

HERNIA CONGÉNITA TRANSMESEENTERICA: UN CASO DE OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO

Dr. Juan Miguel Rodríguez Artigas¹ / Dr. José Ignacio Barranco Domínguez² / Dr. Sixto Javier Genzor Ríos³

¹ Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Hospital de Alcañiz

³ Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

IMAGEN

Mujer de 36 años de edad, sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por presentar dolor abdominal difuso de intensidad moderada acompañado de clínica oclusiva de dos días de evolución.

Se realiza un TAC abdominal. Las pruebas de imagen confirman una obstrucción intestinal de intestino delgado a nivel de íleon medio decidiéndose intervención quirúrgica urgente.

En la laparotomía se evidencia un ojal en el mesosigma (Fig. 1) con un asa de intestino delgado atrapada en el anillo (Fig. 2). Se libera el asa de intestino delgado, objetivando que no existen signos de isquemia por lo que no se indica resección intestinal.

La paciente cursa evolución satisfactoria, con alta hospitalaria al cuarto día postoperatorio.

Diagnóstico: OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuthbert GA, Teo LT. Transmesenteric Internal Herniation Leading to Small Bowel Obstruction Postlaparoscopic Radical Nephrectomy. Case Rep Surg. 2017.
2. Ouedraogo S, Ouedraogo S, Kambire JL, Zida M, Sanou A. Occlusion secondary to congenital internal transmesenteric hernia: about 2 cases. Pan Afr Med J. 2017 Jun 20;27:131.

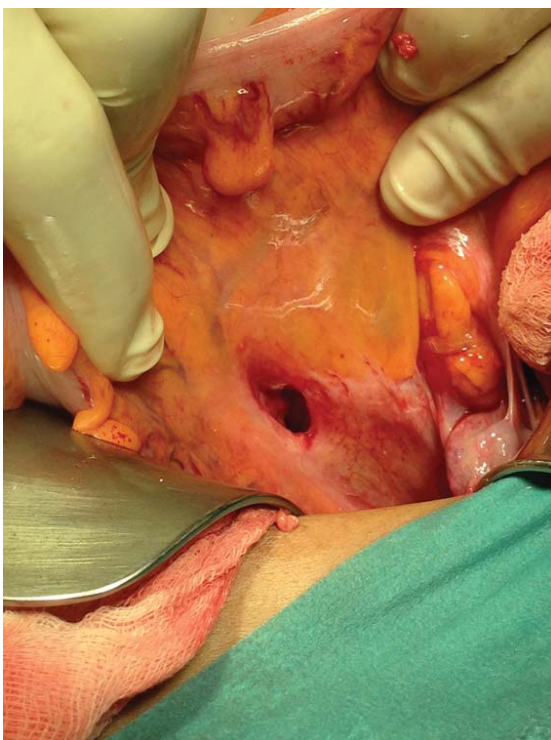


Fig. 1. Orificio herniario en mesosigma.

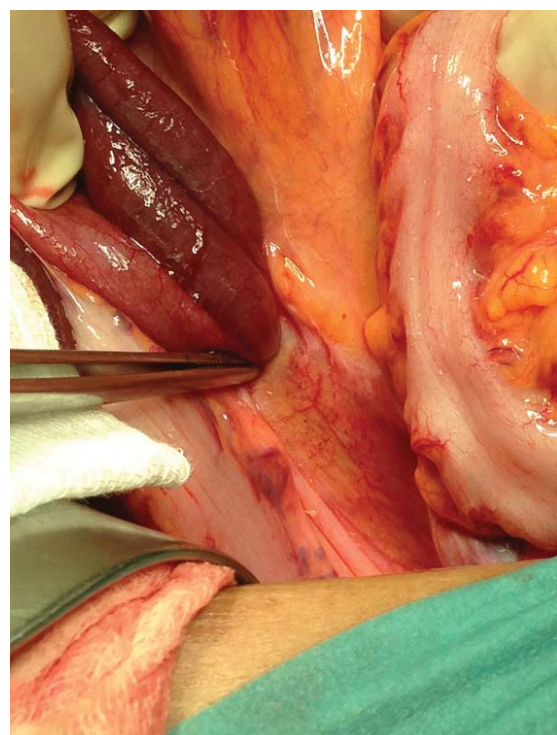


Fig. 2. Asa de Intestino delgado herniada.

