PUBLICACIÓN CUATRIMESTRAL **ISSN 2676-0681**

REVISTA DOMINICANA DE CIRUGÍA

PUBLICACIÓN DEL COLEGIO DOMINICADO DE CIRUJANOS. INC.

EDICIÓN: Diciembre **Volumen 2 - Nº1** **2023**

www.colegiodominicanodecirujanos.com

DIRECTIVA
Periódo 2022-2024

Dr. Leonardo Brito Sánchez
Presidente

Dr. Jiomar Figueroa Germosén
Vice-Presidente

Dr. Luis V. Restituyo M.
Secretario

Dr. José Bayohan Martínez P.
Tesorero

Dr. José Ramón García Domínguezt
Pasado Presidente y Vocal Asesor

VOCALES

Dra. Giomania Rodríguez Moya
Dra. Margarita Cruz González
Dr. Nelson Encarnación
Dr. Manuel Jaklitsch

Dr. José Rodríguez
Presidente de la Filial Noroeste

Dra. Cinthia Núñez Martínez
Presidenta Filial Norte

Dra. Rafaidad Badalin Abud Peña
Presidente Filial Este

Dr. Wilkins Quezada Adames
Presidente Filial Sur

Dra. Melissa Mercedes
Presidente de la Filial Nordeste

COLEGIO DOMINICANO
DE CIRUJANOS (CDC)

EDITOR

Dr. Heriberto Rodríguez Bonet

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Manuel Escarraman M.

Dr. Marcos Nuñez Cuervo

Dr. Jorge Asjana

Dr. Erick Pimentel Shaper

DIAGRAMACIÓN Y DISEÑO
Ktechsolutions

ISSN 2676-0681

Índice

Pag.

Carta del presidente.
Dr. Leonardo Brito Sanchez

Mensaje del editor.
Dr. Heriberto Rodriguez Bonet

Azul de metileno: herramienta de marcaje prequirúrgico de patología de mama no palpable.
Dr. Ricardo Domingo Cirujano Oncólogo
Dra. Yannybel Morales Rodríguez Cirujana General 1

Invaginación intestinal colo-colica por lipoma. Presentación de un caso
Dr. Heriberto Rodriguez Bonet
Dr. Víctor Ureña
Dr. Sócrates Bautista
Dra. Katherin Ruiz
Dra. Sayra Cedano De Los Santos 5

Aspectos epidemiológicos de pacientes en ventilación mecánica en la unidad de quemados pearl f. Ort.
Dra. Dalia Granados Alonso
Dra. Angie Delgado Echavarría 9

Características clínico-quirúrgicas de disección ganglionar cervical en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
Dr. Manuel Escarramán Cirujano Oncólogo
Dra. Yannybel Morales Cirujana General 13

Hígado ectópico intratorácico “coristoma”
Dr. Rafael Estévez Reyes Cirujano
Dr. Rafael Estévez Castro Patólogo
Dr. Julio Burdiez Neumólogo 20

Carta del presidente del CDC

El próximo año estaremos celebrando el 50 aniversario de la fundación del Colegio Dominicano de cirujanos, institución que con el pasar de los años se ha ido constituyendo en la más genuina representación de los intereses y aspiraciones de la clase quirúrgica formada y entrenada para el ejercicio de la Cirugía General y algunas de sus áreas de "especialización" en la República Dominicana.

Muchas son las variables que sobre-determinan las condiciones actuales en que nos vemos compelidos al
ejercicio de nuestra profesión y pareciera, en algún momento, que estamos entrando en un irreversible proceso en que se desdibujan las líneas que en otros tiempos definían con claridad los roles, competencias y estándares mínimos requeridos para el cirujano general.
La masificación en la formación de nuevos especialistas egresados de nuestras escuelas y llegados de otros lares, aunada a lo que algunos evalúan como una merma notoria en la calidad del producto formado; la criminalización y sanción penal del acto quirúrgico; el desconocimiento existente sobre la ruta que van definiendo otras instituciones para la re-certificación profesional como requisito para ejercer, la disponibilidad de recursos humanos con entrenamiento en cirugía que sobrepasa la demanda de servicios el mercado laboral en aquellas zonas donde la asimetría económica y social del país posibilita ingresos mínimos para que el ejercicio de la profesión permita vivir con dignidad; las restricciones que para fines de insertarse en el mercado laboral le impone al cirujano general promedio la concentración de las nuevas tecnologías y las sub-especializaciones en pocas manos son solo algunos de los elementos que condicionan
el presente y perspectivas del ejercicio de la Cirugía General en República Dominicana.

La producción de conocimiento no escapa a esa realidad y contribuir de nuestra parte, a pesar de las adversidades y limitaciones, a avanzar en ese renglón es una responsabilidad institucional. Por lotanto, en el marco de ese panorama concebimos la REVISTA DOMINICANA DE CIRUGÍA como un órgano de difusión plural, abierta a recibir colaboraciones de otras especialidades y pensada para edición tanto en formato electrónico como físico.

Articulada al programa de educación médica continúa del C.D.C., pautada para edición cuatrimestral, concebida como una herramienta que sirva para la sistematización y difusión de información científica relacionada con el quehacer de la cirugía general y especialidades afines en República Dominicana cada nueva edición de la revista expresa y refleja el compromiso que ha asumido el Colegio Dominicano de Cirujanos para estimular la producción de conocimiento científico entre su membresía y poner a su disposición material académico de factura nacional que recoja el creciente y necesario interés de los profesionales de la cirugía por la investigación y documentación de experiencias avaladas por evidencia.

Dr. Leonardo Brito Sanchez

Mensaje del Editor

Hola colegas

Nuestro Órgano de difusión científica que tras un proceso de evolución llegó a lo que es hoy la Revista Dominicana de Cirugía, requiere progresivamente de una mejor y oportuna colaboración aprovechando la incorporación de los especialistas quirúrgicos y de áreas afines a los avances de la tecnología de manera que transmitan y compartan sus experiencias con los demás colegas, lo que a su vez dará vigencia y fortaleza a la Revista Dominicana de Cirugía que está abierta también a la recepción de trabajos de colegas y profesores de otras latitudes que estén dispuestos a colaborar con el robustecimientos de nuestro órgano de difusión científica y compartir sus conocimientos.

Exhortamos de manera especial a los cirujanos, especialistas de áreas afines y residentes dominicanos a que revisen las normas de publicación de este órgano de difusión del CDC y se dispongan a enviarnos artículos en los que reflejen sus aprendizajes y experiencias, lo que implicará un beneficio de doble vía y fortalecerá la organificacion y mantenimiento de la Revista Dominicana de Cirugía.

Dr. Heriberto Rodriguez Bonet

AZUL DE METILENO: HERRAMIENTA DE MARCAJE PREQUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA DE MAMA NO PALPABLE.

Dr. Ricardo Domingo
Cirujano Oncólogo

Dra. Yannybel Morales Rodríguez
Cirujana General

Resumen

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Con el objetivo de demostrar la efectividad del marcaje con azul de metileno en la patología de mama no palpable, como una técnica alternativa, reproducible y de bajo costo en nuestro país, tuvimos una muestra de 280 pacientes en los cuales el intervalo de edad más frecuente osciló entre los 39 – 48 años en un 35%, obtuvimos 95% de las lesiones fueron benignas y 5% malignas, que incluyeron carcinoma in situ 46 % y carcinoma infiltrante 54%. Las lesiones benignas fueron proliferativas en 73 % y no proliferativas 5%, con respecto a las complicaciones 2% de los pacientes desarrollaron infección del sitio quirúrgico y un 98% no presentaron ninguna complicación.

Palabras claves: azul de metileno, lesión de mama no palpable.

Introducción

A principios de los años noventa, el azul de metileno fue utilizado en el marcaje de lesiones de mama, y ganglio centinela en cáncer de mama, sin embargo, con el advenimiento de nuevas técnicas, cada vez este se utiliza menos. En este trabajo demostramos que a pesar de las muchas técnicas para el marcaje de las lesiones de mama no palpables, el azul de metileno utilizado de la forma correcta es una opción segura, y reproducible en nuestro medio.

Técnica quirúrgica

Mediante ecografía de mamas se localiza la lesión y una vez localizada se realiza inoculación de la lesión mamaria con un preparado de 1cc de azul de metileno más 1cc de lidocaína, (fig.1), luego se realiza un trayecto hacia la piel con el azul de metileno, y se marca en la piel el área de la lesión (fig.2) y se realiza informe de localización de la lesión con respecto a la piel y a la areola (fig.3)

FIGURA 1. Inoculación de lesión intramamaria localizada por ecografia con azul de metileno.

