tratamiento de estas a través de dilataciones repetidas ofrece buenos resultados a largo plazo. Hace falta mayor número de casos para determinar los factores de riesgo relacionados así como la técnica de dilatación más efectiva.

P-093. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL ELECTIVA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. RESULTADOS INICIALES

A. Pallisera Lloveras, L. Ortiz de Zárate, F.J. Rey, C. Deiros, L. Parra, V. Tejedor, N. Maíz, G. Francisco, R. Prats, E. Moreno y R. Jorba

Hospital General de Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La rehabilitación multimodal (RHMM), es el conjunto de medidas multidisciplinarias en cualquier proceso asistencial destinadas a disminuir el estrés secundario a la agresión quirúrgica, para conseguir una más pronta recuperación del paciente, reducir las complicaciones y acortar la estancia hospitalaria. Los primeros trabajos datan del año 2005 pero su instauración es lenta, por su dificultad en la implantación. En nuestro centro se aprovechó el buen funcionamiento del circuito establecido de diagnóstico rápido de cáncer colorrectal (CCR), para la puesta en marcha de dicho protocolo.

Objetivos: Valorar si es posible aplicar un protocolo de (RHMM) en la cirugía electiva colorrectal en un hospital de segundo nivel, valorando los primeros resultados tras su implementación y comparándolo con el modelo tradicional en cuanto a una recuperación precoz y estancia.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo de los pacientes intervenidos de cirugía CR electiva desde julio hasta diciembre de 2010 siguiendo el protocolo establecido de RHMM en el Hospital General de L'Hospitalet. Los resultados se comparan con los datos obtenidos retrospectivamente, de un grupo control intervenidos durante el primer semestre del 2010, antes de la implantación de dicho protocolo, mediante el paquete estadístico SPSSv19.0.

Resultados: Se intervinieron 27 pacientes siguiendo el protocolo de RHMM y 35 paciente en el grupo control. Las características demográficas, el riesgo quirúrgico y el tipo de intervención fueron similares en ambos grupos. En el grupo de RHMM se consiguió iniciar la movilización en el primer días postoperatorio del 46,4% de los pacientes, iniciar dieta oral en menos de 12 horas en el 53,6%, la recuperación funcional se consiguió en $7,12 \pm 3,9$ días (R 3,17) y aunque en el 5º día el 42,3% de los pacientes cumplían criterios de alta, sólo se dio el alta al 25,9%. La estancia media postoperatoria fue de $8,59 \pm 4,43$ días (R 4,21) en el grupo de RHMM y de $14,8 \pm 8,82$ días (R 5,44) en el grupo control ($p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a complicaciones, reintervenciones ni éxitos.

Conclusiones: Aun siendo una serie con pocos casos, nuestros resultados demuestran que la aplicación de este protocolo permite una más rápida recuperación del paciente sin aumentar la morbimortalidad. Poner en marcha este protocolo supone un reto organizativo, por lo que, en nuestro caso, tener un circuito previo que permita una correcta coordinación entre los diferentes profesionales del equipo multidisciplinar ha facilitado su implantación. Por otro lado, supone un reto en el cambio de mentalidad a la concepción de la cirugía colorrectal que tienen los cirujanos y que han aplicado durante muchos años, por lo que en nuestro caso, solo poco más de la mitad habían iniciado la dieta en las primeras 12 horas. Creemos que este aspecto mejorará en el futuro, juntamente con la experiencia de los cirujanos en la RHMM. Se requerirá la revisión y valoración periódica del protocolo para conseguir una mejora continua.

P-094. NECESIDAD DE CIRUGÍA EN LA RECIDIVA DE ENFERMEDAD DE CROHN: SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS EN UNA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA

S. Martínez López, E. Hurtado Caballero, M.E. García Sepúlveda, P. Maldonado Valdivieso, M. Rodríguez Martín, E. del Valle Hernández, F. Muñoz Jiménez y A. Muñoz-Calero Peregrín

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: La enfermedad de Crohn requiere en múltiples ocasiones cirugías resectivas múltiples. Los últimos avances en tratamiento médico, pretenden disminuir la necesidad de cirugía primaria y especialmente de la cirugía en las recidivas. Pretendemos analizar las indicaciones y resultados de la cirugía en enfermedad de Crohn en los últimos diez años, evaluando la necesidad de reintervención y las recidivas en estos pacientes.

Material y métodos: Seleccionamos los pacientes intervenidos de enfermedad de Crohn con afectación intestinal por primera vez en un servicio de Cirugía General con Unidad de Coloproctología, entre entero de 2000 y marzo de 2011. Evaluamos el tiempo de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico hasta la cirugía, la indicación en cada caso, así como la técnica quirúrgica y las complicaciones postoperatorias. Durante el seguimiento registramos la presencia de recidiva intestinal de la enfermedad y la necesidad de reintervención.

Resultados: Incluimos 136 pacientes, 55,1% varones y 44,9% mujeres con una media de edad de 40,09 años. El tiempo medio desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la primera cirugía fue de 6,88 años (rango 0-28). En 5 pacientes la indicación fue cirugía urgente al diagnóstico. La indicación para la cirugía inicial fue principalmente cuadros pseudo-oclusivos intestinales (50,87%) y fracaso de tratamiento médico (32,4%). La técnica quirúrgica más habitual fue la ileocecectomía (60,3%), seguida de la ileocolectomía derecha (15,4%), la resección segmentaria de colon se realizó sólo en un 3,7% de los casos. La complicación postoperatoria más frecuente es la dehiscencia de anastomosis que encontramos en un 6,6% de los pacientes seguida de la colección intraabdominal (5,1%). Durante el seguimiento 66 (48,55%) pacientes tuvieron recidiva de la enfermedad a nivel intestinal, requiriendo reintervención 23 pacientes (34,8% de las recidivas). La causa más frecuente de indicación de recirugía en nuestra serie fue nuevo brote refractario a tratamiento (52,2%), seguido de recidiva sintomática en la anastomosis 30,4%. El tiempo hasta la segunda intervención fue de 34,4 meses.

Conclusiones: Tras la instauración de las nuevas terapéuticas en enfermedad de Crohn, la recidiva después de la primera cirugía sigue siendo alta. El porcentaje de pacientes que requieren más de una cirugía intestinal se mantiene elevado.

P-095. DESARTERIZACIÓN HEMORROIDAL TRANSANAL: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

S. del Barrio Anaya, J. Etreros Alonso, N. Monge, L. Malave Cardozo, R. Serra, J. López, B. Fadrique, G. Ais, P. Vázquez y J. Manzanares

Hospital General de Segovia, Segovia.

La técnica THD (desarterización hemorroidal transanal guiada por Doppler y hemorroidopexia) es un procedimiento novedoso para el tratamiento quirúrgico de las hemorroides grado III y IV que aporta beneficios evidentes en cuanto al dolor postoperatorio, la estancia postquirúrgica y la incorporación a la actividad habitual. Estudiamos de forma prospectiva 30 pacientes intervenidos en nuestro Servicio desde el mes de enero

de 2010 hasta la actualidad, comparándolos con 30 pacientes que han sido intervenidos con la técnica de Milligan Morgan (MM). Aunque los dos grupos no son homogéneos, ni hemos podido aleatorizarlos, realizamos un análisis estadístico de los resultados, tras describir la técnica quirúrgica empleada en ambos casos. Hemos realizado la técnica THD bajo anestesia regional o general con mascarilla laríngea, incluyendo a 17 pacientes en un programa de CMA. En el resto la estancia ha sido de 1 día, salvo 8 casos, uno complicado por un angor postoperatorio y otro por una necrosis de la mucosa que requirió reintervención. La estancia ha sido significativamente menor en el grupo THD que en el grupo MM, así como el dolor postoperatorio, medido por la necesidad de analgésicos de cada grupo. La incorporación al trabajo habitual fue también más rápida en el grupo THD. Sólo hemos apreciado una recidiva en un paciente con un grado IV que a los 9 meses de la primera intervención por THD, precisó una intervención de MM para extirpación del pedículo recidivado. El tiempo de seguimiento ha sido muy breve, por lo que necesitamos esperar para estudiar los resultados a largo plazo. Únicamente hemos tenido las dos complicaciones postoperatorias descritas. Concluimos que, en este estudio preliminar, la técnica THD trata de forma satisfactoria la patología hemorroidal no complicada en los grados III y IV, con baja morbilidad, en régimen de CMA, con escaso dolor postoperatorio y una incorporación temprana de nuestros pacientes a su actividad habitual.

P-096. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

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

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción y objetivos: Desde que fue descrita la enteritis regional por Crohn et al 1931, se fue constatando la naturaleza recurrente de la afección, lo que indujo a la aparición y puesta en marcha en muchos centros y por numerosos autores de trabajos científicos al objeto de identificar aquellos factores implicados en la inducción de las recurrencias. Los factores investigados tuvieron un amplio abanico que comprendía aspectos clínico-diagnósticos, edad, sexo, tratamiento médico-quirúrgico, y aspectos anatomo-clínicos, entre otros. El objetivo de nuestro trabajo es llevar a cabo evaluación de varios factores epidemiológicos, clínicos, quirúrgicos y anatomopatológicos con posible implicación en las recurrencias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre 165 pacientes que presentaron recurrencia de la enfermedad de Crohn postoperatoria, entre 1988 a enero 2011. Se analizaron factores referentes a la edad de inicio, intervalo de inicio síntomas y la cirugía, el sexo, localización anatómica de la enfermedad, tipo de intervención y anastomosis, presencia de fistulas internas, afectación microscópica de los márgenes de resección, presencia o no de granulomas o adenopatías. La media de seguimiento fueron 10 años y 3 meses.

Resultados: De 312 pacientes intervenidos quirúrgicamente por enfermedad de Crohn, 165 presentaron recurrencia por enfermedad de Crohn con verificación endoscópica y/o radiológica. De ellos, 14 casos no presentaban clínica, 32 casos clínica leve y moderada con buena respuesta al tratamiento médico (5-asa, corticosteroides, etc.), y los restantes 119 casos requirieron reintervención quirúrgica. La recurrencia guardaba relación con la edad de inicio: 10-20 años 58 casos, 20-30 años; 49, 30-40 años; 35, 40-50 años 13, y más de 50 años 10 casos. La recurrencia en los pacientes con fistulas internas y/o externas, fue de 65 sobre 79 (82,2%). No se constató relación de recidiva con la extensión

de la resección. Sin embargo, los bordes de la exéresis afectos macro o microscópicamente si presentaban mayor incidencia en la recurrencia ($p < 0,02$). Las anastomosis íleo-cólicas y termino laterales con EEA, presentaban un índice menor recurrencias que las suturas manuales ($p < 0,03$). La presencia de adenopatías o granulomas no presentaban relación con las recurrencias. El numero de reintervenciones por recurrencias en cada paciente en relación al nº de total de pacientes intervenidos por recidivas fueron: una reintervención: 56 casos, dos: 31 casos, tres: 11 casos, cuatro: 8 casos, cinco: 5 casos, seis: 4 casos, siete veces: 2.

Conclusiones: Las edades de inicio muy precoces de la incidencia de la enfermedad de Crohn, y la presencia de enfermedad fistulosa son factores importantes de las recurrencias con significación estadística. Las recidivas son más frecuentes en las localizaciones ileales e íleo-cólicas que las cólicas. Las anastomosis mecánicas íleocólicas término-laterales presentan menor incidencia de recurrencias que las suturas manuales. La presencia de granulomas o adenopatías no constituyen factor pronóstico de mayor índice de recidivas.

P-097. ILEOSTOMÍAS DE PROTECCIÓN: COMPLICACIONES Y MORTALIDAD ASOCIADAS A SU CIERRE

M. Mengual Ballester, J.A. García Marín, M.P. Guillén Paredes, M.L. García García, M.J. Cases Baldó, E. Pellicer Franco, V. Soria Aledo y J.L. Aguayo Albasini

Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: Las ileostomías derivativas son ampliamente utilizadas en la cirugía colorrectal para proteger anastomosis rectales bajas. Sin embargo no están desprovistas de inconvenientes, ya que implican una disminución en la calidad de vida y pueden presentar distintas complicaciones, entre las cuales figuran las asociadas al cierre ulterior del estoma. En este estudio analizamos nuestra experiencia en una serie de pacientes sometidos a cierre de ileostomías derivativas.

Pacientes y método: Se incluyen en la serie todos los pacientes sometidos a cierre de ileostomías en nuestro hospital, en un período comprendido entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2010. En total son 89 pacientes; 56 hombres (63%) y 33 mujeres (37%), con una edad media de 55 (38-71) años. La indicación más frecuente para llevar a cabo la ileostomía fue la protección de una anastomosis baja, en un total de 81 pacientes (91%). Se analiza el tiempo de espera hasta el cierre del estoma, el tipo y frecuencia de las complicaciones, la estancia hospitalaria y la mortalidad.

Resultados: El tiempo medio de espera entre la elaboración de la ileostomía y su cierre fue de 8 (1-25) meses. El 45.9% desarrolló algún tipo de complicación, la tasa de reintervenciones fue del (3,37%) y la mortalidad fue de 1,12%. Las complicaciones más importantes fueron: obstrucción intestinal (32.6%), diarrea (6%), infección de la herida quirúrgica (6%), fistula enterocutánea (4.5%), rectorragia (3,4%), y dehiscencia anastomótica (1,12%). La estancia media de los pacientes fue de 7,54 (2-23) días.

Conclusiones: La realización de ostomías de protección en las anastomosis rectales bajas ha demostrado ser la única medida preventiva para disminuir la morbi-mortalidad de las dehiscencias en este tipo de anastomosis. No obstante su creación conlleva su posterior cierre, el cual no debe considerarse un procedimiento menor, sino una intervención con posibles e importantes complicaciones, incluso mortalidad, como se demuestra en la literatura publicada al respecto y en nuestra propia serie.

P-098. CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE ESTOMATERAPIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Ortín Navarro, M. Martínez Borrás, M. Colomina Pascual, C. Navarro Noguera, T. Belda Ibáñez y C. Serra Díaz

Hospital Virgen de Los Lirios. Alcoy. Alicante.

Objetivos: La realización de un estoma forma parte fundamental de numerosos procedimientos quirúrgicos gastrointestinales. Por otro lado, el paciente portador de un estoma y su familia se enfrentan a una nueva situación en la que deben hacer frente al cuidado e higiene del mismo y a los nuevos condicionantes psicosociales que surgen. Por ello, hemos decidido crear una unidad de estomaterapia para el seguimiento y cuidado de los estomas y la instrucción de los pacientes y su familia. La unidad está formada por cirujanos digestivos y personal de enfermería entrenado para el manejo de estomas. En los tres primeros meses de funcionamiento de la unidad han sido seguidos 23 pacientes, con un predominio de varones, 73,9% (17), frente a mujeres, 26,1% (6). La media de edad ha sido $62,5 \pm 11,5$ años. La patología intervenida más frecuente ha sido las neoplasias de recto (43,5%). Se realizó una colostomía al 87% de los pacientes, y una ileostomía al 13% restante.

Conclusiones: La creación de la unidad de estomaterapia pretende dar cobertura a todos los pacientes ostomizados de nuestra zona de salud, educándolos en los cuidados e higiene del estoma, medidas dietéticas y aspectos psicosociales, como la vida familiar y la sexualidad, para que posean la mayor autonomía posible.

P-099. ILEOSTOMÍA FANTASMA EN LA RESECCIÓN ANTERIOR BAJA POR CÁNCER DE RECTO: EXPERIENCIA PRELIMINAR

N. Fakhí Gómez, S. Olivares, R. Gómez Sanz, E. Bra Insa, O. Caso, I. Justo, E. Álvaro, A. Marcacuzco, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La resección anterior baja por cáncer de recto presenta un riesgo elevado de dehiscencia anastomótica. La ileostomía de protección reduce la necesidad de reintervención en caso de fistula. No obstante estas ileostomías presentan complicaciones inmediatas como las derivadas de su cierre. La ileostomía fantasma es una nueva opción que permite realizar la ileostomía solo en caso de necesidad y bajo anestesia local.

Materiales y métodos: Presentamos 2 métodos de realizar las ileostomías fantasmas. Método 1: ileostomía fantasma intraperitoneal: Se realiza con una cinta rodeando el íleon terminal por un orificio en el mesenterio y se exterioriza la cinta. Método 2: ileostomía fantasma extraperitoneal: Se realiza extrayendo la zona del íleon terminal hacia la piel por una incisión transversa en fosa iliaca derecha, pero sin la apertura de la luz intestinal.

Conclusiones: Las ventajas de las ileostomías de protección, en términos de incidencia de dehiscencia anastomótica y necesidad de reintervención tienen que contrarrestarse con la morbilidad asociada a las mismas además del deterioro de la calidad de vida de los pacientes. La realización de la ileostomía es dependiente del cirujano y del centro. Algunos autores defienden la realización de la ileostomía de protección en la resección anterior baja solo en los casos de adversidad de la anastomosis como pueden ser: fuga de aire al comprobar la anastomosis, disección pélvica dificultosa, vascularización dudosa de la anasto-

mosis, etc. Aunque con la realización la ileostomía de protección no se reduce la incidencia de fistula, si que se observa una reducción en la necesidad de reintervención. La ileostomía fantasma sería una forma de realizar la ileostomía de protección solo en el caso de que se sospeche dehiscencia anastomótica en el postoperatorio, y su realización se conseguiría con anestesia local evitando el riesgo anestésico de una anestesia general. La ileostomía fantasma se presenta como una opción más en la resección anterior baja por cáncer de recto. Se necesitan estudios para evaluar sus ventajas comparativamente con otros tipos de ostomías.

P-100. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL CRÓNICA CON TRINITRATO DE GLICERILO

C. Vecino Bueno, J.C. Gómez Rosado, L. Capitán Morales y F. Oliva Mompean

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Analizamos la respuesta al tratamiento con trinitrato de glicerilo para la fisura anal en una serie de 70 pacientes así como la aparición de efectos adversos.

Material y métodos: En una serie de 70 pacientes (55% mujeres y 45% hombres) diagnosticados de fisura anal crónica se realiza tratamiento mediante la aplicación 2 veces al día de trinitrato de glicerilo en pomada con un ciclo de 6 semanas. Se evalúan los resultados mediante revisión en consulta y posterior encuesta telefónica.

Resultados: 85% de los casos fueron fisuras posteriores. La tasa de curación total resultó del 35%, mientras que un 42% reconocieron mejoría sin llegar a la curación y tan solo un 23% precisó cirugía. En cuanto al tiempo de encontrar mejoría se establece una media aproximada de 12 días siendo la moda 15 días. Como efectos adversos se presentó cefalea en un 65% de los pacientes propiciando la suspensión del tratamiento en 8 pacientes. Sólo se han presentado 4 casos de hipotensión sintomática. Como hallazgos puntuales se relacionó con la aplicación del tratamiento la aparición de náuseas en 2 casos y vértigo autolimitado en otros 2.

Conclusiones: El tratamiento de la fisura anal con trinitrato de glicerilo consigue resultados aceptables sin graves complicaciones.

P-101. CARCINOMA ESCAMOCELULAR COMO COMPLICACIÓN DE HIDROSADENITIS SUPURATIVA

R. Santos Rancaño, C. Cerdán Santacruz, A. Rodríguez, O. Cano Valderrama, A. Gortázar Pérez-Somarrriba, F. Matute, J. Zuloaga Bueno, F. Esteban Collazo y J. Cerdán Miguel

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La hidrosadenitis supurativa es una enfermedad crónica, recurrente, cicatricial y supurativa de las glándulas apocrinas. El carcinoma escamocelular es una complicación infrecuente, cifrándose la incidencia entre el 1-3%.