CONSTELACIÓN HERPÉTICA

Dr. Antonio Ramos Suárez¹ / Dra. Yolanda Fernández Barrientos² / Dra. Ana María Alfaro Juárez¹

¹FEA Oftalmología. Hospital General Básico de Baza

²FEA Oftalmología. Hospital Costa del Sol

INTRODUCCIÓN

La afectación ocular por el virus del herpes simple constituye la principal causa infecciosa de ceguera corneal en países desarrollados. Existen cuatro categorías de queratitis herpéticas: epitelial, disiforme, estromal necrosante y úlcera neurotófica¹.

La recurrencia de la enfermedad ocular se sitúa aproximadamente en el 10% el primer año y en el 50% a los 10 años, siendo el número de episodios previos el principal factor de riesgo de recidiva.

En la queratitis epitelial podemos observar una úlcera ramificada denominada dendrita que suele ser de localización central. La mayor parte de estas lesiones curarán de forma espontánea, aunque el tratamiento médico acortará el proceso. El tratamiento consiste en aplicar pomada oftálmica de aciclovir 5 veces al día. Con esta pauta, la práctica totalidad de las úlceras se resuelven en menos de dos semanas. El tratamiento antiviral oral no está recomendado salvo en pacientes inmunodeprimidos. Los corticoides tópicos no son necesarios e incluso pueden favorecer el empeoramiento del cuadro agrandándose progresivamente la úlcera hasta adquirir un gran tamaño con una configuración geográfica².

CASO CLINICO

Varón de 33 años que acude a consulta tras automedicarse durante 5 días con colirio de prednisolona acetato 10 mg/ml por molestias en ojo derecho. A la exploración bajo lámpara de hendidura se apreció un gran número de úlceras dendríticas corneales propiciadas por el uso de corticoides tópicos sin cobertura antiviral (Fig. 1).

Se suspendieron los corticoides tópicos y se inició tratamiento con pomada de aciclovir 5 veces al día. Se consiguió la completa resolución del cuadro al cabo de 10 días.

DISCUSIÓN

El empleo de corticoides tópicos en el trata-

miento de úlceras corneales debería ser evitado en la inmensa mayoría de casos. En ocasiones, el proceso inflamatorio secundario a la infección corneal puede ocasionar alteraciones histológicas que podrían comprometer la transparencia tisular y por tanto disminuir la calidad visual del paciente³.

El uso de corticoides tópicos estaría indicado únicamente en casos en los que se precise un control adecuado del proceso inflamatorio ocular con la intención de disminuir las posibles secuelas en la función visual, permitiendo una adecuada regeneración del tejido corneal y siempre bajo cobertura farmacológica del agente causal y supervisión de un especialista en Oftalmología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Holland EJ, Schwartz GS. Classification of herpes simplex virus keratitis. *Cornea*. 1999;18:144–54.
2. Wilhelmus, K. The treatment of herpes simplex virus epithelial keratitis. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 2000; 98: 505–532
3. Blair J, Hodge W, Al-Ghamdi S, Balabanian R, Lowcock B, Pan YI, et al. Comparison of antibiotic-only and antibiotic-steroid combination treatment in corneal ulcer patients: double-blinded randomized clinical trial. *Can J Ophthalmol*. 2011;46(1):40-5.

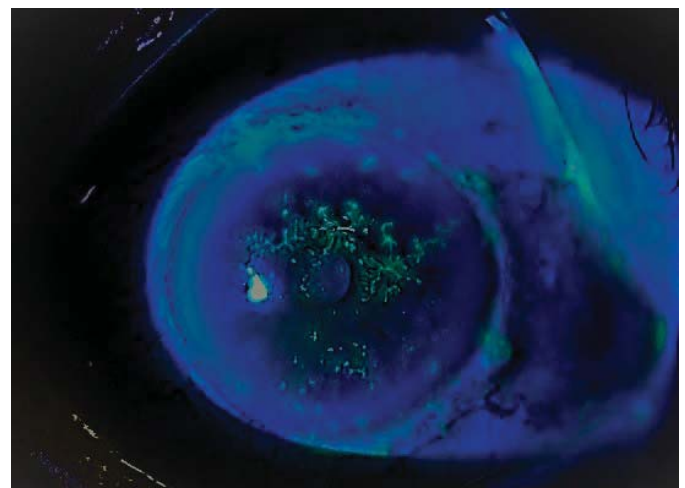


Fig. 1. Imagen biomicroscópica del ojo derecho. Se aprecian multitud de úlceras dendríticas de diverso tamaño. El gran número de lesiones fue propiciado por el uso incorrecto de corticoides tópicos durante varios días.