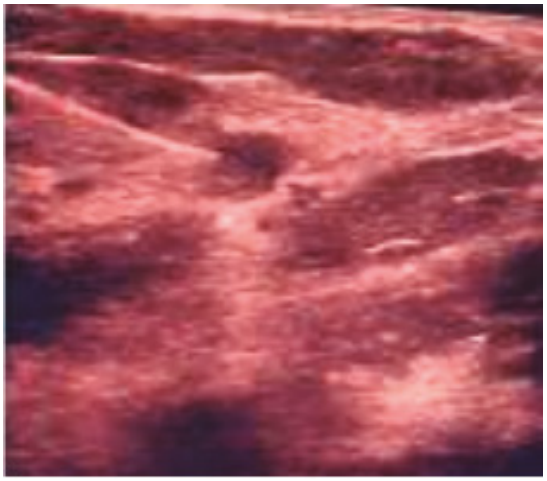
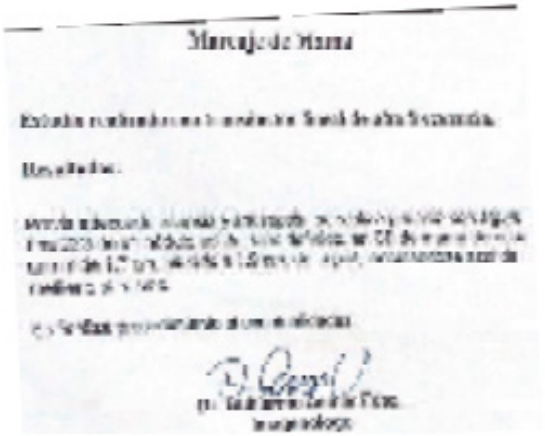


FIGURA 2. Marcaje de la piel en el área de la lesión.

FIGURA 3. Informe de localización de la lesión.



Se traslada paciente a sala de cirugía, no deben pasar más de 2 horas luego de realizado el marcaje para evitar dilución del mismo, se realiza incisión periareolar en dirección al cuadrante donde se encuentra localizada la lesión previamente marcada, se realiza tunelización en tejido celular subcutáneo hasta localizar el Azul de Metileno. (fig. 4).

FIGURA 4. Marcaje de la piel en el área de la lesión, tunelización en tejido celular subcutáneo para localización del azul de metileno.

Se realiza la resección de la lesión con todo el azul de metileno (Fig. 5), se realiza colgajo dermoglandular, se corrobora hemostasia, se realiza sutura intradérmica y se marca pieza quirúrgica. (Fig. 6)

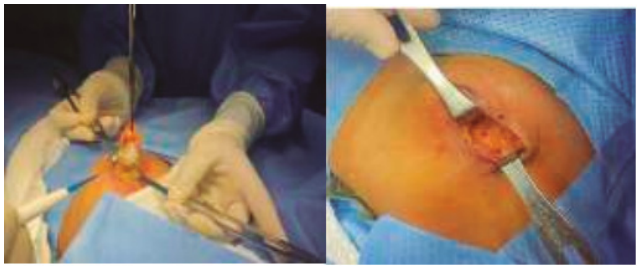


FIGURA 5. Resección de toda la lesión marcada

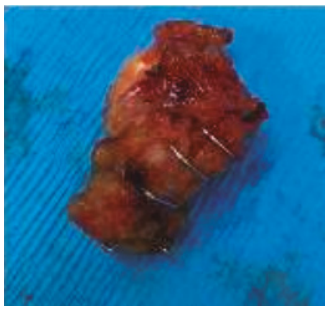


FIGURA 6. Marcaje de pieza quirúrgica.

Material y método

Se realizó una búsqueda retrospectiva, observacional de tipo descriptivo, de corte Transversal en el período Agosto 2012 – Agosto 2022 en DOCAMED. Con el objetivo de demostrar la efectividad del azul de metileno en marcaje de lesiones de mama no palpables.

Se revisaron los expedientes clínicos de 1,622 pacientes constituyendo estas nuestra población, tuvimos una muestra de 280 pacientes para los fines del estudio. Los datos recopilados fueron ingresados en una hoja de Excel y posteriormente tabulados.

Incluyendo a pacientes mayores de 18 años, con lesiones de mama no palpables.

Resultados

Trabajamos con u total de 280 pacientes, cuya edad más frecuente se encontró en el intervalo de 39 – 48 años, constituyendo este grupo etario casos correspondiente a un 35 %, como se muestra en la tabla 1.

EDAD	FRECUENCIA	%
<18	3	1%
18-28	30	11%
29-38	48	17%
39-48	**99**	**35%**
49-58	60	21%
59-68	29	10%
>68	11	4%
TOTAL	**280**	**100%**

Tabla 1.

Las características de las lesiones fueron benignas en 267 pacientes constituyendo estas un 95%, y de éstas las lesiones proliferativas ocuparon un 73% con un total de 196 casos. Tabla 2 y 3.

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	%
Benignas	**267**	**95%**
Malignas	13	5%
TOTAL	280	100%

Tabla 2.

BENIGNAS	FRECUENCIA	%
Proliferativas	**196**	**73%**
No Proliferativas	71	5%
TOTAL	267	100%

Tabla 3.

Las lesiones malignas encontradas correspodieron a 13 casos que constituyó un 5%, como se muestra en la tabla 2. Y de esas lesiones 7 casos (54%) fueron de tipo infiltrante y 6 lesiones (46%) fueron carcinomas in situ como se muestra en la tabla 4.

MALIGNOS	FRECUENCIA	%
In Situ	6	46%
Infiltrante	**7**	**54%**
TOTAL	13	100%

Tabla 4.

Con respecto a las complicaciones del procedimiento, encontramos que 275 pacientes correspondientes a un 98% no presentaron ninguna complicación y que 2% tuvieron infección de la herida quirúrgica. Tabla 5.

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	%
Infección del sitio quirúrgico	5	2%
Márgenes positivos	0	0%
Necrosis	0	0%
Sin complicaciones	**275**	**98**
TOTAL	280	100%

Tabla 5.

Discusión

En nuestra revisión encontramos una edad más frecuente que oscila entre los 39 – 48 años en un 35%, obtuvimos 95% de lesiones benignas y 5% de lesiones malignas que incluyeron carcinoma in situ 46 % y carcinoma infiltrante 54% . Las lesiones benignas fueron proliferativas en 73 % y no proliferativas 5%,

En el 2020 en el Medical University of Gdansk, Pololonia, se desarrolló un estudio en donde ellos determinaron que las complicaciones asociadas al azul de metileno más frecuentes eran infecciones, necrosis, y alergias, y que utilizado de forma correcta estas complicaciones se pueden evitar, utilizando dosis en menos de 2cc intralesional, dosis menores a 5mg/kg de peso endovenoso, y las reacciones anafilácticas ocurren en 0.07%, en nuestra revisión, en las complicaciones asociadas al azul de metileno solamente obtuvimos 2% de pacientes que desarrollaron infección del sitio quirúrgico y un 98% no presentaron ninguna complicación.

Conclusiones

Existen muchas formas de marcaje en las patologías de mama no palpables, desde métodos para tintar las lesiones, la utilización de agujas, arpón, marcaje con sustancias radioactivas y radioisótopos, a lo largo de las décadas las técnicas de marcaje han evolucionado entonces de manera considerable.

Cada vez se utiliza menos el marcaje con azul de metileno, sin embargo, con el presente trabajo nuestra intención es demostrar que el azul de metileno es un método que utilizándolo de forma adecuada es un método seguro para el paciente, de bajo costo, que no altera el resultado histopatológico.

Con el azul de metileno podemos resecar la lesión completa de mama, obteniendo márgenes sanos, nos brinda un resultado estético satisfactorio ya que con la lesión tintada, resecamos menos tejido mamario sano evitando así deformidades mamarias. La técnica más efectiva actualidad es el marcaje con radioisótopos, sin embargo, la técnica de marcaje con azul de metileno es una alternativa eficaz.

Recomendaciones

Para evitar los efectos no deseados del uso de azul de metileno es importante utilizarlo de forma segura, se debe realizar siempre que sea posible una biopsia sonodirigida con aguja cilíndrica previo a la cirugía. Utilizar menos de 2cc de azul de metileno intralesional al 1%, ya que el uso de mas de esta cantidad esta relacionado con alergias; realizar el procedimiento quirúrgico dentro de las primeras dos horas tras el marcaje, para evitar dilución del mismo; Evitar utilizar el azul de metileno de forma subcutánea, ya que utilizado de esta forma esta asociado a necrosis; Retiro de todo el material (azul de metileno) en el acto quirúrgico, así como contar con Kit de anafilaxis en el departamento de imágenes.