Caso clínico: Varón de 54 años con antecedente de hidrosadenitis supurativa desde los 14 años que desde hace 3 meses presenta lesión ulcerativa con supuración en región sacra. Se aprecia lesión extensa con bordes necróticos y múltiples úlceras supurativas a nivel lumbo-sacro, con extensión a ambos glúteos. El TAC pélvico evidencia grave afectación del tejido celular subcutáneo, destrucción de sacro e invasión del esfínter anal en región posterior. La biopsia es informada como carcinoma escamocelular bien diferenciado. Debido al avanzado

estado de la lesión se decide tratamiento exclusivamente paliativo.

Discusión: La hidrosadenitis supurativa afecta a ambos sexos por igual siendo más frecuente la localización axilar en mujeres y la perineal y anogenital en hombres. La prevalencia de esta enfermedad es de 1/300 adultos. El carcinoma escamocelular es una de sus complicaciones, aunque poco frecuente, y cuyo pronóstico depende del grado de diferenciación celular, tamaño, profundidad, invasión perineural y localización. En la mayoría de los casos existe un retraso en su diagnóstico por lo que presenta alta recurrencia y elevada mortalidad. Por tal motivo es importante una estrecha vigilancia y estudio histológico ante cualquier sospecha de malignización. El tratamiento es la extirpación quirúrgica en bloque y radioterapia coadyuvante en casos de mal pronóstico. El carcinoma escamocelular es una complicación infrecuente de la hidrosadenitis supurativa, pero con una alto índice de recurrencia y supervivencia limitada. En la mayoría de los casos la transformación maligna se asocia a un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la hidrosadenitis, eventualidad que se debe corregir si queremos evitar una desagradable evolución, como aconteció en nuestro caso.

P-102. UNA ALTERNATIVA POCO FRECUENTE PARA EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA RECTOVAGINAL COMPLEJA

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

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La fístula recto-vaginal, aunque menos frecuente que otras fistulas (menos del 5% del total), sigue constituyendo un problema de difícil resolución y que plantea diversas alternativas terapéuticas. Presentamos un caso intervenido en nuestro Servicio.

Caso clínico: Mujer de 55 años con antecedente de carcinoma de cérvix tratado hace dos años con quimioterapia + radioterapia + braquiterapia, con buena evolución y en la actualidad libre de enfermedad. Consulta por emisión de heces por vagina, infecciones urinarias e intenso dolor vaginal y rectal que imposibilitaba la exploración. Fue sometida a una exploración bajo anestesia evidenciándose una fístula recto-vaginal amplia, de unos 2,5-3 cm, en cara pósterio-lateral izquierda de fondo de saco vaginal, decidiéndose, ante las malas condiciones locales, realizar una colostomía derivativa. Diez meses después es intervenida encontrando cierta estenosis de canal anal, fondo de saco vaginal rígido de consistencia pétrea (biopsias intraoperatorias negativas para neoplasia) y una fístula recto-vaginal de tamaño similar al descrito. Tras abrir el tabique recto-vaginal exponiendo la lesión, evidenciamos una vagina rígida que impide su reconstrucción así como un aparato esfinteriano con severos daños en su porción anterior. Decidimos realizar una reconstrucción esfinteriana anterior con plastia de los elevadores y esfinteroplastia, seguido de una interposición de músculo bulbo-cavernoso derecho (Marthius) entre el recto y la vagina. Finalmente, al no conseguir cerrar el defecto vaginal por la rigidez comentada, realizamos un injerto cutáneo de piel perianal tras puesto a bordes vaginales. El curso postoperatorio fue bueno y a los tres meses de la intervención la paciente se encuentra asintomática.

Discusión: A diferencia de otras fistulas, éstas raramente curan espontáneamente. La lesión obstructiva es la más frecuente seguida de causas infecciosas, inflamatorias o raras. Pueden abordarse por vía vaginal, perineal o endorrectal. Los resultados

son variables y mejoran con la interposición de tejidos en el tabique recto-vaginal.

P-103. RESULTADOS A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL CÁNCER DE RECTO

F. Mon Martín, I.J. Arteaga González, A.I. Martín Malagón, H. Díaz Luis y A. Carrillo Pallares

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: Evaluar la seguridad oncológica a medio y largo plazo de la cirugía laparoscópica del cáncer de recto en nuestro centro. Determinar la importancia del margen circunferencial como factor pronóstico.

Material y métodos: Entre los años 2003 y 2008 fueron intervenidos mediante abordaje laparoscópico 100 pacientes con el diagnóstico de adenocarcinoma rectal. Recogimos prospectivamente las variables clínico-patológicas de los pacientes para su posterior análisis estadístico.

Resultados: 90 pacientes fueron intervenidos con intención curativa. Edad media: 65,7 años. Todos los pacientes, tienen un seguimiento mínimo de tres años. Supervivencia global: 47,9 meses. Supervivencia (3a): 79%. Supervivencia (5a): 60,5%. Tasa de recidiva local: 8,9%. Tasa de recidiva a distancia: 25%. Tasa de margen circunferencial afecto: 14,4%. Supervivencia de pacientes con margen circunferencial de resección negativo: 90% (3a); 75% (5a) Supervivencia de pacientes con margen de resección circunferencial positivo: 77% (3a); 56% (5a).

Conclusiones: La cirugía laparoscópica del cáncer de recto se mostró eficaz desde el punto de vista oncológico en el tratamiento de cáncer de recto en nuestro hospital. El margen circunferencial afecto, fue el factor pronóstico que más influyó en la supervivencia de nuestros pacientes.

P-104. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN MAYORES DE 80 AÑOS

M. Labalde Martínez, F.J. Labrador Valverdú, V. Arteaga Peralta, J.H. Carlin Gatica, S. Pinto González, P. Veguillas Redondo, C. Ramiro Pérez, J.E. Quiñones Sampedro, R. de la Plaza Llamas, C. Sabater Maroto y J. García-Parreño Jofre

Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: El aumento de la esperanza de vida a 81,6 años en España supone un envejecimiento de la población que aumenta el porcentaje de pacientes con cáncer colorrectal mayores de 80 años. Es necesario optimizar el manejo de estos pacientes, tanto quirúrgico como médico, para obtener los mejores resultados y garantizar su calidad de vida. La cirugía colorrectal laparoscópica supone una opción óptima para el tratamiento de los pacientes mayores de 80 años con cáncer colorrectal.

Material y métodos: De los 288 pacientes intervenidos por cáncer colorrectal en el HU Guadalajara desde marzo 2006 a abril 2011, se han analizado 26 pacientes mayores de 80 años intervenidos por vía laparoscópica. Las variables sometidas a estudio fueron: edad, sexo, antecedentes personales, estado físico y riesgo anestésico ASA, estadio tumoral TNM, técnica quirúrgica, tasa de conversión, complicaciones postoperatorias según clasificación Clavien-Dindo, mortalidad.

Resultados: Se intervinieron 9 mujeres y 17 varones con un edad media de 83,7 años (83,4 mujeres; 84 hombres) y máxima de 92 años. Los antecedentes personales registrados fueron:

HTA (76,9%), otras enfermedades cardiológicas (19,2%), DM (38,4%), dislipemia (15,3%), enfermedades respiratorias (15,3%), neurológicas (23%), otras neoplasias (3,8%), otras (53,8%). La distribución de los pacientes según riesgo anestésico ASA fue: ASA II (73%), ASA III (27%). Se realizaron 10 hemicolectomías derechas, 8 sigmoidectomías, 5 resecciones anteriores bajas y 3 amputaciones abdominoperineales. Se convirtieron 6 intervenciones a cirugía abierta (23% tasa de conversión) debido a adherencias (3 casos), dificultad técnica (1 caso), extensión del tumor (1 caso), lesión esplénica (1 caso). La distribución de los estadios tumorales TNM fue: estadio 0 (7,7%), estadio I (15,3%), estadio II (30,7), estadio III (38,3%), estadio IV (7,7%). La morbilidad postoperatoria según la clasificación de Clavien-Dindo de complicaciones postquirúrgicas se describe como: Grado I (infección de herida quirúrgica) 6 casos; grado II 8 casos (hematuria 1 caso, insuficiencia renal 1 caso, retención aguda de orina 1 caso, íleo postoperatorio 2 casos, insuficiencia cardíaca 1 caso, IAM 1 caso, fiebre 1 caso); grado IIIA 2 casos (hemorragia digestiva baja 1 caso, absceso intraabdominal 1 caso); grado IIIB 5 casos (evisceración 1 caso, fístula anastomótica 4 casos); grado V (muerte) 1 caso por fallo cardíaco (tasa mortalidad 3,8%). No hubo diferencias significativas en cuanto a la distribución de complicaciones postquirúrgicas según el estadio tumoral. El número de pacientes con riesgo anestésico ASA II sin morbilidad postoperatoria fue mayor que los pacientes con ASA III ($p < 0,05$) aunque no hubo diferencias significativas en cuanto a la existencia de complicaciones postquirúrgicas según riesgo ASA II y III.

Conclusiones: La incidencia de co-morbilidades en pacientes mayores de 80 años intervenidos quirúrgicamente por vía laparoscópica por cáncer colorrectal es más elevada y sus reservas funcionales están reducidas, por lo que la cirugía, tanto abierta como laparoscópica, en pacientes ancianos está asociada a una mayor tasa de complicaciones postquirúrgicas. La cirugía laparoscópica ofrece una opción terapéutica válida que trata de minimizar la agresión quirúrgica.

P-105. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA SECUNDARIA A DIVERTÍCULOS YEYUNALES

C. Mulas, V. Gumbau, M. Cantos, G. Martín, M.J. García-Coret, J. Sempere y J.V. Roig

Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: La enfermedad diverticular yeyunal es una rara entidad clínica con una incidencia que va desde un 0,002 según estudios con contraste de intestino delgado hasta un 4,6% según estudios en autopsias. La hemorragia digestiva baja masiva por sangrado diverticular es extremadamente rara. Ocurre en un 3,4-8,1% de los divertículos yeyunales. Actualmente, la enteroscopia de doble balón permite en la mayoría de casos un correcto diagnóstico y una terapéutica adecuada, aunque en ocasiones la hemorragia masiva obliga a una cirugía con resección del segmento afecto para controlar el sangrado.

Caso clínico: Varón de 83 años, pluripatológico, en tratamiento con un antiagregante plaquetario por una cardiopatía isquémica, que ingresa en el servicio de medicina digestiva por una hemorragia digestiva baja que requiere transfusión de varios concentrados de hemáties. La gastroscopia y la colonoscopia no muestran causa del sangrado. Se realiza un tránsito intestinal que es normal y una cápsula endoscópica que no logra identificar el origen hemorrágico. La enteroscopia de doble balón describe un divertículo de gran tamaño en yeyuno medio que presenta en el borde de la boca del divertículo una úlcera con fondo de fibrina sin signos de sangrado activo. Tras la retirada del anti-

agregante plaquetario cede la hemorragia y el paciente es dado de alta. Al mes presenta nuevo episodio de HDB persistente con repercusión hemodinámica que requiere transfusión de 8 CH sin mejoría significativa del hematocrito, por lo que se interviene quirúrgicamente, identificando, desde 20 cm del ángulo de Treitz y ocupando unos 50 cm de yeyuno, múltiples divertículos yeyunales. No se evidencian divertículos en otras localizaciones. Se realiza resección del segmento afecto y anastomosis primaria mecánica. Tras la cirugía el paciente evoluciona favorablemente manteniendo las cifras de hemoglobina y hematocrito por lo que es dado de alta a la semana de la intervención quirúrgica.

Discusión: La diverticulosis yeyunal se encuentra sobre todo en varones de 60-70 años de edad. Son lesiones adquiridas que se producen por un mecanismo pulsión apareciendo en la región más débil de la pared intestinal, el borde mesentérico por donde penetran los vasa recta. Se asocia con frecuencia a enfermedades del músculo liso o del plexo mientérico que producen alteraciones en la motilidad intestinal. Más del 50% de los pacientes presentan divertículos múltiples. La hemorragia por sangrado diverticular es muy infrecuente. Se presenta como una hemorragia digestiva baja, crónica o aguda. En el diagnóstico pueden ser útiles las pruebas de imagen con contraste o la arteriografía, aunque actualmente juega un papel importante la enteroscopia de doble balón, que además de permitir un examen de todo el intestino permite en la mayoría de las ocasiones controlar el sangrado. Sin embargo, en casos como el de nuestro paciente, la cirugía con resección del segmento yeyunal afecto con anastomosis primaria constituye el tratamiento definitivo e inevitable.

P-106. CARCINOMA ESCAMOSO SOBRE SINUS PILONIDAL

R. Cueva Cayetano, L. Muiños Ruano, A. González Tamargo, J.I. Rodríguez y J.J. González González

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: La degeneración maligna del *sinus pilonidal* en carcinoma es una complicación muy poco frecuente presentándose en aproximadamente el 0,1% de los casos, su patogénesis es desconocida y su comportamiento biológico agresivo. Aportamos tres casos nuevos de carcinoma sobre *sinus pilonidal* tratados en nuestro hospital.

Material y métodos: Se revisaron los pacientes intervenidos en nuestro centro de *sinus pilonidal*, entre enero de 2001 y diciembre de 2010, seleccionando aquellos casos que evolucionaron a carcinoma.

Resultados: Fueron intervenidos un total de 1.130 pacientes con diagnóstico clínico de *sinus pilonidal*. Presentaron malignización hacia carcinoma 3 casos (0,2%), todos ellos varones en la sexta década de la vida. El tiempo de evolución medio fue de un año y presentaron afectación ósea como característica común. La tabla refleja la descripción de estos 3 pacientes.

Conclusiones: A pesar de tratarse de carcinomas de baja incidencia, bien diferenciados y de bajo grado histológico, la degeneración maligna del *sinus pilonidal* se asocia a un mal pronóstico por su agresividad local, tendencia a la recidiva y complicaciones acompañantes. El tratamiento es la extirpación quirúrgica radical con márgenes libres de tumor que se consigue con dificultad en la primera resección. El papel del tratamiento adyuvante no está definido y no se aplica de manera sistemática. Es necesario plantearse la existencia de esta entidad para su diagnóstico y tratamiento precoz, que ha demostrado mejoría pronóstica.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Sexo	Varón	Varón	Varón
Edad	66	61	69
Diagnóstico	Lesión sospechosa	Lesión sospechosa	Casual
Anatomía patológica	Carcinoma escamoso	Carcinoma escamoso	Carcinoma escamoso
Tiempo de evolución	12 meses	8 meses	16 meses
Intervención quirúrgica	Múltiples 1° Resección en bloque y bordes quirúrgicos 2° Colostomía terminal 3° Desbridamiento 4° Colgajo de deslizamiento glúteo	Múltiples 1° Resección en bloque 2° Desbridamientos 3° Colgajo por deslizamiento	Múltiples 1° Resección en bloque 2° Colgajos glúteos 3° Desbridamiento 4° Sacrectomía parcial
Afectación ósea	Osteomielitis	Sacrococcígea	Ala sacra izq. cóccix
Metástasis linfáticas	Sí	Sí	No
Extensión a recto	No	No	No
QT ± RT	No	Flash antiálgico paliativo	No
T. recidiva tras cirugía	2 meses	2 meses	6 meses
Exitus	Sí	Sí	No

P-107. APENDICECTOMÍA POR APENDICITIS AGUDA EN NIÑOS: ANÁLISIS DE FACTORES CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y PATOLÓGICOS EN UN HOSPITAL DE NIVEL II

P. Artuñedo Pe, A. Rivera Díaz, C. López Muñoz, F. Fernández Bueno, A. Serrano del Moral, M. Durán Poveda y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: La apendicitis aguda es la causa más frecuente de cirugía abdominal urgente en niños. La apendicitis aguda es una enfermedad que afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes con un pico de incidencia en la segunda y tercera décadas de la vida. Es poco frecuente en niños menores de 5 años. El diagnóstico de la apendicitis aguda es eminentemente clínico, basado en una historia clínica y analítica compatibles y en casos de duda diagnóstica apoyado en técnicas de radiodiagnóstico (eco y CT). El tratamiento de elección es la apendicectomía con abordaje laparoscópico o laparotómico en función de la experiencia y decisión del cirujano.

Material y métodos: Se han analizado de manera retrospectiva los pacientes en edad pediátrica intervenidos en nuestro hospital por apendicitis aguda entre enero y diciembre de 2010. Los pacientes intervenidos incluidos en el estudio, por acuerdo con el servicio de anestesia, debían pesar más de 30 kg. Se han recogido, mediante un formulario quirúrgico informatizado (Selene Siemens®) parámetros demográficos, clínicos, diagnósticos, terapéuticos, anatomopatológicos y de evolución. El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS 15.0 considerando el nivel de significación estadística $p < 0,05$, empleando intervalos de confianza del 95%. El análisis de variables categóricas se ha realizado mediante el test de chi cuadrado y el de las variables cuantitativas mediante la t de Student y la comparación de las medias mediante el test de ANOVA.

Resultados: Del total de pacientes operados en este periodo, 211 pacientes, 42 (20%) han sido pacientes en edad pediátrica. En el 54,8% de los pacientes en edad pediátrica el diagnóstico de sospecha de la apendicitis aguda vino apoyado en alguna técnica de radiodiagnóstico ($p = 0,01$), en todos estos pacientes la técnica empleada fue la ecografía de abdomen. En el 76% de los casos el abordaje se realizó por vía laparotómica, frente al 23% de abordaje laparoscópico ($p < 0,05$). El índice global de complicaciones fue del 18%, siendo la infección de la herida quirúrgica la complicación más frecuente.

Conclusiones: En nuestra serie, en más de la mitad de los niños intervenidos por apendicitis aguda, el diagnóstico se ha apoyado en la ecografía de abdomen. La mayoría de los pacientes se han

intervenido por vía abierta dejando la laparoscopia para los casos de niños de mayor edad, más obesos y en los casos de dudas diagnósticas. El índice de complicaciones es similar al de las series publicadas a pesar de no contar con un servicio de cirugía pediátrica.

P-108. APENDICECTOMÍA ABIERTA VERSUS LAPAROSCÓPICA: RIESGO DE INFECCIÓN POSTOPERATORIA

C. Mulas Fernández, V. Gumbau, M. Cantos Pallarés, G. Martín Martín, M. Bruna Esteban, P. Albors Bagá, J. García-Armengol y J.V. Roig Vila

Hospital General de Valencia, Valencia.

Introducción: El abordaje laparoscópico en el tratamiento de la apendicitis aguda ha demostrado beneficio en cuanto a rentabilidad diagnóstica en cuadros dudosos, disminución del dolor postoperatorio, estancia hospitalaria e infección de herida quirúrgica. Sin embargo, existen controversias acerca de su valor y beneficio en el caso de apendicitis agudas complicadas, mostrando algunas series un aumento de las infecciones intra-abdominales postoperatorias en comparación con la cirugía abierta.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo de los pacientes sometidos a apendicectomía urgente en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo entre enero de 2008 y diciembre de 2009. Definimos 2 grupos: apendicectomía laparoscópica (AL) y apendicectomía abierta (AA), analizando y comparando tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y morbimortalidad postoperatoria. Realizamos también un análisis por subgrupos en función del grado de apendicitis aguda (no complicada: flemmonosa o flemmonogangrenosa y complicada: perforada, gangrenosa o purulenta).