MACROVASOS RETINIANOS

Dra. Ana María Alfaro Juárez¹ / Dra. Asunción Alfaro Juárez² / Antonio Ramos Suárez¹

¹ Servicio de oftalmología. Hospital General Básico de Baza (Granada)

² Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

CASO CLINICO

Los macrovasos retinianos son vasos aberrantes que cruzan el rafe medio horizontal por la zona avascular foveal¹.

Se trata de una anomalía en el desarrollo vascular de la retina que se forma por causa desconocida entre la semana 15-16 de gestación².

Se diagnostican de forma casual, según algunos autores su prevalencia es de 1/200.000.

Son típicamente de tipo venoso, unilaterales y no afectan a la visión.

En algunos casos se han asociado a quistes foveales y hemorragias, con alteración en la rejilla de Amller y la percepción de los colores.

Hay que hacer el diagnóstico diferencial con otras lesiones vasculares como el hemangioma capilar, comunicaciones arterio-venosas, angioma racemoso, tortuosidad venosa congénita o por oclusiones vasculares o el síndrome de Wyburn-Masson (cuando hay síntomas neurológicos asociados).

En la imagen adjunta (Fig. 1) se presenta la retinografía realizada a una paciente de 39 años a la que se descubren los macrovasos tras realizar un fondo de ojo rutinario.

La agudeza visual en ese ojo era de 1, el campo visual y test de colores fueron normales.

No es necesario ningún tratamiento, se puede realizar seguimiento periódico por lo que fue citada anualmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. de Crecchio G, Alfieri MC, Cennamo G, Forte R. Congenital macular macrovessels. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2006;244:1183-7.
2. Shah VA, Chalam KV. Congenital retinal macrovessel causes reduced retinal sensitivity at the macula. Eur J Ophthalmol. 2004;14:341-4.



Fig. 1.

TUMOR DEL SULCUS PULMONAR SUPERIOR Y HOMBRO DOLOROSO. REFLEXIONES DE UN CASO

Dr. Mario Nicolás Albani Pérez¹ / Dr. César Naudín Royo² / Dra. Laura Anoro Abenoza³

¹ Servicio de Neumología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

³ Servicio de Neumología. Hospital General de la Defensa. Zaragoza

RESUMEN

El tumor de Pancoast o tumor del sulcus pulmonar superior representa sólo el 5% de casos de carcinoma pulmonar, siendo una forma peculiar de presentación clínica y topográfica, con invasión predominantemente parietal. Se describe el caso de paciente con hombro doloroso y síndrome constitucional en contexto de hallazgo radiológico de masa pulmonar apical derecha con invasión costal local correspondiente a tumor de pancoast.

PALABRAS CLAVE

Tumor de pancoast, cáncer de pulmón

ABSTRACT

Pancoast tumor or upper pulmonary sulcus tumor only represents the 5% of cases of pulmonary carcinoma, being a rare clinical and topographic presentation, with predominantly parietal invasion. We describe the case of patient with pain in the right shoulder and constitutional syndrome related to right apical lung mass with rib infiltration due to pancoast tumor.

KEY WORDS

Pancoast tumor, Lung Cancer

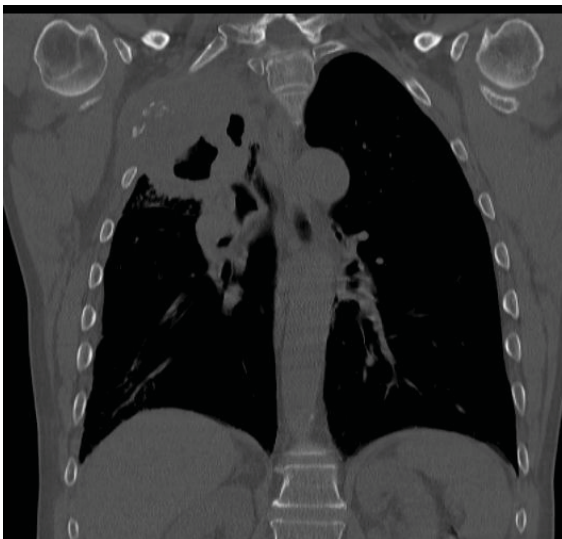
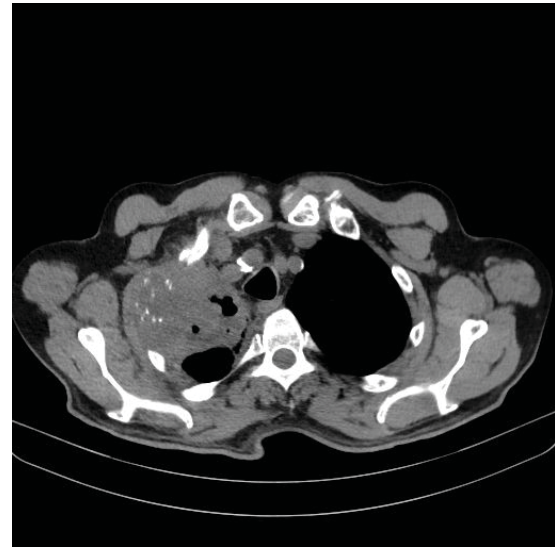
CASO CLÍNICO