No se recomienda el uso de azul de metileno en pacientes con hipersensibilidad al mismo, insuficiencia renal y pacientes embarazadas.

Agradecimientos

Agradecemos al equipo multidisciplinario de DOCAMED, por facilitarnos los medios para realización del presente trabajo, a la unidad de ONCO5 e IMADI representado por el Dr. Guillermo Asmar, por facilitarnos los medios para realización del mismo. Y al Centro Diagnóstico de Patología CEDIP, la Dra. Mariel Pacheco y la Dra. Nicaury Briceño por el aporte para la elaboración de este trabajo.

Referencias Bibliográficas

1. Torregroza-Díazgranados E, Gómez MC. Tumores papilares intraductales de seno. Rev.Colomb.Cir.2010; 25: 131-50

2. Alavishahreza N Ensani N , Najarnajafi S, et al (2010). Is there any negative impact on histologic assessment of breast masses and sentinel nodes marked with blue dye? Eur J Cancer Supple, 8, 172.

3. Zakaria S, Hoskin TL, Degnim AC (2008). Safety and technical success of methylene blue dye for lymphatic mapping in breast cancer. Am J Surg, 196, 228-33.

4. L. Aibar, A. Santalla, M.S. López- Criado, I. González-Pérez, M.A. Calderón, J.L. Gallo, J. Fernández -Parra (2011). Clasificación radiológica y manejo de las lesiones mamarias. clínica e investigación en ginecología y obstetricia vol 38 num 4, pág. 141-149

5. Wehbe G, Sepanda M, Nos C, et al. Long follow-up of breast cancer revealed by clustered microcalcifications without palpable mass[J]. J Med Liban, 2004,52(1):2-7.

6. American College of Radiology. Breast imaging reporting and data system, breast imaging atlas[M], 4th ed. Reston, Va: American College of Radiology, 2003.
7. Markopoulos C, Kouskos E, Revenas K, et al. Open surgical biopsy for nonpalpable breast lesions detected on screening mammography[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2005,26(3):311- 314.
8. Wiratkapun C, Lertsithichai P, Wibulpholprasert B. Positive predictive value of breast cancer in the lesions categorized as BI-RADS category 5[J].J Med Assoc Thai, 2006,89(8):1253- 1259.
9. Hoorntje LE, Peeters PH, Mali WP, et al. Is stereotactic large-core needle biopsy beneficial prior to surgical treatment in BI-RADS 5 lesions?[J]. Breast Cancer Res Treat, 2004,86(2):165-170.
10. Hemmer PH, Klaase JM, Mastboom WJ, et al. The continued utility of needle localised biopsy for non-palpable breast lesions[J]. Eur J Surg Oncol, 2004, 30(1):10-14.
11. Kouskos E, Gui GP, Mantas D, et al. Wire localisation biopsy of non-palpable breast lesions: reasons for unsuccessful excision[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2006;27(3):262-266.

INVAGINACION INTESTINAL COLO-COLICA POR LIPOMA. PRESENTACION DE UN CASO

* Dr. Heriberto Rodriguez Bonet
* Dr. Victor Urena
** Dr. Socrates Bautista
*** Dra. Katherin Ruiz
**** Dra. Sayra Cedano De Los Santos

Resumen

Presentamos el caso de una paciente de 32 años que presentó un cuadro de obstrucción intestinal parcial y hematoquexia a la que por colonoscopia se le detecta masa que ocupa la luz del colon con aspecto sangrante a la que operamos, resultando una invaginacion colo-cólica provocada por un lipoma.

Palabras clave: Invaginación colo-cólica, Lipoma de colon

Abstract

We present the case of a 32-year-old patient who presented a condition of partial intestinal obstruction and hematochexia in whom a colonoscopy detected a mass occupying the lumen of the colon with a bleeding appearance. We operated on it, resulting in colo-colic invagination caused by a lipoma.

Key words: Colo-colic invagination, colonic lipoma

* Cirujanos
* Gastroenterologo
** Residente 3er. año Cirurgia
*** Medico gral.

La invaginación intestinal ocurre cuando un segmento de intestino, una lesión en la pared intestinal o irritación en la luz, favorecidos por el peristaltismo, se introduce en un segmento distal de forma telescópica, pudiendo llegar a provocar una obstrucción o isquemia intestinal. Clínicamente se presenta como una obstrucción mecánica, parcial o completa.

Es una afección inusual en los adultos, suele asociarse a una lesión de base en 70-90% de los casos; con frecuencia tumores malignos señalándose su incidencia entre 02-4%, las localizaciones Mas frecuentes son las ileo-ileales e ileocolicas, las lesiones colicas aisladas son raras

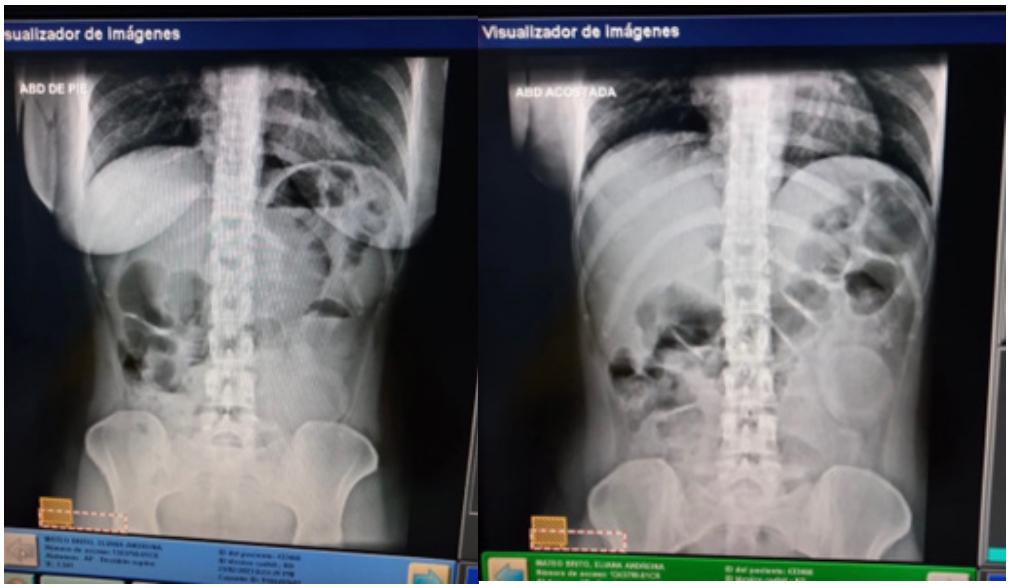
Los lipomas del colon en raras ocasiones dan lugar a una invaginación, habiendo pocos casos reportados en la literatura y el diagnóstico se establece en muchos de los casos durante la intervención quirúrgica, aunque los avances y perfeccionamiento en imagenología permiten sospecharla o diagnosticarla en radiografías simples y en sonografías es más concluyente en Tomografías abdominales; así los signos 'de la diana' o el 'donut' en cortes transversales, "la salchicha" o el "seudo riñón" en planos longitudinales.

La colonoscopia puede ayudar a establecer el diagnóstico y a determinar la causa que la produce y, además, ser útil en la valoración de la presencia o ausencia de isquemia de la pared intestinal, pero en algunas ocasiones, como sucedió en el caso que reportamos puede remedar un tumor maligno sangrante

Alrededor del 90% de los Lipomas de colon son de origen submucoso; el resto afecta la capa muscular y la serosa. Por la posibilidad de isquemia irreversible o de lesión tumoral maligna es recomendable en adultos la resección en bloque, la reducción de una invaginación con sospecha de malignidad debe ser evitada porque puede provocar una perforación intestinal y riesgos de embolización venosa de células tumorales