Resultados: Un total de 564 pacientes fueron intervenidos por sospecha de apendicitis aguda. 402 (71,3%) se incluyeron en el grupo AA y 162 (28,7%) en el de AL. En el grupo AL se registraron 13 casos de conversión a cirugía abierta. El tiempo operatorio fue significativamente mayor en el grupo de AL ($61,5 \pm 24,7$ vs $51,0 \pm 20,1$ minutos en AA; $p < 0,05$). De forma global, el porcentaje de infección de herida quirúrgica fue de 11,7% en AA frente al 4,3% en AL ($p = 0,02$). La tasa de abscesos intraabdominales fue de 3,5% en AA y 4,3% en AL ($p = 0,63$), y la estancia hospitalaria de 3, ($\pm 3,8$) días en AA y 3,12 ($\pm 2,5$) días en AL ($p = 0,23$). Un 28,9% de los pacientes presentaron una apendicitis complicada, 20,5% (116) del grupo AA y 8,0% (45) del grupo AL. En estos pacientes, la tasa de infección de herida quirúrgica fue de 26,5% en

AA frente al 6,5% en AL ($p = 0,005$) con un porcentaje de abscesos intraabdominales similar en ambos grupos (8,5% en AA y 8,7% en AL; $p = 0,98$). No se encontraron diferencias en cuanto a días de estancia hospitalaria en este grupo ($5,6 \pm 5,6$ días en AA vs $5,1 \pm 3,8$ días en AL; $p = 0,52$). No se registraron casos de mortalidad en la serie estudiada.

Conclusiones: En nuestra serie no existe una mayor morbilidad asociada al abordaje laparoscópico en el caso de apendicitis complicadas y sí una reducción significativa del número de infecciones de herida quirúrgica. Sin embargo, el tiempo quirúrgico en la apendicectomía laparoscópica es más elevado frente al abordaje abierto convencional, no existiendo diferencias en la estancia hospitalaria media entre ambos grupos.

P-109. DIVERTICULOSIS Y DIVERTICULITIS APENDICULAR. A PROPÓSITO DE 1 CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Flor Costa, L. Solé Marsá, R. Sáez Redín, A. Díez-Caballero Alonso, X. Centeno Forníes y J.M. Raventós Negra

Instituto Universitario Dexeus, Barcelona.

Objetivos: La diverticulosis apendicular es una entidad de infrecuente presentación. Suele diagnosticarse en el contexto de un proceso de apendicitis aguda, y en ocasiones solo en el examen anatomopatológico. Presentamos el caso de un paciente intervenido con carácter urgente que presentaba 4 divertículos, con iconografía ilustrativa, y realizamos una revisión de la literatura médica referente a dicho cuadro.

Caso clínico: Varón de 56 años de edad, con historia y exploración física típicas de apendicitis aguda de 24h de evolución, y febrícula. En la analítica destacaba leucocitosis de 14.000 con desviación izquierda. La ecografía y el TAC informaban de engrosamiento del apéndice con una imagen de burbuja aérea yuxtapendicular. Fue intervenido con carácter urgente, excepcionalmente por vía abierta, y se halló un apéndice flemonoso de 75×10 mm con 4 divertículos, uno de ellos perforado en su punta. Se completó apendicectomía clásica con postoperatorio sin complicaciones. Se revisa la literatura sobre esta patología.

Discusión: Los divertículos se clasifican en verdaderos-congénitos (infrecuentes), con todas las capas de la pared intestinal, y en falsos-adquiridos formados por herniación de la mucosa, y que son la mayoría. Suelen ser asintomáticos, o bien provocar cuadro de dolor crónico en la fosa iliaca derecha similar al de una diverticulosis izquierda, debiendo incluirse en el diagnóstico diferencial especialmente en adultos. En la mayoría de casos se diagnostican en el contexto de una apendicitis aguda, con mayor tasa de morbilidad si es debida a diverticulitis. Si el anatomopatólogo tiene en mente este proceso, puede apreciarse en el 0,77% de las apendicectomías. Cabe destacar la asociación entre la diverticulosis apendicular y neoplasias apendiculares incidentales u obstructivas. Puede jugar un rol en el desarrollo de tumores mucinosos y de pseudomixoma peritoneal. Por ello, un estudio histológico minucioso es mandatorio. Si son diagnosticados en el contexto de un estudio por dolor crónico, o descubiertos accidentalmente durante una cirugía, la apendicectomía profiláctica está indicada para evitar futura perforación, y descartar concomitancia de neoplasia apendicular. El diagnóstico de los divertículos apendiculares en fase no inflamatoria es raro, al no soler dar síntomas. Si presentan un cuadro agudo, suele ser idéntico al de la apendicitis, y más raramente se presenta como dolor crónico-episódico. Aunque en este contexto pueden ser difíciles de reconocer, tanto el cirujano como el patólogo deben tenerlo en mente, sobre todo por su asociación a procesos neoplásicos. Su tratamiento es la apendicectomía, que debe igualmente ser realizada de forma profilác-

tica si se observan incidentalmente o durante el estudio de un dolor abdominal recurrente.

P-110. RESERVORIOS ÍLEO-ANALES EN “J”: COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS, RESULTADOS FUNCIONALES Y SEGUIMIENTO. A PROPÓSITO DE 121 CASOS

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

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción y objetivos: La colitis ulcerosa (CU) fue descrita por primera vez por Wilks en 1859, en 1909 Hawkins ofreció una excelente descripción de la enfermedad. La incidencia de la CU oscila entre el 3 al 15/100.000. La poliposis adenomatosa familiar (P.A.F.) es una enfermedad hereditaria que se transmite en forma autosómica dominante por un defecto genético en el brazo largo del cromosoma 5 (5q 21), y se manifiesta con múltiples pólipos adenomatosos en el intestino grueso (más de 100). La degeneración carcinomatosa es inevitable como evolución natural de la enfermedad. El primer caso fue publicado en 1881 por Sklifasouski. La incidencia es de 1 por 10.000. El tratamiento quirúrgico convencional de la colitis ulcerosa refractaria al tratamiento médico y la poliposis adenomatosa familiar era la proctocolectomía total y la ileostomía definitiva según Brooke. Los procedimientos con preservación del recto, precisaban de reintervención para eliminar el recto remanente, y finalmente la confección de ileostomía terminal. La introducción de la coloproctectomía restauradora por Park's en 1978, ha supuesto un gran avance para el tratamiento de estos pacientes, en su gran mayoría jóvenes, pues, aparte de realizar una ablación completa de la enfermedad, se evita la ileostomía, aportando una mejor calidad de vida para los enfermos.

Material y métodos: En el periodo entre enero 1986 y mayo 2011, fueron intervenidos 121 casos en el Chuac y centros concertados; 103 de colitis ulcerosa (CU), y 18 casos de poliposis adenomatosa familiar (PAF), practicándoles proctocolectomía, reservorio ileal en “J” y anastomosis íleo-anal.

Resultados: En la colitis ulcerosa de los 103 casos, 52 fueron realizados en 2 tiempos, 46 en tres tiempos, y 5 en un solo tiempo. De los 18 pacientes de poliposis adenomatosa familiar, 14 en 2 tiempos, y 4 en un tiempo, y mucosectomía 5 casos. En todos los casos se confeccionó el reservorio ileal en “J” de 15-20 cm de largo. Sutura mecánica en 97 casos, y manual en 6 casos. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 32 casos, destacamos: fístula de la anastomosis reservorio-anal: 4 casos, resueltos con tratamiento conservador. Sepsis pélvica: 2 casos, suboclusión intestinal: 9 casos. Hemorragia a nivel reservorio que precisó reintervención quirúrgica: 2 casos, fístula post-cierre ileostomía 2 casos, Pouchitis severa: 3 casos, Pouchitis moderada: 7 casos, en cuatro casos se realizó tratamiento biológico con infliximab con buena respuesta. TEP masivo: 1 caso. Mortalidad postoperatoria: nula. Resultados funcionales: deposiciones/24h: media 4,6, nocturnas: 43 casos, continencia normal: diurna 118, nocturna 99, capacidad de diferir la defecación > 30 min. 117 casos. Vida sexual-social satisfactoria 116. Eliminación del reservorio: 1 caso. Exclusión reservorio: 1 caso.

Conclusiones: La coloproctectomía restauradora sigue siendo el método más idóneo para el tratamiento quirúrgico de la poliposis adenomatosa familiar y la colitis ulcerosa. La mayor parte de las complicaciones postoperatorias fueron de carácter moderado o leves, siendo el factor experiencia del cirujano de gran trascendencia en este sentido. La mortalidad postoperatoria en nuestra serie fue nula. Los resultados funcionales son satisfactorios, con una calidad de vida buena. Recomendamos

la ileostomía lateral temporal en los casos de colitis ulcerosa severa, muy mal estado general, y en pacientes que han recibido altas dosis de corticosteroides y/o ciclosporina. La incidencia de Pouchitis en nuestra serie es no es muy elevada, observando buena respuesta a los tratamientos biológicos con (infliximab).

P-111. APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR: UN DIAGNÓSTICO OCULTO

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

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La apendicitis del muñón apendicular es una complicación infrecuente de la apendicetomía, aunque su verdadera incidencia se desconoce.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 38 años, de origen sudamericano, con el antecedente de apendicetomía en la infancia, que acude al Servicio de Urgencias por un dolor abdominal de 3 días de evolución con náuseas, hiporexia y fiebre de 38 °C. En la exploración se apreciaba dolor a la palpación en hemiabdomen derecho, con cierta defensa. Analíticamente solo destacaba una leve leucocitosis (10.560/ml) con desviación izquierda. Ante los hallazgos de la exploración se solicita ecografía de abdomen en donde se aprecia un aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica de la fosa iliaca derecha y una pequeña cantidad de líquido libre, por lo que se decide completar el estudio con un TAC abdominopélvico. En él se encuentra un plastrón inflamatorio con gas ectópico en fosa iliaca derecha, por delante del ciego y en contacto con la musculatura oblicua de la pared abdominal anterior, sugiriendo, al estar el paciente apendicetomizado, estar en relación con patología del muñón apendicular (apendicitis aguda perforada del muñón apendicular) o más improbablemente del ciego. En la cirugía se confirman los hallazgos radiológicos, encontrando un plastrón inflamatorio sobre ciego con algo de líquido libre. Se liberaron las adherencias del plastrón, encontrando un remanente del apéndice cecal, gangrenoso y perforado, completándose la apendicetomía de forma reglada. El paciente fue dado de alta en el 6º día postoperatorio sin incidencias tras completar el tratamiento antibiótico.

Discusión: La apendicitis del muñón apendicular es la inflamación del apéndice residual que se produce en pacientes apendicetomizados. Su verdadera incidencia se desconoce, ya que muchos casos no se publican. En la literatura no se encuentran más de 50 casos publicados, y en ningún caso son series. Su aparición puede ocurrir en cualquier momento después de la apendicetomía inicial, apareciendo en algunos casos más de 50 años después de la misma. La historia previa de apendicetomía suele retrasar el diagnóstico, presentando más frecuentemente una perforación y peritonitis, que se encuentra hasta en el 70% de los casos. Por este motivo es importante sospechar esta patología, sobre todo en pacientes en cuya primera cirugía se presentaron dificultades para la apendicetomía, especialmente en apéndices subserosos y retrocecales. Las técnicas de imagen son de gran ayuda en esta entidad. No se conoce el efecto que puede tener sobre la incidencia de esta patología el cada vez mayor uso del abordaje laparoscópico. La apendicitis del muñón apendicular es un cuadro con una alta morbimortalidad relacionada con el diagnóstico tardío de esta patología debido a la historia de apendicetomía previa. Por ello, es importante tener en cuenta este cuadro en pacientes apendicetomizados para reconocerlo de la forma más precoz posible.

P-112. SÍNDROME DE MCKITTRIC-WHEELLOCK: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE DOS CASOS

J. Melé Olivé, F. Herrerías, C. Gas, M. González, J.E. Sierra, A. Ferriñán, J. Viñas, J. Escoll, S. Ros, R. Villalobos y J.J. Olsina

Hospital Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: El Síndrome de McKittrick-Wheellock (SMW) se produce por un adenoma vellosa colorrectal causante de insuficiencia renal secundaria a una pérdida hidroelectrolítica severa. Presentamos el tratamiento de dos casos tratados mediante cirugía laparoscópica.

Casos clínicos: Caso 1: paciente de 74 años con enfermedad renal crónica por nefropatía hipocaliémica secundaria a diarreas de 10 años de evolución. Colonoscopia: tumoración vellosa circunferencial de 22 cm. de longitud desde margen anal. Estudio de extensión negativo. Se realizó una resección abdominoperineal de rectosigma laparoscópica y colostomía terminal. AP: adenocarcinoma intramucoso sobre adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado (pTisN0M0). Curso postoperatorio sin incidencias siendo alta a los 7 días con estabilización de enfermedad renal y resolución de diarrea. Caso 2: paciente de 86 años que debuta con insuficiencia renal, diarreas e hipopotasemia severa. Colonoscopia: gran pólipo vellosa en unión rectosigma de 8 cm de longitud que ocupa parcialmente la luz. El estudio de extensión fue negativo. Se realizó una resección anterior baja laparoscópica con excisión total del mesorrecto y una anastomosis colorrectal termino-terminal mecánica del calibre 31. Fue alta al 8º día sin incidencias y con resolución de las diarreas. AP: adenoma vellosa con displasia de alto grado no infiltrante (pTisN0M0).

Discusión: El adenoma vellosa constituye el 10% de los adenomas colorrectales. Suelen presentar poca clínica en función del tamaño tumoral y del componente vellosa. El SMW se presenta en el 2% de los pacientes y se aparece como diarrea mucosa severa con hiponatremia, hipopotasemia, azoemia prerrenal y deshidratación grave. En el 95% de los casos la resección es endoscópica pero si no es posible está indicada la resección quirúrgica, en nuestros dos casos, por laparoscopia.

Conclusiones: El síndrome de McKittrick-Wheellock es una rara entidad que requiere un alto índice de sospecha diagnóstica. Requiere un diagnóstico precoz dada la potencial implicación severa del equilibrio hidroelectrolítico y afectación renal.

P-113. NEUMOPERITONEO MASIVO EN UN RECIÉN NACIDO CON VENTILACIÓN MECÁNICA

J. Santos Naharro, R. Ayuso Velasco, J. Márquez Rojas, S. Roldán Baños, D. López Guerra, F.G. Onievas González, J.A. Flores García, A. Prada Villaverde, M. Arribas Jurado, E. Blesa Sánchez y J. Salas Martínez

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: El neumoperitoneo suele ser secundario a la perforación del tubo digestivo, en ocasiones lo es a un barotrauma, en especial en recién nacidos sometidos a ventilación mecánica, que causa rotura pulmonar y paso de aire desde la vía aérea al peritoneo a través del mediastino. Presentamos una paciente pretérmino que al tercer día de vida, mientras está sometida a ventilación mecánica, presenta neumoperitoneo masivo en ausencia aparente de barotrauma. La mayoría de las veces el neumoperitoneo requiere la realización de laparotomía porque es debido a la perforación de una víscera intraabdominal. Sin embargo entre el 5-14% de los casos no se evidencia dicha perforación.

Material y métodos: Se describe un caso clínico de neumoperitoneo espontáneo masivo en un recién nacido tratado de

forma conservadora con apoyo de imágenes de radiodiagnóstico.

Resultados: Presentamos una recién nacida pretérmino de 30 semanas de edad gestacional y 1.300 gramos de peso. Embarazo gemelar, presentando al nacimiento Apgar 7/9. Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por prematuridad donde se inicia ventilación mecánica por sufrir un síndrome de distrés respiratorio (SDR). Al tercer día de vida aparece un empeoramiento clínico por lo que se realiza una radiografía de tórax y abdomen en la que se aprecia un acúmulo de aire a nivel cervical y neumoperitoneo. No se aprecia neumomediastino, neumotórax ni enfisema intersticial pulmonar. En la exploración física no se observan signos de irritación peritoneal. Se realiza asimismo un tránsito digestivo superior en el que no se encuentra ningún tipo de anomalía. Ante estos hallazgos clínicos se decide la colocación de un drenaje en la cavidad peritoneal. El neumoperitoneo se resuelve en dos días; posteriormente la paciente permanece en neonatología resolviéndose su cuadro de SDR, con buena evolución hasta ser dada de alta.

Discusión: En los recién nacidos la causa más probable de aparición de neumoperitoneo es la perforación del tubo digestivo. El neumoperitoneo de origen abdominal puede aparecer tras la realización de una cirugía abdominal, o tras un traumatismo abdominal. Una causa relativamente frecuente en neonatos es la ventilación mecánica con presión positiva, con incidencia estimada es del 2%. Esto parece deberse al paso del aire desde los alveolos rotos, a través del tejido intersticial pulmonar y mediastínico, hasta la cavidad peritoneal atravesando los hiatos esofágico, aórtico o de la cava. Se ha observado que la utilización de una ventilación mecánica con un pico de presión inspiratoria mayor de 35 cm de H₂O, se correlaciona con un mayor riesgo de neumoperitoneo no secundario a perforación. En nuestro paciente se emplea una presión pico inspiratoria de 15-25 cm de H₂O sin evidenciarse la presencia de neumotórax o neumomediastino. La posibilidad, como sucede en nuestra paciente, de producirse neumoperitoneo en ausencia de signos radiológicos de barotrauma y sin perforación del tubo digestivo, nos aconseja ser extraordinariamente cautos antes de someter a laparotomía a un neonato con neumoperitoneo sometido a ventilación mecánica.

P-114. URETEROHIDRONEFROSIS BILATERAL POR IMPACTACIÓN FECAL: UNA COMPLICACIÓN INUSUAL

D. López Guerra, J. Villa Rincón, J. Márquez Rojas, F.G. Onieva González, J. Santos Navarero, S. Roldán Baños, M. Arribas Jurado, A. Prada Villaverde, M.J. Matito Díaz, G. Blanco Fernández y J. Salas Martínez

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: La impactación fecal es una situación clínica que se presenta con elevada frecuencia en la práctica clínica diaria, en la mayoría de las ocasiones no conlleva complicaciones de gravedad pero a veces puede desencadenar un desenlace fatal. Diversas situaciones que causan enlentecimiento del tránsito intestinal son las responsables de la producción del cuadro clínico tales como deshidratación, alteraciones del sistema nervioso autónomo, enfermedad de Hirschprung, Hipotiroidismo, ingestión de diversos fármacos, etc. Dentro de las complicaciones destacan la lesión de la mucosa intestinal, rectorragia, obstrucción intestinal e incluso en ocasiones fallo renal por uropatía obstructiva.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión de la literatura en la cual se han descrito pocos casos como el que nos ocupa, se trata de una complicación extremadamente rara, cabe destacar los artículos publicados por Knobel y Yuan en el año 2000.

Resultados: Presentamos el caso de una mujer de 58 años de edad con antecedentes personales de estreñimiento crónico e insuficiencia renal crónica estadio 4 (creatinina basal 3,5 mg/dl y aclaramiento de creatinina 19,5 ml/min) secundaria a enfermedad de Cacci-Ricci con nefrocalcinosis y cólicos nefríticos de repetición. La paciente ingresa en la Unidad de Nefrología por reagudización de la insuficiencia renal, presenta estreñimiento importante y meteorismo. En la exploración se aprecia una masa indurada paraumbilical izquierda con distensión abdominal y timpanismo, en el tacto rectal se objetiva masa indurada en la ampolla. Se realiza radiografía abdomen objetivándose fecaloma en marco cólico y pelvis menor. En la ecografía abdominal aparece ureterohidronefrosis bilateral grado IV hasta uréter distal. Se solicita TAC abdominal y se aprecia fecaloma de 14 x 14 cm que desplaza vejiga y comprime ambos uréteres, sin signos de perforación intestinal. Es valorada por el Servicio de Cirugía que tras valorar a la paciente instaura tratamiento diario con laxantes tipo lactulosa y extracción manual. Ante la sospecha de megacolon, se revisan muestra de intestino grueso obtenidas en 2003, observando marcado aumento de la presencia de gangliones del plexo mientérico con aumento del número de células ganglionares, sin que exista elevación del número, ni hipertrofia de plexos nerviosos, imagen indicativa de patología de inervación de plexos, tipo displasia neuronal compatible con megacolon. Posteriormente se realiza manometría objetivando reflejo recto esfinteriano, implantación anterior del ano, siendo estudio concurrente con estreñimiento descartando enfermedad de Hirschprung. Tras 4 semanas es dada de alta. A los 6 meses acude de nuevo al hospital por un cuadro de dolor abdominal intenso e hipotensión, presenta impactación fecal y neumoperitoneo secundario, la paciente fallece antes de intervenir quirúrgicamente.