Hombre de 73 años con antecedentes de ex-tabaquismo hasta hace 20 años (IPA: 35 p/a), hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus 2, carbunco. Clínica de un mes de evolución de dolor en hombro e irradiación costal laterotorácica superior derecha, exacerbado con movimientos respiratorios, hipoxia, pérdida ponderal de 5 kg en 3 meses. A la exploración física, dolor a la palpación torácica superior derecha, localizada. En Rx de tórax se visualiza radiopacidad en vértice pulmonar derecho con nivel hidroaéreo en su interior, pérdida de volumen del hemitórax y desviación de tráquea ipsilateral. Se realiza TAC Torácico con evidencia de masa hipodensa que infiltra a pared torácica con osteólisis de los tres primeros arcos costales, así como adenopatía de 18mm en espacio paratraqueal derecho (4R) y de 12mm en hilio pulmonar ipsilateral (10R), hallazgos compatibles con carcinoma pulmonar, tumor de Pancoast. En la endoscopia respiratoria

se visualiza masa endobronquial en lóbulo superior derecho que se biopsia, obteniendo diagnóstico de carcinoma células escamosas indiferenciado. (T4-N2-M0, Estadio IIIB). Tras dichos resultados, es remitido a oncología, y se decide iniciar tratamiento con quimiorradioterapia.

DISCUSIÓN

El tumor de Pancoast o tumor del sulcus pulmonar superior representa sólo el 5% de casos de carcinoma pulmonar, siendo una forma peculiar de presentación clínica y topográfica con invasión predominantemente parietal. Debe ser sospechado en adultos de mediana edad con dolor en hombro y extremidad superior, e historia de tabaquismo. El síndrome está caracterizado por dolor en el hombro y espalda, debilidad, dolor y atrofia de distribución cubital, y el síndrome de Claude-Bernad-Horner¹. Actualmente se acepta como síndrome de



Pancoast toda aquella patología localizada en el ápex pulmonar que causa alguno de los síntomas. La mayoría de son debidos a carcinomas pulmonares de células no pequeñas, especialmente de estirpe escamosa, sin presentar metástasis a distancia.

Radiológicamente, el tumor a menudo es difícil de observar. Los hallazgos en la radiografía de tórax incluyen una radiopacidad localizada en el ápice pulmonar, asimetría con respecto al ápex contralateral, masa apical o destrucción ósea. El TAC aporta información adicional en relación a la extensión local y a distancia del tumor. La resonancia magnética, es útil para determinar afectación de vasos, plexo braquial, y en la evaluación ósea vertebral y del canal espinal. El PET permite una mejor valoración de la actividad metabólica de las lesiones.

El diagnóstico requiere la demostración

anatomopatológica del tumor. Se estima que la mejor técnica diagnóstica es la punción transtóraca. La broncoscopia presenta una rentabilidad diagnóstica en torno al 40-60%. La videotoracoscopia o la toracotomía se pueden realizar si las técnicas menos invasivas no son diagnósticas.

La quimiorradioterapia combinada neoadyuvante seguida de la resección del tumor parece ser la mejor opción terapéutica en los casos resecables, con una menor tasa de recurrencia local y mejor supervivencia. En la enfermedad localmente avanzada no resecable se recomienda la quimiorradioterapia.

Los índices de supervivencia a los 5 años son del 30-40% en pacientes sin afectación de ganglios linfáticos, y menores del 10% en aquellos con resección incompleta, afectación de ganglios mediastínicos o invasión vertebral.

BIBLIOGRAFIA

1. Deepali R, Gaikwad-Takale. Squamous Cell Carcinoma in Pancoast Syndrome. Indian Journal of Medical Case Reports ISSN: 2319-3832.
2. Khosravi Shahi P. Síndrome de Pancoast (tumor de sulcus pulmonar superior): revisión de la literatura. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2005 Abr [citado 2018 Mar 13]; 22(4): 44-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005000400010&lng=es
3. Vegas Solórzano Y. Tumor del Vértice Pulmonar Superior como Causa del Síndrome de Pancoast. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX (604) 529-532, 2012.