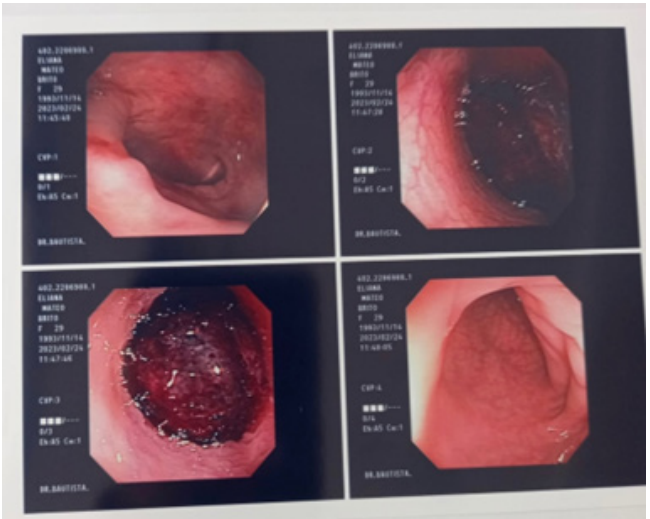
PRESENTACION DEL CASO

Femenina de 32 años de edad
Motivo de ingreso:Vomitos (21 feb 2023), ingresada vía emergencia por servicio de gastroenterología
Diagnóstico de ingreso: Gastroenteritis
Anamnesis
reciente: Vomitos y aerogastria de tres días de evolución, por lo que acudió por decisión propia a un centro de imágenes en donde le realizaron una sonografia abdominal que no reportó datos de importancia.
Alejada: estreñimientos y distensiones abdominal intercurrentes desde tres meses antes.
Anamnesis remota: Asmática desde los 23 años de edad.
Antecedente familiar: madre operada por adenocarcinoma de sigmoides 6 años antes.
Evolución durante ingreso: persistencia de vomitos, distensión abdominal moderada y hematoquexia por lo que fue tratada con diagnóstico de impresión de amebiasis. Se le realiza Rx de abdome de pie y acostada, fig 1, 2.



Ante la persistencia del sangrado se le realizó al tercer día una colonoscopia en la que se observa masa que ocupa todo el lumen intestinal reportada a nivel de sigmoides cuya superficie presenta datos

de sangrado activo, razón por la que no se le realizó toma de muestra para biopsia y tomando en cuenta el antecedente familiar se reporta como neoplasia de colon, fig 3,

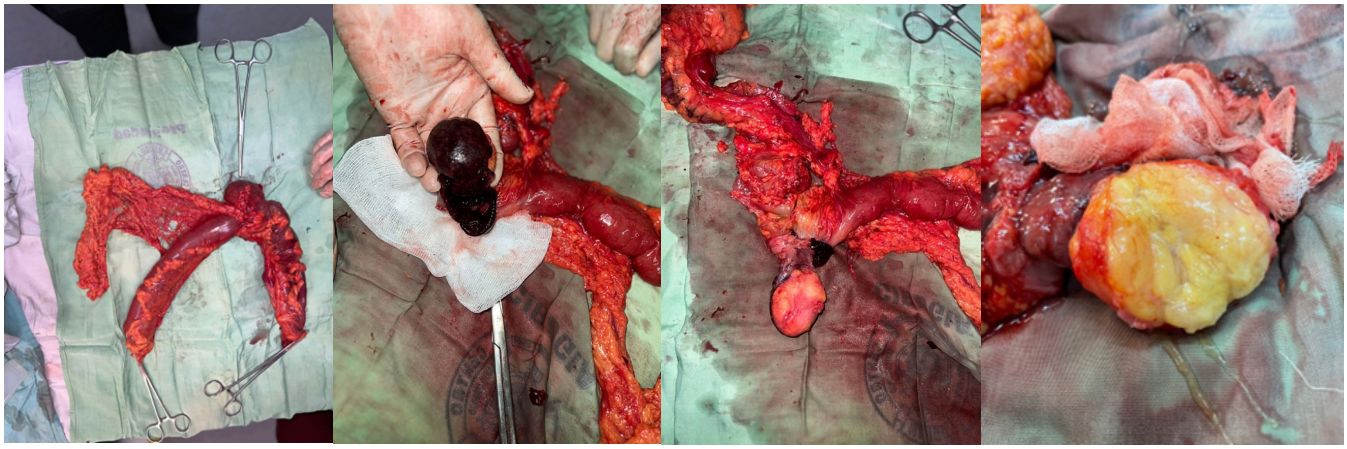


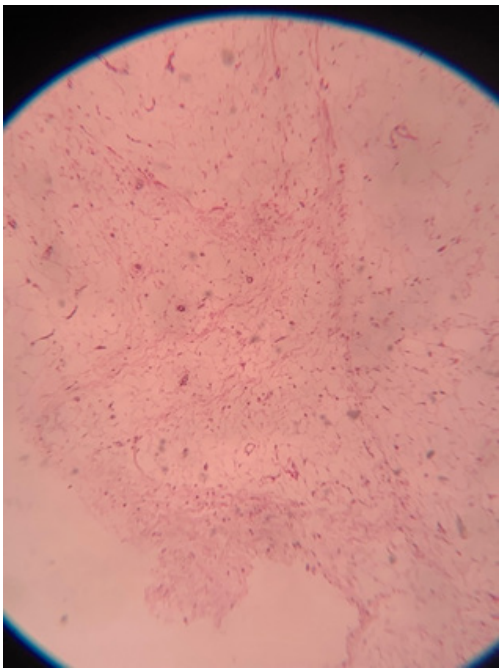
Después de estabilización hemodinámica la operamos al cuarto día.

Hallazgo operatorio: masa en ángulo esplenico, aspecto externo invaginante.

Cirugía realizada: resección de mitad distal de colon transverso, ángulo esplenico y colon descendente, Anastomosis T-T por grapado.
Transfusión transoperatoria 500 ml.

Al terminar la cirugía procedimos a examinar la pieza y confirmamos invaginacion colo-cólica. Desinvaginamos y procedimos a examinar
mediante corte longitudinal y
observamos la presencia de una masa constituida por tejido graso, fig 4,5,6.,7





Impresión diagnostica post quirúrgica: Lipoma de colon.

Microscopia
revela neoplasia mesenquimal benigna caracterizada por adipositos maduros separados por septos fibrosos organizandolos en lobulos y reporte de anatomía patológica confirman el diagnostico,fig 8.

Inicio de vía oral a las 12 horas. De alta al tercer día del postoperatorio.
Evolución postoperatoria mediata satisfactoria.
Control colonoscopico seis meses después sin alteraciones.

REFERENCIAS:

- Andrei LS, Andrei AC, Usurelu DL, Puscasu LI, Dima C, Preda E et al. Rare cause of intestinal obstruction - submucous lipoma of the sigmoid colon. Chirurgia (Bucur) 2014; 109:142-147. https://www.revistachirurgia.ro/pdfs/2014-1-142. pdf.

- Kim YH, Blake MA, Harisinghami MG, Archer K, Hahn PF, Pitman MB et al. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identi cation of a causative lead point. Radiographics 2006; 26 :733-744. DOI: 10.1148/rg.263055100.

- Morera Ocón FJ, Hernández Montes E, Bernal-Sprekelsen JC. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. Cir Esp 2009; 86: 358-362. DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.08.002.

- Mira X, Julian JF, Piñol M, de la Cruz J, Casas JD, Cuadras P, et al. Lipoma de colon transverso como causa de intususcepción colónica. Aportación de un caso. Cir Esp 1998; 63: 152-4.

- Cabanis P, Melet J, Bitar I. Les invaginations intestinales de l'adulte. Ann Chir 1991, 45: 426-8.

- Gonzales-Carrero, S. y cols. Invaginaciones intestinales en el adulto: locacalizacion, etiologia, sintomatologia y manejo terapeutico. Elseiver.Es DO:1016/j.rx.2021

- C.Elm'hadi et al. Intestinal intussusception in young women:unusual cause and specific management. World J Surg Oncol- internet., 13, 2015.PP4-8. http://dx.doi.org/10.1186/s12957-015-0660-0 [Medline]

- T.Azar, D.L. berger.Adult intussusception. Ann Surg. 226, 1997: pp134-138

- Gidhirim G, et al. Giant Submucosal lipoma of the cecum: report of a case and review of literature. Rom. J Gastroenterolg 2005; 14(4): 393-6

- P. Marsicovetere, S.J. Ivatury, B. White, S.D. Holubar. Intestinal intussusception:Etiology,Diagnosis and treatment. Clin Colon Rectal urg, 30,2017:pp30-39

- S. Baleato-Gonzalez, J.C. Vilanova. Intussusception in adults: What radiologists should know. Emerg Radiol.(2012):pp89-101

- L. Martinez..Intususcepcion colonica. Rev Asoc Guatemalteca de Gastroenterologia. Vol XI dic 2021:pp 50-52.

- Begos DG. The diagnosis and management of adult intussuscep- tion. Am J Surg. 1997;173:88-94.

- Guillén-Paredes MP, Martínez-Gómez D, Aguayo-Albasini JL, et al. Invaginación colo-cólica por lipoma. Cir Esp. 2010;87:46-58.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE QUEMADOS PEARL F. ORT.