Conclusiones: La ureterohidronefrosis bilateral secundaria a fecaloma es una entidad muy rara. Es una patología benigna con importantes complicaciones. El tratamiento adecuado se basa fundamentalmente en dos aspectos: la desimpactación manual y el uso de enemas vía rectal. En algún caso extremo o ante complicación grave ha sido necesario la extracción en quirófano mediante laparotomía. Una vez resuelto el episodio agudo se debe realizar una evaluación colónica mediante enema opaco o colonoscopia, evaluar enfermedades sistémicas (hipotiroidismo), y todos aquellos fármacos que puedan provocar estreñimiento crónico.

P-115. MASA NODULAR GIGANTE MESENTÉRICA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: UN CASO EXCEPCIONAL DE MESENTERITIS ESCLEROSANTE NODULAR

L. Vega López, S. Linacero Martín, M. Jiménez Toscano, J.M. Fernández Cebrián, B. Fernández Escudero, C. Loinaz Seguro, M. Pardo de Lama, P. Jiménez Almonacid y A. Quintans Rodríguez

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Introducción: La mesenteritis esclerosante es una infrecuente lesión pseudotumoral en el mesenterio del intestino delgado, de etiología desconocida, en relación con un proceso de inflamación crónica. La clínica y la radiología nos pueden hacer sospechar su diagnóstico, pero su diagnóstico definitivo requiere confirmación histológica. Presentamos un caso de mesenteritis esclerosante con debut por dolor abdominal.

Caso clínico: Mujer de 30 años con antecedentes de asma y tabaquismo que consulta por cuadros de dolor abdominal en hipogastrio, repetitivos, y tumoración palpable. No se asocia síndrome constitucional, leve anemia y marcadores tumorales normales. Se completó el estudio con un TAC abdominal con

hallazgo de un gran masa con probable dependencia de mesenterio alojada en pelvis mayor, de unos $13 \times 8 \times 7$ cm, definida, delimitada por una pseudocápsula, de contenido heterogéneo, que radiológicamente impresiona de liposarcoma. Se realizó laparotomía exploradora evidenciándose una tumoración de 15×12 cm de diámetro máximo y 500 gramos de peso, encapsulada, de consistencia leñosa y lobulada, próxima a la salida de los vasos mesentéricos superiores en su recorrido por el borde inferior del páncreas sin organodependencia. Se extirpó la lesión con preservación de la vascularización mesentérica y del intestino. El alta hospitalaria fue el cuarto día postoperatorio sin complicaciones. La paciente continua asintomática. La anatomía patológica de la pieza se informó como mesenteritis esclerosante nodular, describiéndose como una lesión benigna con predominio de fibrosis en áreas extensas y tejido adiposo residual con necrosis grasa delimitada por bandas fibrosas; acompañado de un infiltrado linfoplasmocitario crónico en la periferia. Se observó algún ganglio aislado con hiperplasia folicular linfoide. No se observan alteraciones en el inmunofenotipo del infiltrado inflamatorio.

Discusión: La mesenteritis esclerosante es una patología poco común de los mesos intestinales que puede presentarse como una masa o un engrosamiento mesentérico difuso. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, lo más frecuente es la presencia de dolor abdominal y masa palpable; o incluso, hasta de curso asintomático resultando hallazgo incidental. Es un proceso benigno, aunque puede asociarse a neoplasias hasta en el 69% de los casos. Su origen es desconocido. Los hallazgos en radiológicos son variables, siendo característico, no patognomónico, la aparición del “signo del anillo de grasa” por la formación de inflamación y fibrosis alrededor de los vasos mesentéricos. La existencia de una cápsula delimitando la lesión es infrecuente. Es preciso la confirmación anatomopatológica. Histológicamente se caracteriza por fibrosis, inflamación crónica y necrosis grasa; dependiendo de la proporción de cada uno se entienden las distintas variantes: mesenteritis esclerosante, paniculitis mesentérica o lipodistrofia mesentérica, respectivamente. Algunos autores sugieren la posibilidad de los distintos estadios evolutivos de una misma enfermedad que progresa hacia la fibrosis. En nuestra pieza, además, se observó una extraña variante nodular con presencia de pseudocápsula. La mesenteritis tiene un pronóstico favorable generalmente, aunque se desconoce su evolución natural. La controversia surge en la actitud terapéutica a seguir, con un espectro que varía desde el seguimiento, al uso de inmunomoduladores, y al abordaje quirúrgico, que representa una terapia definitiva y permite conocer la histología final. En nuestro caso, se consideró la alternativa quirúrgica dado la duda diagnóstica y la presencia de sintomatología.

P-116. METÁSTASIS INTESTINAL DE MELANOMA VULVAR COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

A. Titos García, I. González Poveda, M. Ruiz López, J. Carrasco Campos, J.A. Toval Mata, S. Mera Velasco, I. Pulido Roa, M. Valle Carbajo y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Los tumores del intestino delgado son raros. Tras el adenocarcinoma y el tumor carcinoide la etiología más frecuente es la metástasis, siendo el melanoma el tumor extraabdominal que más frecuentemente afecta al intestino delgado. A pesar de incorporaciones y mejoras en las técnicas de imagen como el PET y la cápsula endoscópica, la enfermedad suele pasar desapercibida en estadios iniciales siendo diagnosticada tardíamente tras la aparición de complicaciones como la obstrucción, perforación y la hemorragia digestiva.

Material y métodos: Mujer de 72 años con antecedentes de diabetes, fibrilación auricular e insuficiencia mitral, diagnosticada hace 12 años de melanoma maligno vulvar tratado con quimio-radioterapia. Libre de enfermedad desde entonces, ingresa en el servicio de Digestivo por hemorragia digestiva baja, astenia y anemia. Se realizó colonoscopia sin evidenciarse punto de sangrado, y TC abdominopélvica, visualizándose una masa pélvica de $6,2 \times 7$ cm. que englobaba varias asas de intestino delgado y parecía depender de íleon terminal. Se decide cirugía encontrándose una masa adherida a pelvis que engloba un asa de yeyuno y otra de íleon terminal, ambas de unos 15 cm. Se realiza resección en bloque de la masa y asas afectas, con doble anastomosis intestinal. El postoperatorio cursa con buena tolerancia digestiva salvo infección severa de herida quirúrgica, siendo dada de alta el 26º día. La histología informa 2 metástasis de melanoma, una infiltrando la totalidad de la pared ileal, y otra originada a nivel del meso que infiltra el asa yeyunal. Tras un periodo libre de enfermedad de 10 meses sin tratamiento adyuvante, se detectó en el seguimiento progresión de la enfermedad con metástasis en base pulmonar derecha, falleciendo a los 12 meses de la cirugía abdominal.

Discusión: Aproximadamente el 60% de los pacientes fallecidos por melanoma tienen metástasis gastrointestinales, aunque su diagnóstico *antemortem* solo se consigue en el 1,5-4,4% de los casos. Son lesiones típicamente polipoideas, pigmentadas o amelanocíticas, en la submucosa; que pasan desapercibidas en estadios iniciales con un periodo libre de enfermedad entre el primario cutáneo y la metástasis entre 6 y 90 meses. El PET con fluorodesoxiglucosa en combinación con la TAC alcanza sensibilidades diagnósticas cercanas al 100%. Por otro lado el uso de la cápsula endoscópica permite valorar la extensión de la afectación, sobre todo en casos de sangrados digestivos de origen incierto. Es fundamental el diagnóstico precoz de la enfermedad, teniendo una alta sospecha clínica en pacientes con historia previa de melanoma y sintomatología gastrointestinal, dado que la cirugía es el único tratamiento actual que ha demostrado aumentar la supervivencia en estos pacientes con cifras entre 7-28% según series a 5 años (mediana 15 meses).

P-117. ANGIOFIBROMA CELULAR GIGANTE CON NÓDULOS LEIOMIOMATOSOS LOCALIZADO EN FOSA ISQUIORRECTAL

F.J. de la Torre González, M. de Vega Irañeta, D. Huerfano Álvarez, A. Serrano del Moral, A. Rivera Díaz y F. Pereira Pérez

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: El angiofibroma celular (AFC) constituye una neoplasia de origen mesenquimal benigna descrita en 1997 por Nucci de localización vulvar o inguinoescrotal, característicamente de tamaño < 3 cm, bien delimitada, histológicamente constituida por células fusiformes y estructuras vasculares. En su crecimiento se han implicado estímulos hormonales. Su tratamiento es quirúrgico y su comportamiento benigno.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 44 años de edad que presenta tumoración localizada en región perineal posterior derecha de 1 año de evolución, no dolorosa. Se le realizó ecografía y resonancia magnética (RMN) apreciando tumoración de 9 cm de diámetro en fosa isquirrectal compatible con el diagnóstico de liposarcoma. Se le realizó biopsia con aguja gruesa (BAG), siendo diagnosticada de angiofibroma celular, diagnóstico que se confirmó en la pieza quirúrgica que se extirpó en bloque bajo anestesia locorregional obteniendo una pieza bilobulada de 9 cm de diámetro mayor localizada en fosa isquirrectal, entre recto y vagina y adherida a musculo elevador. El estudio anatomopatológico fue realizado por técnicas convencionales,

mostrando la típica arquitectura del AFC, pero además presentaba en su interior nódulos leiomatosos. Por inmunohistoquímica se apreció un bajo componente de receptores estrogénico y de progesterona pero expresando MSA; SMA, desmina, h-caldesmon y calponina. El CD34 se expresó solamente en el componente vascular del tumor. En el seguimiento de la paciente a los 48 meses no se han apreciado signos de recidiva clínica ni en RMN.

Discusión: El angiofibroma celular es una tumoración benigna poco usual (sólo tres series en la literatura y la mayor de 51 casos), de características benignas y habitualmente de pequeño tamaño. Nuestro caso presenta características especiales tanto en tamaño (> 8 cm) y con nódulos miomatosos (nunca descrito en la literatura).

Conclusiones: El angiofibroma celular es una tumoración benigna que se beneficia de la extirpación quirúrgica, debiéndose hacer el diagnóstico diferencial con otras entidades de comportamiento más agresivo como son el angiomiofibroblastoma y el angiomixoma.

P-118. QUISTE QUILOSO MESENTÉRICO

R. de la Plaza Llamas, J.M. Ramia Ángel, S. Alonso García, J.E. Quiñones Sampietro, V. Arteaga Peralta, F. Adel Abdulla, A.W. Kühnhardt Barrantes, C. Ramiro Pérez, M.P. Veguillas Redondo, J. Morante Castaño y J. García-Parreño Jofré

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: Los linfangiomas quísticos que afectan al mesenterio (LQM) descritos en lengua inglesa hasta la actualidad suponen unos 200. Los quistes quillosos (QQM) son variantes excepcionales de LQM de contenido quilloso y constituyen 7,3-9,5% de los quistes abdominales. Aportamos un nuevo caso, con imágenes de la intervención, tomografía e histología, así como la revisión bibliográfica.

Caso clínico: Mujer de 64 años con antecedentes de cardiopatía reumática con insuficiencia aórtica, histerectomía y anexectomía izquierda, hipertensión arterial, hepatitis por virus C, hipotiroidismo subclínico. En ecografía por estudio de virus C se objetiva masa quística abdominal en fosa hemiabdomen derecho. Se realiza tomografía computarizada que objetiva masa quística de 13 x 11 cm con densidad grasa que desplaza e impronta asas de intestino delgado sin nivel líquido, compatible con mucocoele apendicular, quiste mesentérico o menos probable, carcinoma de ovario. Analítica y marcadores tumorales en rango de la normalidad. La posibilidad de lesión neoplásica o mucocoele aconsejó realizar acceso laparotómico frente a laparoscópico. Se apreció una tumoración quística de aspecto lechoso dependiente del mesenterio intestinal y adenopatías regionales. Se practicó resección intestinal de 9 cm con anastomosis a 20 cm del ángulo de Treitz. El estudio histológico: segmento de intestino delgado y mesenterio con lesión vascular quística de 12 cm compatible con linfangioma quístico: múltiples canales vasculares irregulares vacíos de contenido, con revestimiento aplanado, inaparente, sin atipia. La lesión quística compromete en algunos puntos la pared del intestino, afectando a la serosa, muscular y submucosa. La mucosa conserva su arquitectura de pliegues y su revestimiento epitelial con ligeros infiltrados inflamatorios de tipo crónico en lámina propia y muy focalmente los epitelios glandulares. El estudio inmunohistoquímico confirma la naturaleza linfática de los canales vasculares: positividad de los espacios vasculares para D240 (vaso linfático) y CD31. Negativos para CD34 (endotelio), mesotelina, MOC-31, calretinina y WT-1 (mesoteliales). El análisis del contenido quístico relevó: triglicéridos 5.586 mg/dl, glucosa 74 mg/dl, amilasa 17 UI/ml y proteínas 125 g/L.

Discusión: La etiología de los QLM se desconoce. Podrían estar asociados con anomalías del desarrollo de los vasos linfáticos, sangrado o inflamación. Los QLM se producen en todas las edades, pero el 60% se diagnostican antes del quinto año. Se encuentran muy raramente en la práctica quirúrgica. Suponen 1/20.000 a 250.000 ingresos. Menos del 1% afecta el mesenterio, epiplón mayor, y el retroperitoneo. Histológicamente, los linfangiomas se subdividen en tres tipos principales: capilar, cavernoso y quístico. Sobre la base de su histología específica, LQM se clasifican como hamartomas. Los espacios quísticos están revestidos con una sola capa de endotelio, hay pequeños agregados linfoides en la pared del quiste que ayudan a distinguir linfangiomas de los quistes simples del mesenterio. Con base en el contenido del quiste, se puede dividir en un quiste seroso, quilloso, hemorrágico y quilolinfático. Pueden ser asintomáticos o debutar como masa abdominal, obstrucción, hemorragia, infección, ruptura, vólvulo u obstrucción del tracto urinario o biliar. Aunque son muy raros, los QLM y en particular los QQM deben tenerse en mente dentro del diagnóstico diferencial de las masas quísticas del abdomen. La escisión completa asegura un excelente pronóstico y cura.

P-119. ACTINOMICOSIS: PRESENTACIÓN ATÍPICA COMO PSEUDOTUMOR COLÓNICO PERFORADO

M. Mella Laborde, I. Ortega Vázquez, F. Orts Micó, C. Nofuentes Riera, A. Compañ Rosique, A. García Marín y S. García García

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

Introducción: La actinomicosis es una enfermedad granulomatosa crónica producida por el *Actinomyces israeli*, una bacteria gram positiva anaerobia, comensal habitual de la cavidad oral, el tracto gastrointestinal y genital, que puede ocasionar infecciones oportunistas. Tiene una incidencia estimada entre 1/119.000 y 1/400.000, siendo la afectación cervicofacial la forma clínica más frecuente (56%), seguida de las formas abdominopélvica (22%) y torácica (15%). Se da con más frecuencia en varones y en personas con déficit en la higiene bucal. Su curso insidioso con clínica inespecífica hace difícil el diagnóstico preoperatorio, logrado sólo en el 10% de los casos. La actinomicosis abdominal puede presentarse en forma de una masa abdominal simulando un tumor maligno.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico excepcional, en el que la actinomicosis se presenta como una masa colónica perforada en un varón joven sin factores de riesgo. Varón de 24 años, sin antecedentes médicos de interés, que acudió a urgencias por un cuadro de dolor epigástrico irradiado a la fosa iliaca derecha de 15 días de evolución asociado a diarrea, sin otra sintomatología. En la exploración clínica se objetivó un plastrón inflamatorio a nivel de fosa iliaca derecha sin signos de irritación peritoneal. Las exploraciones complementarias realizadas incluyeron una analítica de sangre en la que destacaba un discreto aumento de PCR: 2.21 como único hallazgo. La ecografía inicial se amplió con una TAC abdominal que mostraron una invaginación ileocecal con importante proceso inflamatorio a nivel del ciego y una imagen cálcica de 1,8 cm compatible con un apendicolito, no pudiéndose descartar un proceso neoplásico subyacente. Ante la sospecha de invaginación intestinal el paciente fue intervenido de urgencia mediante laparotomía media, evidenciándose una masa dura, de aspecto tumoral, en colon ascendente, perforada a retroperitoneo con un absceso adyacente de 4 cm, un fecalito intraluminal de gran tamaño y numerosas adenopatías en el meso del ileon terminal y colon derecho. El apéndice ileocecal era macroscópicamente normal. Se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-cólica L-L manual. La evolución fue favorable siendo dado de alta el 7º día postoperatorio.

Conclusiones: La actinomicosis colónica es una enfermedad granulomatosa crónica que afecta preferentemente a la región ileocecal. Esta entidad debe incluirse en el diagnóstico diferencial de todas las masas y abscesos abdominales. El diagnóstico preoperatorio supone un gran reto para el cirujano. La biopsia por PAAF o colonoscopia pueden mostrar gránulos eosinófilos, los típicos “granos de azufre” que pueden facilitar el diagnóstico y evitar laparotomías innecesarias. El diagnóstico diferencial debe hacerse con el cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, tuberculosis, amebiasis, y apendicitis. El tratamiento es médico con penicilina G IV 10-20 millones U/día 4-6 semanas, seguida de Penicilina oral 30 mg/kg/día durante 6 a 12 meses. La cirugía se reserva para el tratamiento de las complicaciones (obstrucción, perforación colónica, abscesos...) y en casos de dudas diagnósticas, siendo frecuente que el diagnóstico se obtenga tras el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica, como en este caso.

P-120. ESCLEROSIS PERITONEAL ENCAPSULANTE SECUNDARIA A DIÁLISIS PERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Dorado Castro, R. González López, P. Montoto Santomé, M.I. Pérez Moreiras, E. Iglesias Porto, J. Conde Vales, M.I. Cao Pena, C. Gegúndez Gómez, B. Millán Díaz, J.M. Couselo Villanueva y J.F. Arija Val

Hospital Lucus Augusti, Lugo.

Objetivos: Presentamos un caso clínico de esclerosis peritoneal encapsulante (EPE) secundaria a diálisis peritoneal.

Material y métodos: Hombre de 40 años que presenta antecedentes de púrpura de Schönlein-Henoch e insuficiencia renal crónica secundaria de trece años de evolución. Permanece en programa de diálisis peritoneal durante nueve años presentando múltiples complicaciones, la más grave obstrucción intestinal y peritonitis, por lo que se incluye definitivamente en hemodiálisis. Se diagnostica de EPE mediante biopsia peritoneal y se instauro tratamiento continuo con tamoxifeno y corticoterapia, con resolución de los episodios agudos mediante: reposo intestinal, antibioterapia y paracentesis evacuadoras. Tras cuatro años de evolución de la enfermedad ingresa en nefrología por nuevo episodio de obstrucción intestinal y peritonitis, se realiza paracentesis diagnóstica aislándose *E. coli* y tomografía computarizada (TC) abdominal visualizándose ascitis a tensión con desplazamiento hepático, múltiples tabiques y numerosas calcificaciones vasculares y de peritoneo. Se instauro tratamiento conservador, pero dada la mala evolución del paciente, se decide intervención quirúrgica. Se realiza peritonectomía, lavado y drenaje de la cavidad abdominal y se confirma la presencia de abundante contenido necrótico (tres litros), encapsulación visceral y múltiples calcificaciones.