Dra. Dalia Granados Alonso
Dra. Angie Delgado Echavarría

Departamento de Anestesiologia
Unidad de Quemados Pearl F. Ort.
Santo Domingo Republica Dominicana

Resumen

El paciente gran quemado tiene un alto riesgo de presentar disfunción pulmonar de diferentes etiologías, señalándose que el Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA) se encuentra entre las primeras causas de ventilacion mecánica. Realizamos un estudio retrospectivo de pacientes quemados en ventilacion mecánica por mas de cuarenta y ocho horas con el diagnostico de Disfunción Pulmonar con el objetivo de identificar las principales causas llevaron a la necesidad de manejarlos con ventilación mecánica. Los resultados de este estudio señalan el SDRA es la principal causa de Disfunción Pulmonar, de etiologia multifactorial, inducida en un mayor porcentaje por el proceso inflamatorio como la principal causa de ventilacion mecánica. El estudio es retrospectivo por lo que adolece de sus fallas y concluimos la necesidad de realizar estudios futuros prospectivos y con mayores recursos.

Abstract

Major burn patients have a high risk of presenting pulmonary dysfunction of different etiologies, noting that Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) is among the leading causes of mechanical ventilation. A retrospective study of burned patients in mechanical ventilation for more than forty-eight hours with the diagnosis of Pulmonary Dysfunction is carried out with the aim of identifying the main causes of mechanical ventilation. The results of this study indicate ARDS as the main cause of Pulmonary Dysfunction, of multifactorial etiology, induced in a greater percentage by the inflammatory process as the main cause of mechanical ventilation. The study is retrospective so it suffers from its flaws and we conclude the need to carry out prospective future studies with greater resources.

Introducción

El paciente quemado está en riesgo de presentar Disfunción Pulmonar(DP) de causa directa por la lesión inhalatoria y/o neumonía y de causa indirecta extra pulmonar por la presencia de shock, sepsis y la respuesta inflamatoria sistémica. La disfunción pulmonar en el paciente gran quemado aumenta considerablemente la morbilidad y mortalidad, estos pacientes van a requerir de cuidados intensivos y de apoyo ventilatorio. La incidencia de Lesión Inhalatoria (LI) en las quemaduras es aproximadamente del 7,7% en Estados Unidos de América, directamente relacionado con el aumento de la superficie corporal de quemaduras(SCQ), hasta una incidencia máxima del 14% con quemaduras del 80-89%.1 El diagnóstico LI a menudo es difícil, depende de la evidencia de lesión pulmonar en asociación con una historia clínica y pruebas consistentes, incluidos factores como quemaduras por llama con atrapamiento prolongado, quemaduras en el cuello y cara, disfonía, vibrisas quemadas, esputo carbonàceo, desaturación e insuficiencia respiratoria hipoxémica.1 La lesión por inhalación térmica o química, causa daños graves en el pulmón, con un efecto importante en la evolución de las quemaduras. Cuando la inhalación de humo no se acompaña de una quemadura cutánea, se señala que existe una reducción de los efectos en el pulmón, por lo que la respuesta inflamatoria del paciente quemado tiene un rol importante en el desarrollo de Disfunción Pulmonar.2 El diagnóstico definitivo es por el hallazgo broncoscópico de hollín en las vías respiratorias. La intubación endotraqueal y el soporte ventilatorio indicado ante un diagnóstico de quemaduras de vía aérea superior y/o circunferenciales de cuello, ante el riesgo inminente de obstrucción de la vía aérea, depende de varios factores. En la actualidad la conducta es monitorizar al paciente, conjuntamente con otras medidas para minimizar el desarrollo del edema, ya que existe un riesgo inminente de obstrucción de la via aérea superior, que de no detectarse a tiempo puede hacer la intubación técnicamente difícil. Se han reportado complicaciones de la intubación endotraqueal en el paciente quemado, que van desde los riesgos propios de la ventilación mecánica, por el uso de sedantes y opioides que alteran la homeostasis, hasta casos de estenosis laríngea, por lo que la monitorización es de gran importancia para poder decidir en el tiempo justo cuando es necesario la intubación endotraqueal en el paciente quemado. El Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda(SDRA) es una complicación en las quemaduras graves que ha sido señalado como causa de la Disfunción Pulmonar. Las quemaduras son causa indirecta del SDRA, a consecuencia de los efectos en la micro circulación del endotelio pulmonar que produce la respuesta

inflamatoria sistémica del paciente quemado. Definir si estamos ante la presencia de un edema pulmonar debido a sobrecarga de liquido en pacientes quemados, como resultado de la reanimación intensiva con líquidos con una función miocárdica deprimida, asi como hacer un diagnostico diferencial con el SDRA en ocasiones resulta difícil de definir, es importante apoyarnos en los datos clínicos, ecocardiograma, uso de diuréticos, y los datos que nos aporta la definición de Berlín. El objetivo de nuestro estudio es describir la epidemiología de los pacientes quemados que recibieron ventilación mecánica(VM) por mas de 48 horas, a causa de disfunción pulmonar en la Unidad de Quemados Pearl F Ort en el periodo comprendido 1998-2018.

Método

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de la base de datos del Departamento de Anestesiologia, de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Quemados Pearl F. Ort en el periodo 1998-2018, que requirieron ventilación mecánica por más de 48 horas. Los criterios de inclusión son pacientes quemados con diagnóstico de Disfunción Pulmonar y que recibieron ventilacion mecánica por más de 48 horas. Los criterios de exclusión fueron pacientes que recibieron ventilación mecánica menos de 48 horas, otras causas y pacientes no quemados. En la Unidad de Quemados Pearl F. Ort la reanimación hídrica se realiza según la fórmula de Parkland con soluciones de lactato de ringer con los ajustes necesarios de acuerdo a las variables hemodinámicas presentadas. Debido a que no todos los pacientes se le realiza fibrobroncoscopia, el diagnóstico de Lesión Inhalatoria (LI), se realiza en base a los indicadores más importantes descritos en la literatura tales como quemadura de cara y vibrisas, hollín en la vía aérea, disfonía, estridor, aumento de secreciones y vías aéreas reactivas e hipoxemia. La intubación y ventilación mecánica se inician si hay evidencia de hipoxemia moderada a grave refractaria a terapias de bajo flujo de oxigeno, nivel de conciencia reducido, riesgo o presencia de una vía aérea comprometida o quemaduras circunferenciales del cuello (CC). EL Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA) se diagnóstico en pacientes con una relación Pa/Fi ≤ 300 y una radiografía de tórax compatible con SDRA, en presencia de entidades clínicas de riesgo una semana antes de presentar hipoxemia, según los criterios de la Definición de Berlín.3 El diagnóstico de sepsis se estable según los criterios del centro basado en cambios, cardiovasculares y alteración de la conciencia, en los casos de neumonía, ante signos de infección, recuento elevado de glóbulos blancos, fiebre o hipotermia, con una imagen de tórax compatible La ventilación mecánica fue controlada usando volúmenes de 6-8 ml/kg y presión positiva al final de espiración mayor o igual a 5 cmH2O, sedación con benzodiacepina y control del dolor con opioides. Se diseño para este estudio un protocolo donde se registraron edad, sexo, porcentaje de superficie corporal quemada (%SCQ), etiologia de la quemadura, diagnostico clinico, tiempo de inicio de ventilacion mecánica asi como días en ventilacion mecánica y mortalidad. Las características de los pacientes se resumen utilizando números, porcentajes, valores medios, desviación estándar o mediana.

Resultados

Durante el periodo de estudio 1998-2018 se ingresaron en la unidad 3950 pacientes por quemaduras agudas, de los cuales n=719 (18 %) requirieron ventilación mecánica, se excluyeron del estudio aquellos pacientes que estuvieron en VM menos de 48 horas, que su diagnostico de ingreso no fue por quemaduras y que la causa de ventilacion mecánica no fue la disfunción pulmonar; n=4 Síndrome de Steven Johnson, n=3 Trauma craneal , n=3 parada cardiaca, n=1 Accidente Cerebro Vascular, n=1 Shock hipovolémico. Después de las exclusiones nos quedamos con una población de n=707 (18%), con una edad promedio de 44 años (16-85), 72 % (n=509) masculinos y 28 % (n=198) femeninos, con una relación de 2.5/1.El 76 %(n=537) resultaron quemados por llama producto de incendios. Tabla 1.

	Numero de Pacientes (N= 707)	%
Edad (años)	44 (16-85)	
Género		
Masculino	509	72
Femenino	198	28
Etiología de la quemadura (N)		
Térmico	537	76
Eléctrico	128	18
Químico	16	2
Escaldadura	30	4

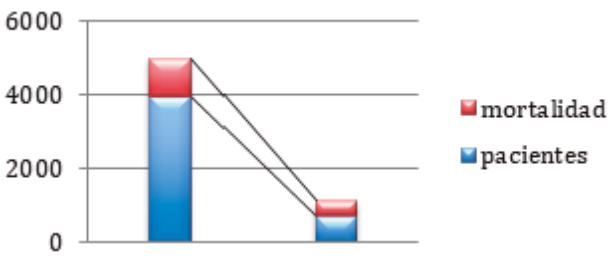
hubo diferencias de edad entre los pacientes que presentaron LIH(46 años) y el grupo de SDRA(44 años), si se observo una diferencia mas marcada de edad en los pacientes que presentaron EPC (54 años). El 17 %(n=120) de los pacientes que recibieron VM fueron a causa de la LIH. EL 77 %(n=542) de los

pacientes en VM fue debido al SDRA, la principal causa de SDRA fue indirecta 64 % (n=453) producto de la respuesta inflamatoria del paciente quemado y en menor proporción los casos de neumonía 0.5%(n=4). El porcentaje de superficie corporal quemada (SCQ) promedio fue de 42% (6-95), observando el mayor porcentaje en los casos de LIH(56 %) y el menor %SCQ en los casos de neumonía (29%). El Edema Pulmonar Cardiogenico se reporta en un 6 %(n=45) con un promedio de 44 %SCQ(12-88). Los pacientes con lesión inhalatoria fueron intubados en la unidad de quemados en las primeras 24 horas de su llegada, con una media de 4 días en VM(1-14). El inicio de VM en los casos de SDRA tuvo una media de 6 días(2-17), el inicio mas temprano correspondió a los casos de respuesta inflamatoria con una media 3 días y el mas tardio fue en los casos de neumonía a los 12(7-14) días despues de la quemadura. En cuanto duración la media fue de 8 días(1-28), siendo la de mayor duración en los casos de sepsis, con una media de 12 días(3-26) y la menor en los casos de neumonía(4). Los casos de EPC se inicio la VM a los 5 días(1-4) de la lesión y su duración en VM la media fue de 7 días (4-13) Tabla 2.

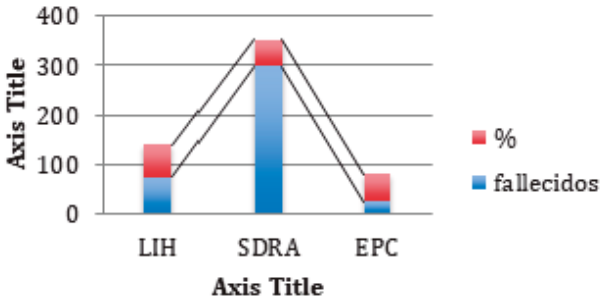
	Edad	n	% SCQ	IVM(dias)	DVM(dias)
LIH	46	120	56	1	4
SDRA					
SRIS	41	453	46	3	7
DOM	49	36	43	3	9
Sepsis	41	49	36	4	12
Neumonía	46	4	29	12	4
EPC	54	45	44	5	7

Durante el periodo de estudio 1998-2018, se ingresaron en la Unidad de Quemados Pearl F. Ort n=3950, el 18 % (n=707) presentaron Disfunción Pulmonar y recibieron Ventilacion Mecánica por mas de 48 horas. La mortalidad de la Unidad de Quemados Pearl F. Ort en el periodo de estudio fue del 26 %. En los casos de pacientes ventilados se reporta una mortalidad por encima de la media, de 56 % (n=398). siendo la mayor en los casos de LIH (65%) . Grafico I, II

	UQPFO	VM
Pacientes	3950	707
Mortalidad	1043	398



	Fallecidos	%
LIH	75	65
SDRA	298	55
EPC	25	56



Discusión

En el presente estudio se observo que la disfunción pulmonar en el paciente quemado que requiere ventilacion mecánica, es multifactorial, con una incidencia de 18 %, con quemaduras de un 43 % SCQ, siendo la principal causa de quemaduras en este estudio las térmicas por incendios, en un 76 % de los casos. Diferente publicaciones confirman que cuanto mayor es la quemadura, especialmente el componente de espesor total, aumenta el riesgo de desarrollar disfunción pulmonar por la respuesta inflamatoria sistémica, así como el shock por quemaduras y la mala perfusión.4 Las quemaduras graves se identifican como un factor de riesgo para el SDRA, es una enfermedad frecuente y se señala entre las principales causas de mortalidad, debido a varias causas pulmonares y causas extra pulmonares. El SDRA se considera una complicación, de la misma magnitud o incluso mayor que la lesión por inhalación, y en el presente estudio se reportan en un 77 % de los casos de DP, siendo el 64 % debido a causas indirectas, por el proceso inflamatorio que desencadenan las quemadura. La literatura reporta que la lesión por inhalación de humo es uno de los factores de riesgo más fuertes correlacionados con el desarrollo del SDRA, no se recogen datos en el presente estudio que correlacionen el SDRA con la LIH. La neumonía y la sepsis debido a la inmunosupresión del paciente quemado, como causa directa del SDRA, no se consideraron en el presente estudio un factor causal importante para el SDRA ya que solo se reportaron en el 7 y 6 % de los casos respectivamente, Se reportan 36 casos (5%) de DOM, y este grupo de pacientes fue llevado a ventilacion mecánica una media de 3 días despues de la lesión, Ciesla, señala que el pulmón es un motor o el precipitador de la disfunción orgánica,10nos queda la interrogante por falta de datos reconocer si estos caso en principio desarrollaron el SDRA y a posteriori la DOM. El inicio de VM en los casos de LIH fue antes de las 24 horas por la gravedad del mismo, en los casos de SDRA la media de inicio de VM fue a los seis días(3-12), reportándose un inicio mas anticipado en

los casos de SRIS(3 dias) y el mas tardio en los casos de neumonia a las 12 días, estas variaciones son atribuibles a las diferentes etiologías del SDRA. Estos datos son bastante similares a los reportados en la literatura, que sitúan la media de inicio del SDRA entre los 3.5-12.4 días despues del insulto. 5.6.7.

Se ha planteado como causa de Edema Pulmonar Cardiogenico en el paciente quemado las grandes cantidades de líquido de reanimación que son usados durante las primeras 24 horas después de quemaduras, por lo que no se descarta la posibilidad de ocasionar sobrecarga de liquidos, incluso ajustándonos a las formulas de reanimacion, ya que la respuesta fisiología de cada paciente varia de acuerdo a la edad, patologías cardiovasculares previas, y la presencia de disminución de la función cardiaca debido a mediadores químicos que se liberan como lo señala Baxter et al.8 Reconocer que es exactamente una sobrecarga de liquidos durante la reanimacion de un paciente quemado en ocasiones se dificulta, sin embargo la Definición de Berlín, que fue usada durante este estudio para el diagnostico del SDRA, solo requiere de un dato para descartar la sobrecarga de volumen como causa de edema pulmonar, reportándose asi un 6 % (n=45) casos de Edema Pulmonar no atribuible al SDRA. Es oportuno señalar que estos pacientes presentaban quemaduras importantes con un 44%SCQ promedio y una edad media de 56 años, La disfunción respiratoria en el paciente gran quemado son comunes y potencialmente letales, se ha planteado que el SDRA tiene un rol preponderante en estos casos que se asocia a un aumento de la mortalidad, por el estado hipermetablico relacionados con la disfunción de órganos después de una quemadura. La mortalidad reportada en diferentes estudios varia, en el estudio de Liffner et al. (14% de mortalidad),6 Dancey et al. (42% de mortalidad),5 el estudio militar de Belenkiy et al. (33% de mortalidad),7 y Waters et al. (48% de mortalidad).9 Estos estudio reportan quemaduras entre un 12 y 26 % de % SCQ. Hacer una comparación de nuestra mortalidad con estudios que se desarrollan en países de altos ingresos, seria un poco desigual dado que carecemos de los mismos recursos; la mortalidad encontrada en el presente estudio en los pacientes sometidos a VM es de un 56 %, haciendo una contribución importante los casos de LIH, es necesario destacar que el %SCQ promedio en el presente estudio fue de 42 %, muy por encima de los estudios antes descritos.