Resultados: En el postoperatorio inmediato el paciente evoluciona favorablemente, pero al mes de la intervención presenta emisión de líquido seropurulento por el drenaje peritoneal. Se aíslan *Enterococo faecium* sensible a vancomicina y *Candida krusei*. Con la sospecha de peritonitis terciaria se decide la colocación de drenajes de lavado peritoneal que se realiza inicialmente con vancomicina, gentamicina y anfotericina B diluidos en suero. En cultivos posteriores se aísla *Bacteroides fragilis*, por lo que se añade imipenem al arsenal de antibióticos. Tras tres meses de la intervención el paciente continúa en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con lenta mejoría.

Conclusiones: La EPE es una de las complicaciones más serias del tratamiento con DP. Su incidencia oscila entre 0,7-7% de pacientes sometidos a DP. Se caracteriza por esclerosis irreversible del peritoneo y encapsulamiento de órganos intrabdominales, ocasionando obstrucción intestinal. Su etiología se relaciona

con la administración de sustancias no biocompatibles en peritoneo y el tiempo de DP. La presentación clínica incluye dolor abdominal, vómitos, febrícula, anorexia, ascitis, hemoperitoneo, etc. No existen herramientas para el diagnóstico precoz, pero la detección de estados preesclerosos es primordial para instaurar un tratamiento temprano y evitar la progresión de la enfermedad. En la primera fase de la EPE el peritoneo sufre una reacción inflamatoria marcada, beneficiándose de corticoterapia. En la segunda fase se produce el encapsulamiento visceral con disminución del componente inflamatorio, con buena respuesta al reposo intestinal y reducción de corticoterapia. Tras episodios de obstrucción intestinal recurrentes, llegamos a la tercera fase donde apenas se produce inflamación y entonces se plantea el tratamiento quirúrgico. La demora de este lo dificulta: si existen calcificaciones peritoneales, el riesgo de microperforación durante la disección aumenta. Existe una morbilidad quirúrgica de un 4% si el tratamiento es precoz y únicamente se realiza liberación de adherencias o extirpación de la cápsula, pero ésta llega hasta un 69% si se requieren resecciones y suturas intestinales.

P-121. LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

M.C. Manzanares Campillo, V. Muñoz Atienza, S. Sánchez García, E. García Santos, F. Ruescas, O. del Olmo Montero, P. Villarejo Campos, A. Jara Sánchez, A. Gil Rendo y J. Martín Fernández

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Los linfangiomas quísticos mesentéricos se clasifican según Perrot et al dentro del grupo de los infrecuentes quistes mesentéricos de origen linfático, descritos sobre todo en niños menores de 5 años (60%). Los linfangiomas quísticos predominan en cabeza, cuello, mediastino y axila, siendo rara su localización intraabdominal (< 5%). Constituyen un hallazgo incidental, presentan síntomas inespecíficos o debutan como un cuadro de abdomen agudo. En cualquier caso, el tratamiento recomendado es la exéresis completa del linfangioma, dado el riesgo de recidiva o las complicaciones (perforación, sangrado, infección, malignización, etc.) que puede desarrollar. Presentamos el caso infrecuente de un varón de 56 años con un linfangioma quístico mesentérico y revisamos la literatura.

Caso clínico: Paciente varón de 56 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, intervenido hace 18 meses de una hernia umbilical. Estudiado en la consulta por dolor abdominal de 1 mes de evolución, irradiado a fosa ilíaca derecha, de carácter intermitente, que se aliviaba con los cambios posturales. Saciedad precoz tras ingesta. No refiere síndrome constitucional. En la exploración física se palpaba una masa de gran tamaño en mesogastrio. En la tomografía axial computarizada (TAC) se objetivó una masa quística de 13 × 11,5 × 17 cm en flanco izquierdo que desplazaba asas y mesos intestinales, sugestiva de quiste mesentérico. El paciente fue intervenido realizándose la exéresis completa del quiste sin necesidad de resección intestinal. El estudio anatomopatológico observó una lesión quística uniloculada con una pared constituida por células planas epiteliales y células musculares lisas lo que permitió obtener el diagnóstico definitivo de linfangioma quístico. Actualmente se encuentra asintomático, tres meses después de la cirugía.

Discusión: Los quistes mesentéricos son lesiones benignas que fueron descritas por primera vez en una necropsia realizada en 1507 por Beneviene. Los más frecuentes son los de origen linfático y existen diversas teorías que intentan explicar su etiología incierta: proliferación benigna de tejido linfático ectópico o quistes formados por obstrucción linfática secundaria a cirugía,

traumatismos o radioterapia. La localización mesentérica de los linfangiomas es inusual (< 5%) hallándose en el mesenterio del intestino delgado (70,5%), sobre todo en la región ileal, y en el mesocolon (26,2%). Pueden ser asintomáticos y constituir un hallazgo incidental en una prueba de imagen por otra causa o debutar como un dolor abdominal crónico o un cuadro de abdomen agudo, secundario a complicaciones como infección, torsión, perforación, sangrado, isquemia intestinal, obstrucción intestinal y malignización (hasta en un 3%). Pueden describirse como lesiones quísticas uni o multiloculadas mediante ecografía o TAC abdominal, pero el diagnóstico definitivo será establecido por el estudio histológico del mismo. Wegner en 1887 los clasificó en simples, cavernosos y quísticos. En este último caso se aprecia una pared quística recubierta de endotelio linfático que contiene músculo liso y tejido linfóide, lo cual nos permite diferenciar los linfangiomas de los quistes linfáticos simples. La inmunohistoquímica muestra positividad para el factor-VIII, CD31, CD34 y D240. El tratamiento de elección consiste en la exéresis completa del linfangioma, que en ocasiones requiere realizar una resección intestinal (60%). Otros métodos como la punción evacuadora y la marsupialización no pueden ser aceptados por el riesgo de recidivas. En casos irresecables se han descrito buenos resultados con agentes esclerosantes como la bleomicina y el OK-432.

P-122. OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO POR HAMARTOMA NEUROMUSCULAR Y VASCULAR. UNA ENTIDAD INFRECUENTE

A. Titos García, J. Carrasco Campos, P. Ruiz Diéguez, S. Mera Velasco, I. González Poveda, M. Ruiz López, J.A. Toval Mata, N. Marín Camero, B. García Albiach y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: El hamartoma neuromuscular y vascular de intestino delgado es una patología excepcional, con menos de quince casos publicados en la literatura anglosajona. Se trata de una enfermedad benigna caracterizada por una proliferación de la submucosa intestinal y sus elementos en forma de estenosis hamartomatosas que producen cuadros recurrentes de sangrado intestinal y obstrucción. Ésta última suele ser la causa que provoca la cirugía y su diagnóstico histopatológico posterior.

Material y métodos: Paciente de 81 años con antecedentes de fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, asma bronquial y cáncer de próstata. Acude a urgencias por cuadro de dolor y distensión abdominal, cese del tránsito intestinal y vómitos fecaloideos de 48 horas de evolución. En TC abdominopélvica se visualiza a nivel de íleon medio un cambio de calibre con patrón en miga de pan sugestivo de neoplasia y dilatación proximal de asas. Se decide cirugía encontrándose un segmento ileal de 25 cm. con tres anillos estenóticos de aspecto inflamatorio vs isquémico. Se realiza resección del segmento afecto y anastomosis. En el postoperatorio desarrolla una neumonía izquierda con buena respuesta al tratamiento antibiótico que permite el alta al 16º día. La histología informa de segmento de intestino delgado con hamartoma neuromuscular y vascular. El paciente requirió a los 8 meses reintervención por volvulación de la anastomosis con resección de la misma sin evidenciarse recidiva. Actualmente asintomático.

Discusión: Fue descrita por primera vez en 1982 por Fernando y McGovern. Es una lesión de la submucosa benigna, infrecuente (menos de 15 casos publicados) única o múltiple y de etiopatogenia desconocida. Presenta una clínica inespecífica con episodios recurrentes de obstrucción y sangre oculta en heces. Ma-

croscópicamente se presenta como anillos estenóticos constrictivos que histológicamente corresponden a una proliferación de fibras musculares lisas de la muscular de la mucosa, y fibras nerviosas amielínicas, fibrosis, vasos angiomatosos y grupos de células ganglionares de la submucosa. La mucosa puede presentar ulceraciones en superficie. Presenta características clínicas e histológicas con otra enfermedad relacionada con la toma crónica de AINEs, la enfermedad diafragmática intestinal, aunque difiere de ella en que el HNMV no tiene relación con la toma de AINEs y las estenosis son hamartomatosas no fibróticas. Algunos autores también la relacionan con el espectro patológico de la enfermedad de Crohn pero éste es un hecho no demostrado. La cirugía es curativa en todos los casos.

P-123. OCLUSIÓN INTESTINAL COMO DEBUT DE UN LIPOSARCOMA GIGANTE RETROPERITONEAL

D. Escribano Pérez, A.C. Navarro Gonzalo, C. Pastor Espuig, M. Oset García, A.C. Utrillas Martínez, L.I. Comín Novella, M. González Pérez y J.M. del Val Gil

Hospital Obispo Polanco, Teruel.

Introducción: El liposarcoma es la variante histopatológica más frecuente de los tumores mesenquimales del retroperitoneo, los cuales representan sólo el 1% de todas las neoplasias. En el 85% de los casos son malignos y se caracterizan porque, debido a su localización profunda y un crecimiento lento y expansivo, permanecen asintomáticos hasta alcanzar grandes dimensiones (15-20 Kg), debutando generalmente con un aumento del perímetro abdominal por masa palpable. En el momento del diagnóstico hasta el 80% se encuentran ya afectando a órganos vecinos, aunque las metástasis a distancia son raras gracias a su escasa vascularización. Presentamos un caso clínico de esta patología en el que la ausencia de síntomas ha ocasionado un retraso en el diagnóstico, siendo el cuadro de debut la oclusión intestinal ocasionada por la voluminosa masa que comprime las asas intestinales.

Caso clínico: Varón 83 años, diabético e hipertenso, que acude a Urgencias por cuadro de estreñimiento y dolor abdominal, con importante distensión y aumento del perímetro abdominal de 2-3 días de evolución, que en últimas 24 horas se acompaña de ausencia de deposición y emisión de gases. Ingresa en el servicio de Medicina Interna para estudio, siendo la analítica normal y la exploración física anodina salvo distensión y aumento de la matidez abdominal, sin signos clínicos ascíticos. En las pruebas de imagen (ecografía y TC abdomino-pélvico) se detecta gran tumoración intraabdominal de predominio derecho que rodea colon derecho, altamente sugestiva de liposarcoma y sin otras lesiones asociadas, por lo que es derivado a nuestro servicio para intervención quirúrgica programada. En la cirugía, se halla un gran tumoración retroperitoneal lipomatosa amarillenta que engloba al colon derecho, en su mayoría semejante al tejido adiposo maduro aunque también se reconoce una zona de aspecto firme de 3 cm de aspecto calcificado y varias zonas necrohemorrágicas. Existe un área de crecimiento de la masa hacia grasa retrorenal que no es posible resecar. Se lleva a cabo una resección en bloque de la gran masa, asociada a hemicolectomía derecha, obteniéndose una pieza de 35 × 26 × 14 cm que incluye 30 cm de colon. El informe anatomopatológico lo describe como liposarcoma bien diferenciado de tipo esclerosante con área calcificada de desdiferenciación tipo fibrohistiocitoma maligno, no encontrándose afectado el colon. Tras la intervención el paciente presenta un íleo intestinal prolongado que se resuelve mediante tratamiento conservador, siendo la evolución, por lo demás, satisfactoria con buena consolidación de heridas, reinicio de ingesta oral y tránsito intestinal.

Discusión: Dada la dificultad para establecer un diagnóstico precoz del liposarcoma retroperitoneal por su inexpressividad clínica, adquiere mayor importancia el papel de la exploración clínica cuidadosa en aquellos pacientes con síntomas abdominales inicialmente inespecíficos, ya que la masa abdominal palpable es el hallazgo más frecuente. Por otro lado, su resección quirúrgica completa es esencial para el control local de la enfermedad, aunque rara vez es posible debido al carácter multicéntrico que suelen tener estos tumores.

P-124. ABDOMEN AGUDO POR INFARTO SEGMENTARIO DE EPIPLÓN MAYOR: RECONOCER PARA NO INTERVENIR

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

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Introducción: El infarto segmentario de epiplón mayor, es una causa poco frecuente de abdomen agudo, típica de la edad adulta y más frecuente en el sexo femenino. De etiología desconocida, se relaciona con malformaciones vasculares o del propio omento, factores mecánicos, ingestas excesivas o, de forma especial, con la obesidad. Clínicamente, se caracteriza por dolor abdominal de intensidad variable en hemiabdomen derecho, frecuentemente hipocondrio o mesogastrio. No suele asociar otros síntomas tales como náuseas, vómitos o diarrea, ni afectar al estado general del paciente. Las pruebas de laboratorio son normales, o muestran una leve leucocitosis o incremento de la velocidad de sedimentación. El diagnóstico se confirma con hallazgos típicos en las técnicas de imagen, ecografía y TC abdominal, hecho que, clásicamente, sólo era posible tras una laparotomía exploradora.

Caso clínico: Mujer de 65 años, portadora de marcapasos, con antecedentes de fibrilación auricular y apendicectomía. En tratamiento anticoagulante. Refiere abdominalgia localizada en flanco y fosa ilíaca derecha, de 24 horas de evolución, sin más sintomatología ni alteración de sus constantes. A la exploración, dolor con defensa en dichas regiones, siendo el resto normal. Las pruebas de laboratorio presentan una muy leve leucocitosis (11.700 leucocitos), sin otras alteraciones, salvo las esperadas en la coagulación. Se realiza ecografía abdominal, no concluyente, y TC, observándose en el flanco derecho, coincidiendo con el punto de máximo dolor, un área ovalada, mal definida, con aumento de los valores de atenuación de la grasa pericecal-colon ascendente, compatible todo ello con infarto segmentario de epiplón mayor. Se instaura tratamiento antiinflamatorio y antibiótico (ertapenem, 1 g cada 24 horas) que resulta satisfactorio, cediendo progresivamente la sintomatología. Alta domiciliaria al 4º día de ingreso, con antibioterapia y analgesia oral. Pese a la buena evolución previa, la paciente reingresa siete días después, por reaparición de abdominalgia similar a la previa y febrícula. La analítica es, en este caso, estrictamente normal. En la ecografía se observa una región hiperecogénica no compresible bajo la zona de máximo dolor y en el TC, la misma lesión grasa, de unos 5 × 3 cm, mejor definida y con aumento de signos inflamatorios. Se reinstauran medidas conservadoras. El cuadro mejora progresivamente, siendo dada de alta al 6º día.

Discusión: El infarto segmentario del omento mayor es una causa poco frecuente de abdomen agudo, con hallazgos clínicos y radiológicos típicos, observados también en el caso expuesto. El desarrollo de las pruebas de imagen permite un diagnóstico fiable y evitar una intervención quirúrgica antes rutinaria, siendo hoy la elección el tratamiento conservador.

P-125. SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHEELOCK COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL CÁNCER RECTAL: CASO CLÍNICO

L. Tortolero Giamate, S. Corral, P. Calero, G. Housari, L. Latorre, M. Coll, P. Abadía, V. Morales, A. Rey, M. Devesa y E. Lobo

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Este síndrome se define por la presencia de diarrea secretora que produce depleción hidroelectrolítica severa, asociada a un adenoma vellosos mucoscretor de recto de gran tamaño (McKittrick y Wheelock, 1954). Este caso es excepcional, debido a que el adenoma vellosos es el pólipo neoplásico colorectal menos frecuente y dentro de éste el del subtipo mucoscretor, donde el desarrollo del síndrome McKittrick-Wheelock es inhabitual.

Caso clínico: Varón de 58 años que acude al Servicio de Urgencias por deterioro progresivo del estado general, caracterizado por astenia, calambres musculares, palpitaciones y polidipsia intensa. Refiere un síndrome diarreico con moco, intermitente, de 1 año de evolución con incremento en el número de las deposiciones en la última semana. En la exploración, se detectan signos de deshidratación severa sin otros hallazgos relevantes. En la analítica se objetiva elevación de la creatinina, acidosis metabólica con anión GAP elevado, hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia. Ingres en la Unidad de Agudos de Nefrología para reposición hidroelectrolítica. Se realiza colonoscopia, con hallazgo a 10 cm del margen anal de pólipo sésil, circunferencial, no subsidiario de tratamiento endoscópico, por lo que se interviene quirúrgicamente realizándose resección anterior baja. En el estudio anatomopatológico se confirma adenocarcinoma bien diferenciado sobre adenoma vellosos sésil, de 10 × 9 cm, que infiltra la capa submucosa del recto en su base de implantación, T1N0Mx. La evolución postoperatoria fue favorable, manteniendo estables su función renal y las cifras de iones séricos. El estudio de extensión tardío detectó una lesión pulmonar que fue resecada, tratándose de un adenocarcinoma pobremente diferenciado (pT1aN2M1), con inmunohistoquímica CK7(+)/CK29(-) característica de tumor primario.

Discusión: El síndrome de McKittrick-Wheelock se produce por una hipersecreción de fluidos y electrolitos desde las células adenomatosas, asociado a altos niveles de prostaglandinas E2 (Steven et al, 1981). El desarrollo de este síndrome está en relación con el tamaño del adenoma: mayor de 3 cm para producir una cantidad de secreción importante, y su ubicación en la parte distal del colon que no permite una reabsorción compensadora de los fluidos, con la consecuente depleción. Cuando las pérdidas intestinales están en un rango de 0,5 a 3 litros/día, se puede producir deshidratación e insuficiencia renal aguda. El tratamiento debe ser intensivo, con reposición de las pérdidas hidroelectrolíticas. La Indometacina, inhibidor de la PGE2, disminuye el componente secretor del adenoma (Huchzermeyer et al, 1995). Sin embargo, el tratamiento definitivo es su resección quirúrgica, que además por tener componente vellosos, tiene mayor riesgo de presentar displasia, carcinoma in situ o incluso de tipo infiltrante, como en nuestro caso. El cáncer sincrónico de recto y pulmón tiene una prevalencia del 0,1%. Los métodos inmunohistoquímicos ayudan a diferenciar de forma definitiva el adenocarcinoma pulmonar primario que muestra CK7(+)/CK29(-), del metastásico que es CK7(-)/CK20(+).

Conclusiones: Concordamos con Marutare et al (2009) en que ante la presencia de insuficiencia renal aguda, alteraciones hidroelectrolíticas y diarrea crónica se debe sospechar este síndrome. El tratamiento agresivo y precoz de reposición hidroelectrolítica es necesario, pero la resección quirúrgica de la masa secretora es el tratamiento definitivo.

P-126. GIST MUTACION C-KIT NEGATIVO

M. Alba Valmorisco, M.C. Bazán Hinojo, D. Pérez Gomar, A. Bengoechea Trujillo, M. López Zurera, M.A. Mayo Ossorio, J.M. Pacheco García, A. Gil-Olarte Pérez y J.M. Vázquez Gallego

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Los GIST son tumores mesenquimales generalmente CD117 (c-kit, KIT) positivos, producidos por una mutación en KIT o PDGFRA, compuestos por células fusiformes o epiteloides que se originan en el tracto gastrointestinal, el epiplón, el mesenterio o el retroperitoneo. Se distinguen tres tipos según los tipos celulares que aparecen en estos tumores: de células fusiformes (77%), de células epiteloides (8%), mixtos (5%). Inmunoquímica más del 95% de los GIST expresan c-kit, un 70-90% expresa CD34; un 20-30% actina; un 8-10% proteína S-100 y un 2-4% desmina. Presentamos el caso de un tumor GIST c-kit negativo.