Conclusión

La Disfunción Pulmonar del paciente quemado es compleja, siendo evidente que la disfunción pulmonar aparece temprano despues de las quemaduras, podemos concluir en esta revisión que la principal causa de VM fueron los pacientes que desarrollan un SDRA, a consecuencia del proceso inflamatorio que produce la quemadura de inicio en la primera semana posterior a la quemadura y que esta relacionado con el %SCQ, no asi la LIH que se presenta en menor numero de casos . Reconocemos nuestra limitaciones al ser un estudio retrospectivo, donde no podemos obtener todos los datos, nuestra falta de recursos para realizar broncoscopia a todos los pacientes con sospecha de LIH y en los casos de Edema Pulmonar Cardiogenico, no poder contar con datos clínicos y mejores recursos para el diagnostico. Seria de gran importancia en estudios futuros, mejorar la base datos, que se incluya la profundidad de las quemaduras en conjunto con la SCQ, mejores recursos técnicos para el diagnostico diferencial con otras patologías y la causa de muerte directa.

Referencia bibliográfica

1-A. Veeravagu , et al. National Trends in Burns and Inhalation Injuries in Burn Patients: Results of National Inpatient Sample Database Analysis J Burn Care Res , 36 (2015) , págs. 258 – 265

2.- T. Riedel, J.F. Fraser, K. Dunster, J. Fitzgibbon, A. Schibler Effect of smoke inhalation on viscoelastic properties and ventilation distribution in sheep J Appl Physiol, 101 (2006), pp. 763-770

3.-WR Clark. Smoke inhalation: diagnosis and treatment.World J Surg , 16 (1) (1992) , págs. 24 – 29

3.- V.M. Ranieri, G.D. Rubenfeld, B.T. Thompson, N.D. Ferguson, E. Caldwell, E. Fan, et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin definition J Am Med Assoc, 307 (23) (2012), pp. 2526-2533

4.- H Neuhof Actions and interactions of mediator systems and mediators in the pathogenesis of ARDS and multiorgan failure. Acta Anaesthesiol Scand. 1991;95:7-13

5.- D.R. Dancey, J. Hayes, M. Gomez, D. Schouten, J. Fish, W. Peters, et al.
ARDS in patients with thermal injury Intensive Care Med, 25 (1999), pp. 1231-1236

6.- G. Liffner, Z. Bak, A. Reske, F. Sjoberg Inhalation injury assessed by score does not contribute to the development of acute respiratory distress syndrome in burn victims Burns, 31 (2005), pp. 263-268

7.-SM Belenkiy , AR Buel , JW Cannon , CR Sine , JK Aden , JL Henderson , et al. Acute respiratory distress syndrome in military burns in wartime: application of the Berlin criteria -J Trauma Acute Care Surg , 76 (2014) , págs. 821 – 827

8. C.R. Baxter Fluid volume and electrolyte changes of the early postburn period Clin Plast Surg, 1 (1974), pp. 693-703

9.- J Alan Waters et al. A comparison of acute respiratory distress syndrome outcomes between military and civilian burn patients. Mil Med 2015 Mar;180(3 Suppl):56-9.

10.- D.J. Ciesla, E.E. Moore, J.L. Johnson, J.M. Burch, C.C. Cothren, A. Sauaia
The role of the lung in postinjury multiple organ failure R ClarkSurgery, 138 (2005), pp. 749-757

11. M.J. Masanes, C. Legendre, N. Lioret, D. Maillard, R. Saizy, B. Lebeau Fiberoptic bronchoscopy for the early diagnosis of subglottal inhalation injury: comparative value in the assessment of prognosis J Trauma, 36 (1994), pp. 59-67

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-QUIRÚRGICAS DE DISECCIÓN GANGLIONAR CERVICAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO.

Dr. Manuel Escarramán
Cirujano Oncólogo

Dra. Yannybel Morales
Cirujana General

Resumen

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Con el objetivo de identificar las características clínicas y quirúrgicas del procedimiento de vaciamiento ganglionar cervical, así como sus indicaciones, en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, 2018-2021. Todos los pacientes sometidos a disección ganglionar cervical por cáncer en el tiempo y hospital señalado. Muestra no probabilística, por conveniencia, pacientes que fueron sometidos a disección ganglionar cervical, que cumplieron con los criterios de inclusión comentados a continuación. En relación a la edad el 44.4 por ciento de los pacientes tenían edad mayor ó igual a 60 años. El sexo más predominante fue el masculino que correspondió a un 52.1 por ciento de los pacientes. En relación los factores de riesgo el 27.4 por ciento de los pacientes eran consumidores de tabaquismo, el 20.5 por ciento de los pacientes otros tipos de sustancias no asociadas a las patologías de interés de esta investigación. La localización más frecuente fue el cáncer de tiroides en un 31.6 por ciento, seguido de un 17.9 por ciento de tumores de laringe. En cuanto la indicación quirúrgica el 58.9 por ciento de los procedimientos fue de indicación terapéutica, el 32.5 por ciento se realizaron de forma profiláctica y un 8.6 por ciento de disecciones ganglionares tuvieron indicación de rescate. En relación al estadío de la enfermedad el 29.9 por ciento de pacientes se encontraban en estadio III, el 25.6 por ciento de los pacientes en estadio IVb. En cuanto al grado de diferenciación el 46.2 por ciento de los pacientes presentaron tumores moderadamente diferenciados, mientras que el 30.7 por ciento de los pacientes cursaron con tumores de grado de diferenciación indeterminado (GX). El 90.6 por ciento de los pacientes presentaron sangrado transquirúrgico no significativo por debajo de 100 ml. En cuanto al tipo de disección quirúrgica el 36.8 por ciento de los pacientes fueron sometidos a disección radical modificada tipo III, el 23.9 por ciento se les realizó disección supra omohioidea. En relación al abordaje quirúrgico, al 32.5 por ciento de los pacientes se les realizó incisión transversa. Cuando relacionamos las complicaciones con la neoadyuvancia no tuvimos complicaciones significativas, obtuvimos que el 8.6 por ciento de los pacientes presentaron hemorragia.

Palabras claves: vaciamiento ganglionar cervical, indicaciones, disección ganglionar cervical.

Abstract

A descriptive, retrospective, cross-sectional, observational study was conducted. With the objective of identifying the clinical and surgical characteristics of the cervical lymph node dissection procedure, as well as its indications, at the Dr. Heriberto Pieter Oncology Institute, 2018-2021. All patients undergoing cervical lymph node dissection for cancer at the indicated time and hospital. Non-probabilistic sample, for convenience, patients who underwent cervical lymph node dissection, who met the inclusion criteria discussed below. In relation to age, 44.4 percent of the patients were older than or equal to 60 years. The most predominant sex was male, which corresponded to 52.1 percent of the patients. In relation to the risk factors, 27.4 percent of the patients were tobacco users, and 20.5 percent of the patients were other types of substances not associated with the pathologies of interest in this research. The most frequent location was thyroid cancer in 31.6 percent, followed by 17.9 percent of laryngeal tumors. Regarding the surgical indication, 58.9% of the procedures had a therapeutic indication, 32.5% were performed prophylactically and 8.6% of lymph node dissections had a salvage indication. In relation to the stage of the disease, 29.9 percent of patients were in stage III, 25.6 percent of patients in stage IVb. Regarding the degree of differentiation, 46.2 percent of the patients presented moderately differentiated tumors, while 30.7 percent of the patients had tumors of indeterminate degree of differentiation (GX). 90.6 percent of the patients presented non-significant trans-surgical bleeding below 100 ml. Regarding the type of surgical dissection, 36.8 percent of the patients underwent modified radical type III dissection, and 23.9 percent underwent supra-omohyoid dissection. In relation to the surgical approach, 32.5 percent of the patients underwent a transverse incision. When we related the

complications with the neoadjuvant treatment, we did not have significant complications, we obtained that 8.6 percent of the patients presented hemorrhage.

Keywords: cervical lymph node dissection, indications, cervical lymph node dissection.

Introducción

En la actualidad, la disección radical de cuello continúa siendo el procedimiento estándar para lograr la correcta estadificación de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. La disección radical de cuello clásica, fue descrita por primera vez por George Crile en 1906, y popularizada por Hayes Martin. Desde ese momento la disección radical de cuello ha tenido varias modificaciones tanto en su extensión, radicalidad y vía de abordaje.

La presencia de metástasis ganglionares se relaciona directamente con el tiempo de evolución y el volumen del tumor primario. Por lo tanto, el estado ganglionar constituye un factor de vital importancia en el pronóstico de los pacientes, así como también, es parte fundamental del esquema de tratamiento.