Caso clínico: Paciente de 68 años derivado del servicio de digestivo con el diagnóstico de masa en fosa iliaca derecha. El paciente fue diagnosticado de la tumoración tras ser ingresado por cuadro de obstrucción intestinal y retención urinaria auto-limitadas. A la exploración abdominal: abdomen blando depresible, no doloroso, con masa dura palpable en cuadrante inferior derecho. Exploraciones complementarias: ecografía abdominal: tumor ileocecal de 7 cm de diámetro. TAC abdominal: doble masa en FID. Una de 6 cm de diámetro entre asas intestinales, sólida con signos de infiltración de alguna de ellas. La otra centrada en psoas iliaco derecho. PAAF: tumor mesenquimal fusocelular CD34 +, c-kit -. Colonoscopia: compresión extrínseca en ciago. El paciente fue intervenido quirúrgicamente practicándose una incisión laparotómica amplia, se demostró un tumor sólido extradigestivo que ocupaba todo el ángulo ileocólico, se practica biopsia intraoperatoria: tumor fusocelular. Presentaba infiltración linfomatosa difusa que ocupa todo el retroperitoneo derecho englobando vasos cólicos derechos y contactando sin infiltrar el eje duodeno- pancreático. El segundo tumor englobaba en su interior los vasos arteriales y venosos ilíacos derecho, así como uréter. Se practicó resección ileocólica junto con la infiltración retroperitoneal. La pieza es enviada a anatomía patológica donde se demuestra la expresión CD34 y negatividad para actina de músculo liso, actina muscular específica, desmina, calponina, S-100, CD57, CD23 y CD117. Dada la negatividad CD117 se envía el caso al Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas que demuestra una mutación puntual del exón 11 del gen c-kit apoyando el diagnóstico de GIST.

Discusión: A la hora de realizar el diagnóstico de los GIST se debe realizar un estudio inmunohistoquímico con CD117, CD34, actina desmina y proteína S-100, y es deseable valorar el índice proliferativo con Ki67. En un porcentaje menor al 5% no se detecta inmunoeexpresión CD117 ante estos casos con morfología de GIST es recomendable remitir el material a un centro de referencia y obligatoriamente se debe investigar posibles mutaciones en kit y, si el estudio es negativo, en PDGFRA. Las mutaciones en c-kit se localizan fundamentalmente en los exones 9, 11, 13 y 17 del gen KIT (las mutaciones en el exón 11 son las más frecuentes encontrándose en torno al 75-80%). No solo existen mutaciones en KIT, un 7-10% de los GIST presentan mutaciones en PDGFRA.

P-127. ABDOMEN AGUDO NO QUIRÚRGICO SECUNDARIO A COMPLICACIONES INTRAABDOMINALES POR ANTICOAGULANTES ORALES

O. Abdel-Lah Fernández, I. Hevia, J.L. Rodicio, M. Bongera, M.A. Vega y F. Pozo

Hospital Álvarez Buylla, Mieres.

Objetivos: El incremento en el consumo crónico de anticoagulantes orales, principalmente por problemas cardiológicos, está provocando un aumento de sus complicaciones, entre las que se cuenta el sangrado intrabdominal, que puede presentarse de formas muy variadas y en la mayoría de las ocasiones de forma urgente, nuestra intención es escribir un caso clínico, que esnefica de forma ejemplar esta patología y su manejo.

Material y métodos: Con el fin de identificar complicaciones intraabdominales secundarias a la toma de anticoagulantes orales, realizamos una revisión retrospectiva de 2008-2010.

Resultados: Durante ese tiempo encontramos 2 enfermos. Caso 1: varón de 53 años, hipertenso, hipercolesterolemia, EPOC con el diagnóstico de miocardiopatía dilatada y fibrilación auricular. Presentó dolor abdominal cólico en fosa iliaca izquierda de 12 horas de evolución, con distensión abdominal y vómitos, a la exploración destaca timpanismo, defensa abdominal en mesogastrio, no se palpan masas abdominales ni signos de irritación peritoneal; estaba afebril y normotenso. Al ingreso el INR: 18 y la tasa de protrombina del 5%. En la radiología simple se observó dilatación de asas de delgado. Se trató con reposo digestivo, suero-terapia y vitamina K. El TAC abdominal reveló un hematoma en la pared de un asa yeyunal de 18 cm. de longitud. El enfermo evolucionó de forma satisfactoria. Caso 2: varón de 69 años, DM tipo II, bebedor importante con esteatosis hepática, TVP en MII hacía 2 meses. Remitido a urgencias por dolor abdominal difuso de 48h, sin tránsito a heces y gases, negaba cualquier antecedente traumático. A la exploración estaba afebril y estable con el abdomen distendido y dolor a la palpación en el vacío izquierdo y mesogastrio sin objetivarse masas abdominales. INR: 3,2, tasa de protrombina del 26%, El TAC reveló una colección con un nivel en su interior de 7,5 cm en la raíz del mesenterio no dependiente del sigma ni de asa de intestino delgado, se suspendió el anticoagulante oral y se pautó vitamina K manteniendo el reposo digestivo 8 días.

Conclusiones: Esta patología puede simular otros procesos abdominales agudos que implican tratamiento quirúrgico urgente, por lo que esta entidad debe formar parte del diagnóstico diferencial, en todo abdomen agudo en pacientes con tratamiento anticoagulante. El tratamiento conservador de estas entidades una vez diagnosticadas es efectivo, en la mayoría de los pacientes.

P-128. DOLOR EN HCD ASOCIADO A FIEBRE NO EQUIVALE A COLECISTITIS

M. Pérez-Seoane de Zuzunegui, A. Sánchez Ramos, L. de Gregorio Muñiz, N. Farhangmehr Setayeshi, K. Cuiñas León, A. García Pavía, J. González González, F. Martínez Arrieta, I. Alonso Sebastián y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: La colecistitis aguda y la colangitis son dos entidades clínicas ampliamente presentes en el diagnóstico diferencial del dolor en HCD asociado a fiebre. Sin embargo no debemos olvidar la existencia de otras estructuras anatómicas en dicho cuadrante abdominal, tales como el duodeno o el ángulo hepático del colon.

Casos clínicos: Presentamos dos casos de dolor en HCD asociado a sepsis. Caso 1: varón de 43 años que acude a urgencias por

dolor en HCD de 24 horas de evolución asociado a sensación distérmica. La exploración abdominal es inespecífica, con signo de Murphy negativo. En el hemograma destaca leucocitosis con neutrofilia. La bioquímica sanguínea sólo revela un amplio aumento de la PCR. Tres ecografías seriadas demuestran una mínima alteración de la pared vesicular en relación con colelitiasis. El paciente ingresa en nuestro servicio con el diagnóstico de colecistitis aguda litiasica. La evolución en las primeras 48 horas es tórpida a pesar de antibioterapia intravenosa (amoxicilina-clavulánico), con fiebre persistente y leucocitosis en ascenso. Se decide realizar en ese momento un TC urgente, que revela diverticulitis grado I de Hinchey a nivel del ángulo hepático del colon, sin alteraciones asociadas de la vesícula biliar. Tras escalar la antibioterapia a piperacilina-tazobactam el paciente evoluciona favorablemente, con alta tras una semana de tratamiento. Caso 2: mujer de 44 años que acude a urgencias por dolor en HCD de 12 horas de evolución asociado a náuseas y febrícula. A pesar de la inespecificidad de la exploración abdominal y de la normalidad analítica se decide solicitar ecografía de abdomen para descartar colecistitis aguda, que se amplía a TC por indicación del radiólogo de guardia. En TC abdominal urgente, en el que se objetiva diverticulitis del ángulo hepático grado I de Hinchey. La paciente ingresa con ciprofloxacino y metronidazol intravenosos. A los tres días es dada de alta a domicilio para completar la antibioterapia vía oral, con buena respuesta a la misma.

Conclusiones: La enfermedad diverticular del colon es común en nuestro medio, si bien suele afectar al sigma y colon descendente. Hasta un 25% de los pacientes con EDC padecerán diverticulitis a lo largo de su vida. Debemos tener presente la diverticulitis derecha en el diagnóstico diferencial de la sepsis de origen abdominal con dolor manifiesto en HCD poco sugestivo de colecistitis.

P-129. APENDICITIS AGUDA EN PACIENTE CON ASISTENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA

B. Láiz Díez, L.E. Giménez Alvira, G. Sanmartín de Castro, J. Segovia Cubero, J.G. García Schiever, K. Cuiñas León, N. Farhangmehr Setayesi, M. Pérez-Seoane de Zunzunegui, M. Cea Soriano, J.L. Lucena de la Poza y V. Sánchez Turrión

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Presentación del caso clínico de un paciente varón de 31 años con asistencia ventricular izquierda por miocardiopatía dilatada no compactada con cuadro de apendicitis aguda.

Caso clínico: Varón de 31 años con asistencia ventricular izquierda (Berlin Herat ExCor) por miocardiopatía dilatada no compactada diagnosticada a los 13 años con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) 30%, insuficiencia tricuspídea y mitral grave e hipertensión pulmonar grave, portador de DAI (desfibrilador automático implantable) desde un año antes. Al 9º día postoperatorio de la colocación de su dispositivo de asistencia ventricular comienza con fiebre, a pesar de tratamiento antibiótico de amplio espectro (vancomicina, rifampicina y meropenem), dolor abdominal y diarrea. En la analítica se observa leucocitosis y desviación izquierda, con hemocultivos negativos y aislamiento de *E. coli* y *Candida glabrata* (sensibles a ciprofloxacino y caspofungina respectivamente) en orina. Se realiza TAC abdominal que es informado como ileitis distal inflamatoria versus infecciosa con cuadro suboclusivo intestinal proximal. Dada la mala evolución de la sintomatología del paciente a pesar del tratamiento médico, se realiza al cabo de una semana un nuevo TAC abdominal donde se objetiva apendicitis aguda evolucionada con absceso periapendicular. Debido a la localización del absceso y la imposibilidad de realizar un drenaje percutáneo del mismo, se decide intervención quirúrgica ur-

gente. Esta se lleva a cabo mediante laparotomía, ya que la situación hemodinámica del paciente impide un abordaje laparoscópico, realizándose apendicectomía retrógrada y drenaje de absceso mesoceliaco y de fondo de saco de Douglas. Tras 2 días de ingreso en UCI, es dado de alta a planta afebril y con desaparición de alteraciones analíticas y sintomatología. Resto de ingreso hospitalario sin incidencias hasta recibir trasplante cardíaco al cabo de 2 meses, con explante de asistencia ventricular y DAI, y alta a los 20 días, con seguimiento posterior satisfactorio.

Discusión: Los dispositivos de asistencia ventricular se usan como puente al trasplante cardíaco en pacientes con importante insuficiencia cardíaca con mala clase funcional. El 20% de los pacientes que los portan puede llegar a presentar complicaciones extracardiácas, que obligan a realizar diferentes procedimientos para su resolución; de estos, un 50% se lleva a cabo en los 30 primeros días tras el implante del dispositivo de asistencia, mientras que es necesario practicar sólo un 30% de los procedimientos cuando se sobrepasan los 100 días. Las complicaciones intraabdominales más frecuentes en estos pacientes son apendicitis aguda, colitis isquémica, ileítis, colecistitis y pancreatitis, junto con patología herniaria y eventraciones. La patología intraabdominal complicada se presenta en un 11% de los casos, es la más frecuente y grave, eleva la mortalidad pretrasplante a un 36% frente al 17% en los pacientes que no la padecen; y cuando es de etiología infecciosa, la mortalidad alcanza el 60%. La cirugía abdominal en estos pacientes es difícil debido a la posición paralela y próxima a la pared abdominal de los dispositivos de asistencia ventricular, a la circulación extracorpórea y a la anticoagulación que conllevan, pero debe realizarse precozmente para disminuir las complicaciones postoperatorias y la mortalidad.

P-130. AFECTACIÓN DEL APÉNDICE VERMIFORME POR LLC TIPO B: A PROPÓSITO DE UN CASO

F.J. Blanco González, D. Álvarez Martínez, M.E. Gómez García, C. Redondo Cano y B. Ballester Sapiña

Hospital Universitario de la Ribera de Alzira, Alzira.

Introducción: El linfoma comprende el 1-4% de todos los cánceres del tracto gastrointestinal, siendo los linfomas apendiculares, primarios como secundarios, extremadamente raros, 0,015% de todos estos linfomas. La leucemia linfática crónica es el sd. linfoproliferativo crónico de expresión leucémica más frecuente de los países occidentales, se caracteriza por acúmulo progresivo de linfocitos neoplásicos que coexpresan CD5 y CD19 en sangre periférica, médula ósea y ganglios linfáticos como consecuencia de una resistencia adquirida a la muerte celular programada o apoptosis.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 61 años diagnosticado en 2004 de LLC-B estado 0 de Rai-A de Biret. LDH y B2 normal CD38 (-) y con ausencia de aneuploidias. Se trató con PDN y clorambucil, posteriormente con Leukeran (10 mg/m² × 7 d cada 28 debido a la contraindicación para análogos, con respuesta tras 12 ciclos. En 2009 progresión analítica, iniciándose tratamiento con FCR durante 6 meses, con respuesta: reducción de esplenomegalia, adenopatías, excepto las mesentéricas. TAC 12/2010: Apéndice cecal engrosado y ocupado en su totalidad confundiendo su extremo distal con las adenopatías. No signos de neoplasia cecal. Dada la evolución y la ausencia de otras lesiones lo más probable es que estos hallazgos no estén en relación con la LLC, sino que se trate de una neoplasia apendicular con conglomerado adenopático mesentérico. Descartamos tumor carcinoide como primera posibilidad con orina de 24 horas determinando HAV, VAM y ac. 5-hidroxiindolacético, siendo normales. Descartamos tumor MALT con afectación mucosa por

colonoscopia siendo esta estrictamente normal. Gastroscoopia normal. Planteándose laparoscopia exploradora con intraoperatoria de adenopatía mesentérica y apendicectomía si fuese necesario o hemicolectomía derecha. La infiltración de órganos por células leucémicas en pacientes con LLC tipo B, es normalmente asintomática y se detecta en autopsias, la infiltración de la mucosa del tracto intestinal se puede comportar como una enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Cuando se produce esta extensión extranodal el linfoma suele ser de peor pronóstico. Se le realiza laparoscopia exploradora enviando peroperatoriamente una muestra de tenido peritonítico siendo consignado como material linfoide, remitiendo ganglio mesentérico sito en mesoapéndice considerado como tejido linfático necrótico, por lo que se realiza apendicectomía sobre estructura intensamente fibrosada y engrosada arrojando un diagnóstico de apéndice cecal con infiltración por sd. linfoproliferativo, pendiente de técnicas de inmunohistoquímica para tipificación).

Discusión: La apendicitis es una conocida complicación en pacientes leucémicos pero la afectación leucémica del apéndice sucede muy raramente, pudiendo el TAC proporcionar un diagnóstico preoperatorio. Si el linfoma está confinado al apéndice, la apendicectomía es el tratamiento recomendado sin terapia adyuvante, reservándose la hemicolectomía derecha cuando hay afectación del ciego. El caso de nuestro paciente es controvertido puesto que parece que la afectación del apéndice no es por una extensión de las adenopatías pericólicas o regionales sino por una afectación extranodal de la enfermedad por lo que observando el ciego libre de la misma se decide abstención de la hemicolectomía derecha, siendo controvertida la interpretación de las técnicas de imagen.

P-131. EVISCERACIÓN TRANSVAGINAL TRAS HISTERECTOMÍA RADICAL MÁS RADIOTERAPIA

I. Domínguez Serrano, R. Sanz López, O. Cano Valderrama, A. Gortázar Pérez-Somarriba, A. López de Fernández, R. Santos Ranco, C. Cerdán Santacruz, J. Zuloaga Bueno y J. Cerdán Miguel

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La evisceración vaginal es una entidad rara, y excepcional si se produce tras una histerectomía radical, existiendo únicamente 4 casos descritos en la literatura anglosajona.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 51 años con antecedente de cáncer de cérvix uterino tratado mediante intervención de Wertheim-Meigs (histerectomía radical más linfadenectomía) por laparotomía en septiembre de 2010. La anatomía patológica definitiva indicó que el tumor estaba en un estadio pT1b1 pN1 M0. Fue remitida al Servicio de Oncología Médica, donde se indicó tratamiento con radioterapia adyuvante. La paciente recibió una dosis total de 45 Gy mediante radioterapia isométrica externa y posteriormente se indicó braquiterapia de alta dosis (HDR), administrada mediante colpostatos vaginales con una dosis de 5.5 Gy por sesión. En la segunda dosis de braquiterapia se apreció al colocar los colpostatos una dehiscencia de la cicatriz de colpectomía con evisceración a través de la misma de asas intestinales, motivo por el que se consulta a nuestro Servicio. Se decidió ingreso para tratamiento quirúrgico programado dada la estabilidad clínica de la paciente. Se realizó tratamiento quirúrgico mediante laparotomía media infraumbilical. Se aprecian asas intestinales con signos de enteritis rúbrica adheridas a vagina que corresponden a íleon. Liberación de asas intestinales, observando apertura completa de cúpula vaginal. Disección de pared vaginal anterior y posterior. Sutura y cierre primario con material reabsorbible. Epiploplastia. Evolución favorable con alta al quinto día postoperatorio.

Discusión: La evisceración vaginal posthisterectomía radical es una entidad clínico-patológica excepcional. Su etiología es debida fundamentalmente al tratamiento radioterápico con altas dosis, lo cual hace que se produzca fibrosis, isquemia o necrosis de los tejidos pélvicos, incluida la pared vaginal. Es importante, en su reparación, interponer tejido bien vascularizado, como el epiplón, no existiendo por lo demás, grandes dificultades técnicas en la misma.

P-132. MALROTACIÓN INTESTINAL

I. Lobo Machín, A. Hernández Morales, J.L. González Romero, L. Delgado Plasencia, A. Bravo Gutiérrez y A. Alarcó Hernández

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: La malrotación intestinal habitualmente se diagnostica en la infancia, por lo que existe escasa bibliografía acerca de su diagnóstico y tratamiento en adultos jóvenes. Sin embargo, muchos pacientes pueden permanecer asintomáticos hasta la edad adulta. Presentamos dos casos de malrotación en adultos tratados en nuestro Hospital, revisando las técnicas diagnósticas y procedimientos terapéuticos indicados.

Material y métodos: Exponemos dos casos clínicos en varones jóvenes, de 20 y 22 años, que acuden a Urgencias por dolor abdominal y náuseas. Ambos referían episodios previos autolimitados. En la exploración destacaba un abdomen doloroso en epigastrio, con defensa localizada, presentando uno peritonismo también. Se realizó TC abdominal en sendos pacientes, observándose líquido libre. Además, en uno se visualizó alteración en la disposición de los vasos mesentéricos superiores, junto a localización anómala del colon ascendente y descendente en hemiabdomen izquierdo, siendo estos hallazgos sugestivos de malrotación intestinal. En el otro se evidenció dilatación de yeyuno e íleon proximal, compatible con cuadro obstructivo, indicativo de brida congénita o hernia interna. Ante estos datos, se decidió cirugía urgente en ambos.

Resultados: En el primero se halló malrotación intestinal completa, encontrándose el Treitz en hipocondrio derecho y el duodeno en posición retroperitoneal. Colon ascendente y descendente alojados en flanco izquierdo, adheridos mediante bandas de Ladd. El intestino delgado localizado retroperitonealmente, desplazado a hemiabdomen derecho. Se realizó sección de las bandas de Ladd, corrigiendo la malrotación mediante colopexia del colon ascendente a pared abdominal derecha, llevando el delgado a su posición normal. Se cerraron el ojal mesentérico y retroperitoneo para evitar hernias internas, y se practicó apendicectomía técnica. En cuanto al otro, se objetivó dilatación yeyunal, con disparidad de calibre entre éste y el íleon, ocasionada por brida congénita y banda de Ladd. Dicha banda se extendía desde colon transversal, localizándose la arteria mesentérica inferior anterior al colon, mientras que el transversal quedaba situado retroperitonealmente a los mencionados vasos. Se apreció otra brida entre íleon y colon ascendente. Estos hallazgos sugerían malrotación incompleta. Se seccionaron las bridas y la banda, liberando las asas atrapadas retroperitonealmente por la misma y comprobando la correcta colocación del eje mesentérico. También se realizó apendicectomía. Actualmente ambos pacientes están asintomáticos.

Conclusiones: El scanner no debe utilizarse como técnica rutinaria, pues generalmente es posible llegar al diagnóstico mediante otras pruebas, como placa simple de abdomen, enema opaco y ecografía. Sin embargo, el TC muestra hallazgos asociados a la malrotación no evidentes en los estudios convencionales. Una vez diagnosticada, se debe indicar tratamiento quirúrgico, variando la programación en función del estado clínico del paciente. Ante un abdomen agudo, casi la mitad de los adultos

con malrotación, se realizará cirugía urgente, mientras que si la presentación es larvada, como episodios limitados de dolor, o bien si es un hallazgo incidental, también es conveniente intervenir de manera electiva, para prevenir el riesgo de obstrucción, isquemia y/o perforación intestinal. Por todo ello, es importante no olvidar esta patología como diagnóstico de sospecha en jóvenes con abdomen agudo o dolor crónico de causa no filiada, como los casos descritos.

P-133. NEUMATOSIS INTESTINAL INDUCIDA POR FÁRMACOS ANTIMUSCARÍNICOS: PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

J.E. Santos Torres, J. Ruiz-Tovar, A. López, L. Armañanzas, F. Mingol, P. Cansado, M. Díez, M.J. Alcaide, I. Oliver, M.A. Gómez y R. Calpena

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Introducción: La neumatosis intestinal indica la infiltración de gas dentro de la pared del tracto gastrointestinal, que puede ser el resultado de una variedad de entidades patológicas subyacentes que van desde casos benignos hasta entidades que ponen en riesgo la vida. Se han propuesto tres mecanismos patogénicos para explicar la presencia de gas dentro de la pared intestinal: (1) gas intraluminal, (2) producción de gas bacteriano y (3) gas pulmonar. Los fármacos antimuscarínicos se han asociado con hipomotilidad gastrointestinal que puede desembocar en isquemia, necrosis o perforación de cualquier segmento del tracto digestivo. Presentamos tres casos de neumatosis intestinal probablemente inducidos por la toma crónica de tolterodina.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 68 años en tratamiento con tolterodina por incontinencia urinaria. Presenta un cuadro de abdomen agudo con neumoperitoneo en las pruebas de imagen. Intraoperatoriamente se observó neumatosis intestinal secundaria a perforación sigmoidea puntiforme sin diverticulosis. Caso 2: varón de 70 años en tratamiento con tolterodina y con cuadro clínico de obstrucción intestinal. En TC se observó neumatosis intestinal y neumoperitoneo. Intraoperatoriamente se observó neumatosis intestinal y dilatación de intestino delgado sin evidenciar perforación. Caso 3: varón de 65 con toma crónica de tolterodina, quien consulta por dolor abdominal y síncope. El TC mostró distensión gástrica y neumatosis gástrica y portal. Se realizó laparotomía exploradora sin hallazgos significativos.

P-134. AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL COMO TRATAMIENTO DE METÁSTASIS PARARECTAL DE ADENOCARCINOMA DE PULMÓN

N. Fakihi Gómez, I. Justo, O. Caso, E. Bra Insa, R. Ávila, A. Gimeno, E. Álvaro, A. Marcacuzco, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad por cáncer en hombres en el mundo occidental y con una incidencia creciente en mujeres. Aunque las metástasis de estos tumores al tracto gastrointestinal no son infrecuentes según estudios post mortem realizados en estos pacientes, son encontradas muy raras veces en situaciones clínicas ya que excepcionalmente presentan síntomas.

Caso clínico: Presentamos en caso de un paciente varón de 77 años que en 2008 se le realizó una lobectomía superior derecha en 2008 por adenocarcinoma de pulmón (T2N0M0). Durante el seguimiento de su patología se visualiza una masa pararectal que se biopsia y es compatible con metástasis de carcinoma pulmonar. Se comienza tratamiento quimioterápico a lo largo

de 2 años con aumento del tamaño de la masa. En resonancia magnética se visualiza masa de 10 x 8 cm en fosa isquiorectal izquierda. El paciente presenta dolor anal. En el tacto rectal se visualiza gran tumoración pétreo, fija a planos profundos que ocupa la fosa isquiorectal izquierda, infiltrando gran parte de la piel del glúteo y el esfínter anal externo y que estenosa prácticamente en su totalidad la luz del recto. Se realiza amputación abdominoperineal con resección del tumor.

Discusión: Las metástasis gastrointestinales de tumores de pulmón son infrecuentes en la práctica clínica debido a que no suelen presentar sintomatología frecuentemente y añadido a que la alta mortalidad de estos tumores impide que la desarrollen. La prevalencia clínica es de aproximadamente 0,20% de los pacientes con cáncer de pulmón. Aunque esta cifra es mayor en estudios post mortem y va en aumento con el desarrollo de técnicas más sensibles en la detección de dichas lesiones como PET-TC. Los lugares más frecuentes de metástasis visualizados en estudios post mortem realizados en estos pacientes son esófago (aunque algunos casos son por extensión directa) seguidas de intestino delgado y estomago. Las metástasis al intestino grueso son infrecuentes. Los síntomas más comunes son el dolor abdominal, hemorragias digestivas, obstrucción intestinal y perforación de víscera hueca. El tumor que más frecuentemente metastatiza en dichas localizaciones es el tumor epidermoide de pulmón, seguido del de células grandes y el adenocarcinoma. La mortalidad es alta sobre todo cuando la presentación clínica es una hemorragia digestiva masiva o perforación con peritonitis secundaria. En casos seleccionados, se puede lograr una supervivencia a largo plazo con el tratamiento quirúrgico agresivo del tumor primario y las metástasis.

Conclusiones: Las metástasis gastrointestinales del cáncer de pulmón no suelen presentarse clínicamente y su presentación suele ser secundaria a una complicación. En casos seleccionados, el tratamiento quirúrgico agresivo del tumor primario y las metástasis está indicado logrando una buena supervivencia a largo plazo.

P-135. PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES EN EL TRATAMIENTO PALIATIVO DE LA OBSTRUCCIÓN AGUDA DE COLON

D. Rodríguez-González, L.J. Delgado-Plasencia, S. González-García y A. Alarcó-Hernández

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: Las prótesis metálicas autoexpandibles (PMA) se han convertido en una aceptada alternativa a la cirugía para el tratamiento de la obstrucción aguda por cáncer colorrectal (CCR). Con los modernos tratamientos quimioterápicos, los pacientes con CCR tienen una larga expectativa de vida, incluso en presencia de metástasis. El propósito de este estudio fue evaluar los resultados de las prótesis metálicas autoexpandibles como tratamiento paliativo de la obstrucción aguda de colon izquierdo.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 105 pacientes con obstrucción aguda de colon izquierdo tratados inicialmente con PMA entre abril 2003 y febrero 2009. Se extrajeron los pacientes tratados con intención paliativa.

Resultados: Se obtuvieron 27 pacientes (12 varones, 44% y 15 mujeres, 56%). La edad media de presentación fue 75,2 años (rango, 54-91 años). La clínica debut de la enfermedad fue la obstrucción en el 48% de los pacientes y la tomografía computarizada la principal prueba complementaria empleada para el diagnóstico. La colocación del stent permitió resolver el cuadro obstructivo en 23 pacientes (85%). Se observó fracaso técnico en 3 pacientes (11%) y clínico en 1 paciente (4%). No hubo reobstrucción en ningún caso. Las causas del fracaso técnico fueron: dolor, migración de la prótesis y perforación colónica. Tras un

mínimo de seguimiento de 1 año, 22 pacientes (85%) habían fallecido por CCR a los 7 meses de la colocación de la prótesis (rango 0-36 meses).

Conclusiones: Las prótesis colónicas permiten una efectiva y durable paliación en pacientes con tumores incurables y obstructivos del colon izquierdo evitando la cirugía.

P-136. RESPUESTA COMPLETA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE RECTO: A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS

M. Labalde Martínez, F.J. Labrador Valverdú, S. Pinto González, J.H. Carlin Gatica, J.M. Ramia Ángel, V. Arteaga Peralta, P. Veguillas Redondo, A. Kunhnardt Barrantes, F. Adel Abdulla, I. García Castro y J. García-Parreño Jofre

Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: La quimiorradioterapia neoadyuvante seguida de cirugía con escisión total del mesorrecto es el tratamiento de elección para el cáncer de recto estadio II-III, ya que reduce la recidiva local, aumenta la tasa de preservación del esfínter y aumenta la supervivencia libre de enfermedad. A continuación se presentan cuatro casos que han desarrollado una respuesta completa al tratamiento neoadyuvante con ausencia de células tumorales en la pieza quirúrgica.

Material y métodos: De los 58 pacientes intervenidos por cáncer de recto en los últimos cuatro años, 31 han recibido quimiorradioterapia neoadyuvante. En 4 casos se obtuvo una respuesta completa a la neoadyuvancia tras el tratamiento quirúrgico, lo que supone una tasa de respuesta completa del 12,9%.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 68 años con neoplasia de recto (T3N1M1) a 3 cm del margen anal y metástasis hepática única. Se realiza metastasectomía en un primer tiempo. Tratado con 6 ciclos de Folfox-6, capecitabina y radioterapia (5.040 cGy) con posterior resección anterior baja (RAB). Estudio histopatológico sin evidencia de malignidad (TON0). 2 años y 2 meses hasta la actualidad libre de enfermedad. Caso 2: varón de 63 años con neoplasia de recto (T3N1M0) a 4 cm del margen anal. Tratado con capecitabina y radioterapia (5595 cGy) con RAB e ileostomía de protección. Estudio histopatológico sin malignidad (TON0). 1 año y 6 meses hasta la actualidad libre de enfermedad. Caso 3: varón de 65 años con neoplasia de recto (T3N0M0) a 8 cm del margen anal. Tratado con capecitabina y radioterapia (5.400 cGy) con RAB e ileostomía de protección. Estudio anatomopatológico con ausencia de lesión neoplásica residual (TON0). 1 año y 2 meses hasta la actualidad libre de enfermedad. Caso 4: mujer de 50 años con neoplasia de recto (T3N1M0) a 11 cm del margen anal. Tratado con capecitabina y radioterapia (5.595 cGy) con RAB e ileostomía de protección. Estudio anatomopatológico sin malignidad (TON0). 4 meses hasta la actualidad libre de enfermedad.

Discusión: La respuesta al tratamiento neoadyuvante del cáncer de recto es variable. Se han publicado tasas de respuesta completa con ausencia de células tumorales en la pieza quirúrgica del 10-30% casos. La respuesta completa al tratamiento neoadyuvante en el cáncer de recto supone una mejoría de los resultados oncológicos, especialmente con respecto al control local de la enfermedad, aunque también disminuye las recidivas a distancia. No hay posibilidad de determinar qué pacientes presentarán una desaparición total del tumor antes de la cirugía, aunque un índice proliferativo del tumor elevado, marcadores como p53, p21 y bcl-2 y la inestabilidad de microsatélites son indicativos de buena respuesta al tratamiento neoadyuvante. Debido a que hay pacientes en los que ha desaparecido la lesión macroscópica (T0) pero tienen ganglios positivos se aconseja la cirugía radical tras la neoadyuvancia, aun-

que se han descrito casos en los que la escisión local ofrece buenos resultados.

P-137. GANGRENA DE FOURNIER: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ATÍPICO DE NEOPLASIA RECTAL

B. Espina Pérez, A. Carrasquer Puyal, B. D'Aloia, E.M. Targarona Soler, C. Balagué Ponz, M. Trias Folch, I. Lupu y J.L. Pallarés Segura

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La gangrena de Fournier fue descrita en 1883 como una fascitis necrotizante polimicrobiana originada en la región perineal, genital o perianal. Cuya etiología más predominante es la patología recto-anal, sobretudo el absceso perianal; seguida de la genito-urológica y las lesiones cutáneas perineales. En cuanto a su relación con el cáncer de recto, está descrita su aparición tras tratamientos neoadyuvantes como quimioterapia (bevacizumab) o radioterapia; por traumatismo directo como enemas, yatrogenia quirúrgica... Sin embargo, el diagnóstico inicial de gangrena de Fournier sin previa detección de una neoplasia rectal subyacente es una presentación inusual y escasamente descrita en la literatura. Dada su alta letalidad es preciso un correcto diagnóstico y un rápido tratamiento mediante desbridamiento quirúrgico urgente. Por lo tanto, el tratamiento de la neoplasia queda relegado a un segundo plano tras la resolución del proceso infeccioso. La escasa incidencia de este tipo de presentación hace que no existan protocolos terapéuticos al respecto, ni para la neoadyuvancia, ni tampoco para la cirugía oncológica post-desbridamiento.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 52 años que acude a urgencias con cuadro de shock séptico secundario a gangrena de Fournier que se extiende desde la región perianal hasta hemitórax derecho. En el examen físico se aprecia una neoplasia rectal a 2-3 cm del margen anal con fistula recto-vaginal que se confirmada mediante TAC. Se somete a desbridamiento quirúrgico urgente, toma de biopsias y colostomía en loop. Requiere 2 nuevos desbridamientos y una estancia de 4 días en cuidados intensivos. Posteriormente se completa el estudio de la neoplasia mediante RM siendo clasificada como T4bN2M0. En comité interdisciplinario de tumores colorrectales se decide realizar el tratamiento neoadyuvante estándar asumiendo el riesgo añadido de haber presentado un proceso infeccioso grave en la zona. Esto hace referencia a que las cicatrices de los desbridamientos son sometidas a alto grado de irradiación y a dosis importantes de quimioterapia. La paciente presenta una buena tolerancia sin progresión de la enfermedad. A los 4 meses del primer diagnóstico se realiza la intervención quirúrgica electiva: exenteración posterior. Tiempo laparotómico: exéresis de recto y mesorrecto, colostomía terminal, histerectomía y resección de cara posterior vaginal. Tiempo perineal en decúbito prono con extracción de la pieza, plastia vaginal y colocación de malla sintética en suelo pélvico. La reconstrucción del defecto cutáneo se realiza en colaboración con el servicio de cirugía plástica mediante colgajos fascio-cutáneos de la cara posterior de ambos glúteos y muslos. Durante el postoperatorio tardío presenta una fistula vesico-cutánea por ruptura de la pared posterior vesical sin lesión ureteral controlada mediante sondaje permanente y sin interferencia con el tratamiento quimioterápico adyuvante.

Discusión: El póster que se presenta muestra visualmente todo el proceso, desde el primer diagnóstico hasta el tratamiento definitivo; incluyendo las discusiones, las complicaciones y la acción conjunta de un equipo multidisciplinar. Todo ello necesario para el manejo de esta asociación inusual de dos patologías: una potencialmente mortal de forma inminente y otra potencialmente mortal de forma más crónica.

P-138. EFECTO DE LA QUIMIO-RADIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN LA RESPUESTA INFLAMATORIA Y LA MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CÁNCER DE RECTO

P. Sánchez Acedo, J. Suárez Alecha, S. Amoza País, G. Marín, E. Balén Rivera, B. Oronoz Martínez y J.M. Lera Tricas

Hospital de Navarra, Pamplona.

Objetivos: La quimio-radioterapia neoadyuvante en el cáncer de recto es una herramienta terapéutica importante para mejorar los resultados a largo plazo. El objetivo de este estudio es ver los efectos que produce sobre la respuesta inflamatoria y la morbilidad postoperatoria.

Material y métodos: Se ha utilizado una base de datos prospectiva para identificar 116 pacientes intervenidos de cáncer de recto entre 2004 y 2006. De estos, 62 fueron sometidos a quimio-radioterapia basada en 5-FU o capecitabina (Grupo A) y 54 pacientes no recibieron tratamiento neoadyuvante (Grupo B). De forma retrospectiva se comparan los niveles de leucocitos y el porcentaje de neutrófilos basales, preoperatorios (< 10 días) y postoperatorios (24-48h) de todos los pacientes y se relacionan con las complicaciones postoperatorias.

Resultados: El Grupo A está formado por 62 pacientes con una edad media de 67,7 años, 66% varones, intervenidos principalmente mediante resección anterior baja de recto RAB (77,5%), Hartmann (5%) y resección abdominoperineal (17,5%). En este grupo 22 pacientes presentaron algún tipo de complicación (35,4%), con 0% de mortalidad operatoria. El Grupo B lo componen 54 pacientes con una edad media de 71,5 años, 64% varones, se realizó RAB (85%), Hartmann (9,5%) y resección abdominoperineal (5,5%), 20 pacientes tuvieron complicaciones (37%), incluido un paciente que falleció en el postoperatorio (mortalidad 0,01%). Ambos grupos presentaban niveles basales semejantes de leucocitos y porcentaje de neutrófilos. Tras someterse al tratamiento neoadyuvante el análisis revela diferencias significativas en los niveles de leucocitos preoperatorios y postoperatorios ($p < 0,001$), así como en el porcentaje de neutrófilos, que se encuentran disminuidos frente a los niveles de los pacientes que no recibieron tratamiento. No se aprecian diferencias significativas en la mortalidad ni en el número de complicaciones de forma global. Se observa un mayor número de infecciones de herida quirúrgica en los pacientes sometidos a neoadyuvancia (11% frente al 5,5%) pero los resultados no alcanzan significación estadística ($p = 0,276$).

Conclusiones: La quimio-radioterapia neoadyuvante en el cáncer de recto suprime la respuesta inflamatoria perioperatoria. Este hecho no se traduce en un aumento de la morbilidad global aunque se observa una tendencia hacia una mayor tasa de infección de sitio quirúrgico superficial en el grupo de pacientes que recibieron tratamiento neoadyuvante.

P-139. MUCOCELES APENDICULARES. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

J. Drewniak, A.I. Ariza Ibarra, J.M. García Gil, T. Meizoso, D. García Teruel, R. Cuberes Montserrat y G. García-Blanch Benito

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

Introducción: Mucocèle es un término descriptivo que hace alusión a la dilatación quística del apéndice vermiforme, causada por patología benigna o maligna, con secreción mucoide que puede obstruir su lumen. Es poco frecuente, observándose en un 0,25% de las apendicectomías, con mayor incidencia en sexo femenino entre la 5ª y 6ª década. Los mucocèles apendiculares suelen ser asintomáticos y hallarse en una exploración de for-

ma casual. La mitad de los casos se presenta como dolor abdominal en fosa ilíaca derecha en el contexto de una apendicitis aguda, aunque también puede manifestarse como masa abdominal. Puede corresponder a distintas entidades anatomopatológicas: cistoadenoma (52%), hiperplasia mucosa (20%), quistes de retención simples (18%) o cistoadenocarcinoma (10%). El tratamiento quirúrgico depende del tamaño y del tipo de lesión, siendo más amplio cuando se sospeche patología maligna. La evolución hacia pseudomixoma peritoneal, con diseminación del contenido de mucina en el peritoneo, puede producirse en un 10-15% de los casos.

Objetivos: El propósito de este estudio es analizar la incidencia, presentación clínica, tratamiento y evolución de los mucocèles apendiculares tratados en el Hospital Universitario de Móstoles en los últimos años.

Material y métodos: Analizamos los casos diagnosticados desde el servicio de Anatomía Patológica de nuestro centro como mucocèles apendiculares en los últimos 10 años. El número de casos recogidos ha sido de 10, lo que supone un 0,56% sobre el total de las apendicectomías en el periodo mencionado. Hemos valorado el sexo, la edad, las manifestaciones clínicas, las pruebas diagnósticas, el tratamiento, el diagnóstico anatomopatológico y la evolución.

Resultados: En el período analizado se ha intervenido a 10 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de mucocèle apendicular. La media de edad se sitúa en torno a los 52 años, 4 corresponden a varones y 6 a mujeres. Se intervino de urgencia a 5 casos bajo la sospecha de apendicitis aguda y en otros 5 la cirugía fue programada. En 5 pacientes se realizó apendicectomía abierta, en 3 hemicolectomía derecha, en 1 caso resección ileocecal y en otro apendicectomía y ooforectomía derecha por extensión ovárica. Uno de los casos de cistoadenoma se acompañó de un cuadro de pseudomixoma peritoneal, que se evidenció en el mismo acto quirúrgico. Histopatológicamente encontramos 5 cistoadenomas, 4 mucocèles simples y un cistoadenocarcinoma, suponiendo para nuestra casuística un 50%, 40% y un 10% respectivamente. El análisis del material mucoide mostró fundamentalmente polimorfonucleares neutrófilos e histiocitos. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente, salvo el caso de cistoadenocarcinoma, que evolucionó a exitus pasados cinco años por recidiva tumoral.

Conclusiones: El pronóstico del cistoadenoma, la hiperplasia y el mucocèle simple es excelente tras una apendicectomía. En el caso de los cistoadenocarcinomas, los tumores mayores de 2 cm o los que presentan afectación linfática, se debe valorar la realización de una hemicolectomía derecha. Es necesario el seguimiento y la correcta identificación de esta patología, dada la posibilidad de asociación con tumores de otra localización, intestinal o extraintestinal, como en mama, útero, próstata u ovario, y de complicaciones como el pseudomixoma peritoneal.

P-140. PRÓTESIS DE COLON Y RECTO: EFICACIA Y COMPLICACIONES EN NUESTRO CENTRO

M.J. Cases-Baldó, M.L. Garcá-García, J.A. García Marín, E. Pellicer-Franco, V. Soria-Aledo, B. Flores-Pastor, E. Pérez-Cuadrado y J.L. Aguayo-Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Introducción: Aproximadamente un 15-30% de pacientes con cáncer de colon y recto debutan con un cuadro de obstrucción intestinal. La mortalidad en situaciones de urgencias aumenta hasta un 15-20% en comparación con la cirugía electiva, 0,9-6%. Una alternativa al tratamiento quirúrgico, en tumores de colon izquierdo y sigma, es la colocación de stents o prótesis por vía endoscópica para solucionar el cuadro obstructivo y permitir posteriormente la cirugía electiva. Además, es posible su uso en

el tratamiento paliativo de pacientes con alto riesgo quirúrgico o tumores irresecables. El objetivo de nuestro trabajo es analizar las tasas de éxito técnico y clínico y las complicaciones derivadas de la colocación de prótesis endorrectales en nuestro centro en los últimos 3 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 33 pacientes en situación de obstrucción en los que se colocaron prótesis de colon o recto entre enero 2006 y enero 2011. La serie la componen 12 mujeres (36,3%) y 21 hombres (63,6%), con una edad media de 68,4 años (rango 44-92 años). Se analizan como variables la indicación (tratamiento paliativo o "*brigde to surgery*"), las tasas de éxito técnico y éxito clínico (resolución cuadro obstructivo en primeras 96 horas tras colocación), y las complicaciones (perforación, migración, sangrado, reobstrucción). También la mortalidad y el tiempo habido entre la colocación de prótesis y la cirugía.

Resultados: En 24 pacientes la prótesis se colocó como tratamiento paliativo (72,7%) y en los restantes 9 casos como "*bridge to surgery*". La tasa de éxito técnico fue 87,87% (en 4 pacientes fue imposible colocar la prótesis) y la de éxito clínico (mejoría del cuadro de obstrucción en las primeras 96) del 82,14%. En relación a las complicaciones globales: se produjeron 5 casos de perforación intestinal con neumoperitoneo franco y un caso de microperforación (tasa global 18,1%). Otros 5 pacientes presentaron reobstrucción (17,2%), resuelta con la colocación de una segunda prótesis en un caso y cirugía urgente en otros 3 pacientes. Hubo tres instancias de migración y 4 de sangrado. Tres pacientes fallecieron en las primeras 24 horas tras el tratamiento endoscópico, dos por neumoperitoneo/perforación y otro en obstrucción tras intento fallido de colocar la prótesis. En los 9 casos de "*brigde to surgery*", el éxito técnico fue del 100% y clínico del 77%. Un paciente precisó cirugía urgente por migración de la prótesis y reobstrucción y otro por perforación colónica. El tiempo medio hasta la intervención electiva fue de 15 días (rango 8-24 días).

Conclusiones: El tratamiento endoscópico puede ser una buena opción como paso transitorio a la cirugía programada o en el tratamiento paliativo de pacientes con alto riesgo quirúrgico o enfermedad irresecable. Sin embargo plantea problemas logísticos y está gravado con alta tasa de complicaciones graves como la perforación o la reobstrucción.

P-141. CARCINOMA MEDULAR DE COLON. FORMA ESPORÁDICA DE PRESENTACIÓN DEL CARCINOMA DE COLON

M. Retamar Gentil, L. Sánchez Moreno, B. Marengo de la Cuadra, J. López Ruiz, F. del Río Lafuente, J. López Pérez y F. Oliva Mompean

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: El carcinoma medular de colon es un tipo histológico poco frecuente, caracterizado por presentar un patrón predominantemente sólido, con escaso estroma y abundante linfocitosis intratumoral. Se asocia de forma invariable a inestabilidad de microsátélites (IMS) y presenta mejor pronóstico que otros carcinomas de colon mal diferenciados.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 55 años fumador y bebedor habitual, sin otros antecedentes, que acude a Urgencias por dolor en fosa iliaca derecha de una semana, se palpa masa dolorosa, sin peritonismo. Tomografía abdominal informa de hallazgos compatibles con proceso neoplásico del ciego sin poder descartarse perforación encubierta. Se realiza laparotomía exploradora con hemicolectomía derecha e ileostomía de Brooke. Marcha de alta a los 7 días. Anatomía patológica: carcinoma medular de 9 cm. (carcinoma mínimamente diferenciado de células grandes) con invasión a través de la serosa del colon

ascendente. Metástasis de carcinoma en 4 ganglios de 15 reseca-dos. Inmunohistoquímica: células positivas para CK7 y CEA. El paciente recibe tratamiento oncológico con oxaliplatino y capecitabina. A los 95 días del alta el paciente regresa a urgencias por dolor en fosa iliaca derecha. TAC compatible con masa abcesificada en región parietocólica derecha, que engloba asas intestinales e infiltra pared abdominal. Se realiza laparotomía: resección en bloque de plastron tumoral-absceso que engloba asas de intestino delgado. Anastomosis ileocólica. Anatomía patológica: infiltración de pared abdominal. Intestino delgado e ileostomía infiltración de carcinoma medular. Metástasis ganglionares 2 de 11.

Discusión: Las series recogidas de carcinoma medular son cortas, aunque en todas coinciden en que comparte características patológicas similares con el cáncer de colon hereditario no polipósico, como su frecuente localización en colon proximal, la pobre diferenciación, el exceso de producción de mucina, y la intensa reacción linfocitaria peritumoral. Sin embargo presenta mejor pronóstico, dada su bajo potencial metastásico, consiguiendo excelentes resultados con la resección completa del tumor primario.

P-142. LINFOMA CON AFECTACIÓN APENDICULAR

J. Drewniak, A.I. Ariza Ibarra, J.M. García Gil, D. García Teruel, M.J. Mestre de Juan, R. Cuberes Montserrat y G. García-Blanch Benito

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

Introducción: Los linfomas apendiculares son una entidad rara, tratándose en la mayoría de los casos de una afectación secundaria a un linfoma de otra localización. Tan sólo constituyen un 0,5% de todas las neoplasias intestinales, siendo más comunes en varones de la sexta década, aunque su incidencia ha aumentado debido al mayor número de pacientes inmunodeprimidos y a la inmigración de países del tercer mundo. Característicamente, estas lesiones crecen como tumores tipo "bulky". Los pacientes presentan dolor abdominal, pérdida de peso e incluso sangrado u obstrucción intestinal. Pueden dar como complicación la perforación en el momento del diagnóstico. Este no se confirma por lo general hasta el análisis anatomopatológico. La mayor parte de los linfomas gastrointestinales son de células B (95%), siendo el linfoma de bajo grado tipo MALT el más habitual, que afecta sobre todo a estómago (55-60%). Otros linfomas de alto grado que asientan en el tracto gastrointestinal son el tipo difuso de células B, el linfoma mediterráneo, linfoma de Burkitt y el linfoma relacionado con el SIDA. El tratamiento y la evolución dependerán del estadio y de las características del paciente, requiriendo un abordaje global. Es nuestro propósito presentar un caso de linfoma con extensión apendicular diagnosticado y tratado en el Hospital Universitario de Móstoles, analizando su clínica, forma de presentación, tratamiento y evolución.

Caso clínico: Se trata de un varón de 30 años que acude al Servicio de Urgencias, presentando como antecedentes personales una Inmunodeficiencia Común Variable con hipogammaglobulinemia. El paciente refiere dolor abdominal de 7 días de evolución, localizado posteriormente en fosa iliaca derecha, y que se acompaña de náuseas y sensación distérmica. A la exploración física el abdomen es blando, depresible, doloroso a la palpación en F.I.D y flanco derecho, con Blumberg positivo. No se palpan masas ni megalias. Analíticamente, presenta una leucocitosis de 17.630 con desviación izquierda. Se procede a tratamiento quirúrgico urgente, encontrándose un gran plastrón inflamatorio a nivel ileocecal con afectación apendicular y epiploica, decidiendo realizar una hemicolectomía derecha con anastomosis latero-lateral mecánica. La pieza analizada por el Servicio de

Anatomía Patológica es informada como proliferación linfoide tumoral de patrón difuso constituida por células atípicas con núcleos pleomórficos y amplio citoplasma eosinófilo, siendo diagnosticado de Linfoma B difuso de células grandes CD30 positivo. Se observa infiltración tumoral en 2 de 10 ganglios linfáticos aislados. El material es remitido al CNIO, que aporta como datos la positividad del p53 y un índice proliferativo muy alto. Tras la evolución satisfactoria del paciente, fue dado de alta a los 10 días y trasladado al Servicio de Medicina Interna al tratarse de un portador del síndrome de inmunodeficiencia común variable. Continúa en seguimiento por Hematología para tratamiento de linfoma extranodal con terapia tipo CHOP.

Discusión: Los linfomas con afectación apendicular pueden ser enmascarados por un cuadro sugestivo de apendicitis aguda, y requieren un adecuado diagnóstico y seguimiento, dada la naturaleza de esta patología. El pronóstico dependerá del tipo histológico, su grado de diferenciación, estadio de la enfermedad y del Índice Pronóstico Internacional.

P-143. DEHISCENCIAS DE ANASTOMOSIS EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER DE RECTO: ANÁLISIS DE NUESTROS RESULTADOS

P. Riverola Aso, C. Gracia Roche, M. Herrero López, J.I. Barranco Domínguez, S. Saudí Moro, A. Martínez Germán, I. Gascón Ferrer, J. Martínez Bernard, N. Sánchez Fuentes, A. Monzón Abad y J. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: La dehiscencia de anastomosis es una complicación con una elevada morbilidad y mortalidad que se presenta entre el 8 y el 15% de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el tratamiento del cáncer de recto. Analizamos las dehiscencias anastomóticas en una serie de 126 pacientes intervenidos en nuestro centro por cáncer de recto.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de 126 pacientes, intervenidos de cáncer de recto en el Hospital Miguel Servet un periodo de 3 años. Analizamos el porcentaje de dehiscencias que tuvieron lugar en los casos en los que se realizó anastomosis primaria. Las variables analizadas son edad, sexo, sintomatología, día de aparición, reintervenciones, mortalidad y estancia media.

Resultados: Se estudiaron 126 pacientes con diagnóstico de neoplasia de recto, 87 hombres y 39 mujeres, con una edad media de 69,2 años. Se realizaron 86 resecciones anteriores (el 94% con ileostomía de protección), 39 amputaciones abdominoperineales y una intervención de Hartmann. Existieron complicaciones postoperatorias en el 42,8% de los casos. Se reintervinieron 10 pacientes (7,9%). Mortalidad: 4,8%. Estancia media: 15,1 días. De los pacientes en los que se realizó anastomosis (86), el 9,3% presentaron un cuadro de dehiscencia, correspondiendo a 6 hombres y 2 mujeres con una edad media de 73,3 años. Dos de ellos habían recibido tratamiento neoadyuvante con radio y quimioterapia. Todos los pacientes habían sido intervenido de forma programada, realizándose 7 resecciones anteriores bajas y una ultrabaja con anastomosis termino-terminal mecánica. En ninguno de los mismos se había realizado ileostomía de protección. El síntoma principal que presentaron fue: dolor y defensa abdominal: 4 casos; fiebre: 2 casos; íleo prolongado: 2 casos. En cinco casos la dehiscencia se detectó en la primera semana postoperatoria, en dos casos en la segunda y en un caso en la cuarta. Todos ellos precisaron una reintervención quirúrgica, localizándose de modo intraoperatorio un cuadro de peritonitis aguda difusa en 5 casos y absceso pélvico en 3 casos, realizándose lavado de la cavidad abdominal, resección de la anastomosis previa y colostomía terminal en fosa iliaca izquierda. En cuanto a la clasificación TNM: estadio I: 2 casos; estadio II:

5 casos; estadio III: 1 caso. El postoperatorio tras la reintervención curso en todos los casos sin complicaciones mayores, siendo la estancia media postoperatoria (tras la reintervención) de 26,3 días y global de 34,3 días. No hubo mortalidad en nuestra serie.

Conclusiones: La dehiscencia de anastomosis es una complicación grave de la cirugía del cáncer de recto cuya frecuencia no es despreciable. Nuestro porcentaje de dehiscencias y su morbi-mortalidad se encuentra acorde a los estudios consultados en la bibliografía. Es fundamental mantener un alto grado de sospecha para su diagnóstico con el fin de realizar su tratamiento del modo más precoz posible.

P-144. PÓLIPOS SINCRÓNICOS EN ESTÓMAGO Y YEYUNO EN UN PACIENTE CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

Y. Mohamed Al-Lal, J. de Tomás Palacios, M.D. Pérez Díaz, M. Sanz Sánchez, C. Camarero Mulas, T. Sánchez Rodríguez y F. Turégano Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Nuestro objetivo es presentar el caso excepcional de un paciente con poliposis adenomatosa familiar (PAF) que fue diagnosticado de dos pólipos adenomatosos sincrónicos extra-colónicos con displasia severa, uno en la región prepilórica y otro en el yeyuno proximal.

Caso clínico: Un varón de 45 años, con proctocolectomía hacía 25 años por PAF, fue estudiado por presentar anemia ferropénica. Durante los últimos años no había acudido a las revisiones. La gastroscopia mostró pólipos subcentimétricos en el antro junto con una lesión polilobulada de 5 cm en región prepilórica y duodenoscopia normal. La biopsia de la lesión antral de mayor tamaño fue compatible con pólipo adenomatoso con displasia severa. Se completó el estudio con una ecoendoscopia en cuyo informe se describió una neoplasia polipoidea con afectación mucosa y submucosa, sin adenopatías patológicas (T2 N0). El paciente fue intervenido y como hallazgo casual se encontró una lesión polipoidea que condicionaba una invaginación en yeyuno a 15 cm del ángulo de Treitz. Se realizó gastrectomía subtotal, resección del segmento yeyunal afecto y anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux. El resultado de la anatomía patológica fue de pólipo tubular de 5 cm en el antro y otro pólipo tubulovelloso de 5 cm en el yeyuno, ambos con displasia severa. En ambas piezas se hallaron también pólipos adenomatosos menores de 1 cm. En el cuerpo gástrico había numerosos pólipos de las glándulas fúndicas.

Discusión: La PAF es una enfermedad hereditaria autosómica dominante que se caracteriza por la afectación severa y precoz del colon (más de 100 pólipos adenomatosos) junto con el desarrollo de pólipos adenomatosos en el duodeno en un alto porcentaje de pacientes (50-95%). También se describe una elevada incidencia de pólipos de glándulas fúndicas (11-50%) en cuerpo y fundus del estómago, así como pólipos hiperplásicos y adenomatosos en el antro gástrico, yeyuno e incluso en el íleon. La proctocolectomía profiláctica es la técnica de elección para tratar la enfermedad colónica pero el seguimiento y el tratamiento del resto de los pólipos del tubo digestivo resulta controvertido y se necesita una valoración individualizada. Los tumores gástricos plantean un doble problema terapéutico: cómo acceder al duodeno después de la gastrectomía y cuándo realizar la resección. La reconstrucción tipo Billroth I o II permiten un mejor acceso durante el seguimiento endoscópico que el montaje en Y de Roux. En nuestro caso al informar la ecoendoscopia de un posible tumor maligno, junto con el hallazgo casual de una neoplasia yeyunal de gran tamaño, la gastrectomía subtotal y la resección yeyunal fueron necesarias. Se optó en caso por una

anastomosis gastroyeyunal en Y de Roux. El seguimiento futuro de este paciente plantea un reto respecto a la probable aparición de neoplasias en el asa biliopancreática y sobre cómo realizar el diagnóstico precoz de las mismas.

P-145. AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL CON EL TIEMPO PERINEAL EN PRONO. EXPERIENCIA INICIAL Y COMPARACIÓN CON LA TÉCNICA TRADICIONAL

A. Palomo Luquero, E. Alonso Alonso, A. Eldabe Mikhail, I. López Botín, V.A. Rodrigo Amador, R. Parra López, I. Gil Laso y J.I. Seco Gil

Hospital General Yagüe, Burgos.

Objetivos: Presentar nuestra serie de amputaciones abdomino-perineales (AAP) realizadas con el tiempo perineal en decúbito prono, comparándolas con las amputaciones tradicionales en el mismo período de tiempo.

Material y métodos: Desde marzo de 2010 se llevan a cabo las AAP en nuestro Servicio con el tiempo perineal en prono. En la reconstrucción del suelo pélvico se utiliza una malla reabsorbible de ácido poliglicólico. El estudio preoperatorio de los pacientes, como Servicio adscrito al Proyecto Vikingo de cáncer de recto, incluye colonoscopia con biopsia, rectoscopia rígida, ecografía endorrectal, resonancia magnética pélvica y TAC toraco-abdomino-pélvico.

Resultados: En 15 meses se han llevado a cabo un total de 23 AAP, 18 de las cuales han sido con el tiempo perineal en prono. De estos 18 pacientes, los estadios han sido 9 pT3, 5 pT2, 2 ypT2, 1 ypT3 y 1 ypT0. En un paciente (5,6%) hubo afectación del margen radial circunferencial (20% en las AAP tradicionales), y perforación del recto en otro paciente (40% en las tradicionales). En 5 casos hubo infección de la herida perineal, sin consecuencias para la malla.

Conclusiones: Comparando nuestra serie con la literatura disponible y la serie más amplia publicada hasta el momento (conjunta de Leeds y Estocolmo), observamos unas buenas cifras de afectación del margen radial (5,6% vs 14,8% en la serie internacional) y de perforación (5,6% vs 3,7% en la serie internacional) lo que, junto con la mayor facilidad para la disección (principalmente del plano anterior) y la posibilidad de realizar una hemostasia más efectiva, nos hace pensar que se trata de una técnica factible y sencilla.