En sus inicios, la disección radical de cuello clásica fue el enfoque tradicional para el tratamiento electivo de los pacientes con enfermedad ganglionar metastásica, luego se propusieron las distintas modificaciones, con el fin de disminuir la alta morbilidad del procedimiento. Luego de experimentar algunos cambios, la tasa de complicaciones ha disminuido, debido a que se ha optado por realizar cirugías más conservadoras, tomando en cuenta el cumplimiento del control regional de la enfermedad. En la actualidad, se considera completa una cirugía cuando se extirpan al menos de 20-25 ganglios promedio.

Las indicaciones, elección de disección, frecuencia de complicaciones y pronóstico de los pacientes sometidos a dicha cirugía están bien establecidas, sin embargo, en nuestro medio carecemos de estadísticas que muestren el panorama quirúrgico y resultados en la mayoría de los pacientes que son operados.

Material y método

Se realizó estudio observacional de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Con el objetivo de identificar las características clínicas y quirúrgicas del procedimiento de vaciamiento ganglionar cervical, así como sus indicaciones, en el Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter, 2018-2021.

La población estuvo constituida por 152 pacientes a los se le realización disección de cuello. Muestra no probabilística. Estuvo constituida por 117 pacientes que fueron sometidos a disección ganglionar cervical, que cumplieron con los criterios de inclusión comentados a continuación: Pacientes con récord completo, Paciente con estudios de extensión y Pacientes mayores de 18 años.

Recolectamos los datos de los expedientes clínicos a través de un Formulario-cuestionario diseñado en Google forms, se identificó el paciente con las iniciales de su nombre y el número de expediente, para evitar confusiones, luego se llenaron los datos clínicos del paciente donde se contempla el sexo, grupo etario, tumor primario, estadiaje de la enfermedad y si el paciente recibió o no neoadyuvancia. Se completará los datos, con lo correspondiente al procedimiento, estos incluyen el abordaje, tiempo quirúrgico, tipo de vaciamiento ganglionar cervical y las complicaciones transquirúrgicas.

Resultados

En relación a la edad el 44.4 por ciento de los pacientes tenían edad mayor o igual a 60 años, seguido de los pacientes que tenían edad entre 51-60 años con un 22.2 por ciento, el 12.8 por ciento de los pacientes tenían edad entre 41-50 años, el 11.1 por ciento de los pacientes tenían edad menor de 30 años y el 9.4 por ciento de los pacientes tenían edad entre 31-40 años (gráfico 1).

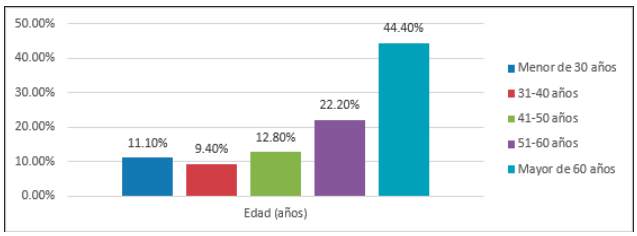


Gráfico 1. Distribución de frecuencia de las características clínico-quirúrgicas de Disección Ganglionar Cervical en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello según la edad.

En cuanto al sexo el 52.1 % de los pacientes correspondieron al sexo masculino y el 47.9 por ciento de los pacientes al sexo femenino. (gráfico 2)

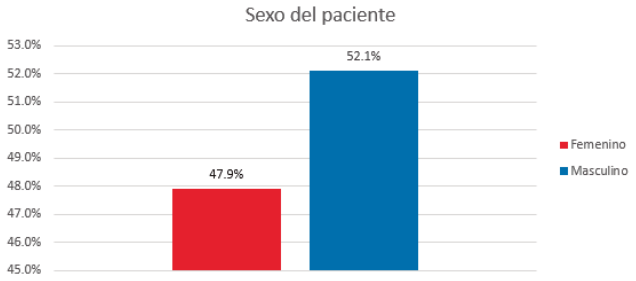


Gráfico 2. Distribución de frecuencia de las características clínico-quirúrgicas de la Disección Ganglionar Cervical en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello según el sexo.

En relación a los factores de riesgo el 27.4 por ciento de los pacientes eran consumidores de tabaquismo, el 20.5 por ciento de los pacientes otros tipos de sustancias, el 12.8 por ciento consumían alcohol + tabaquismo, el 9.4 por ciento de los pacientes presentaron HPV y el 8.5 por ciento de alcohol. (Gráfico 3)

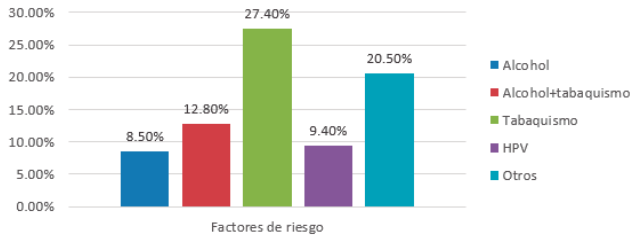


Gráfico 3. Distribución de frecuencia de las características clínico-quirúrgicas de la Disección Ganglionar Cervical en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello según los factores de riesgo.

Los tumores primarios más frecuentes fueron los de la glándula tiroides en un 31.6 por ciento de los pacientes, el 17.9 por ciento estuvieron ubicados en la laringe, 13.7 por ciento de los se localizaron en la lengua, el 7.7 por ciento de los tumores fueron de origen desconocido, el 5.9 por ciento se ubicaron en el maxilar, en 5.1 por ciento de los pacientes el tumor primario estuvo localizado en las amígdalas y glándula parótida, el 4.3 por ciento lo constituyó el piso de la boca, 3.4 por ciento se ubicaron en la glándula submaxilar, el 1.7 por ciento de los tumores fueron de carrillo y paladar y el 0.9 de los pacientes presentaron tumor primario en el labio y piel pabellón auricular. (Tabla 1.)

Tumor Primario	Frecuencia	%
Tiroides	37	31.6
Laringe	21	17.9
Lengua	16	13.7
Origen desconocido	9	7.7
Maxilar	7	5.9
Amígdala	6	5.1
Glándula parótida	6	5.1
Piso de boca	5	4.3
Glándula submaxilar	4	3.4
Carrillo	2	1.7
Paladar	2	1.7
Labio	1	0.9
Piel pabellón auricular	1	0.9
Total	117	100.0

Tabla 1. Distribución de frecuencia de las características clínico-quirúrgicas de Disección Ganglionar Cervical en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello según el tumor primario.

En cuanto a la indicación quirúrgica en 58.9 por ciento de los pacientes se realizaron disecciones con fines terapéuticos, el 32.5 por ciento de las disecciones fueron profilácticas y en 8.6 por ciento de los pacientes se intervinieron con un procedimiento de rescate (Gráfico 4).

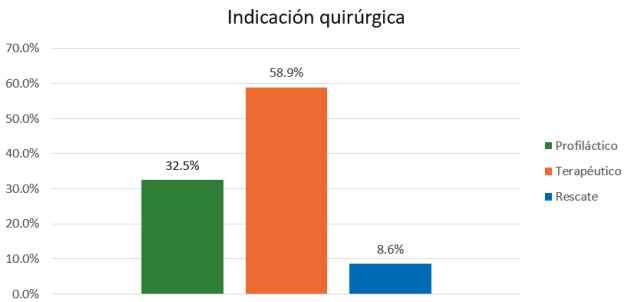


Gráfico 4. Distribución de frecuencia de las características clínico-quirúrgicas de la Disección Ganglionar Cervical en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello, según su indicación quirúrgica.

En relación a los estadios el 29.9 por ciento de pacientes se encontraban en estadio III al momento del procedimiento, el 25.6 por ciento de los pacientes en estadio IVb., el 23.1 por ciento de los pacientes se encontraban en estadio II, el 13.7 por ciento de los pacientes presentaron estadio I, el 4.3 por ciento de los pacientes presentaron estadio IVb y el 2.6 por ciento presentaron estadio IV. (tabla 2)

	Frecuencia	%
I	16	13.7
II	27	23.1
III	35	29.9
IV	3	2.6
Iva	30	25.6
IVb	5	4.3
Total	117	100.0

Tabla 2. Distribución de frecuencia de las características clínico-quirúrgicas de la Disección Ganglionar Cervical en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello según su estadío.

En cuanto al grado de diferenciación el 46.2 por ciento de los pacientes presentaron tumores de grado moderadamente diferenciados, en 30.7 por ciento de los pacientes el grado de diferenciación fue indeterminado, el 19.7 por ciento fue representado por tumores pobremente diferenciado y el 3.4 por ciento restante correspondieron a tumores bien diferenciados. (gráfico 5)

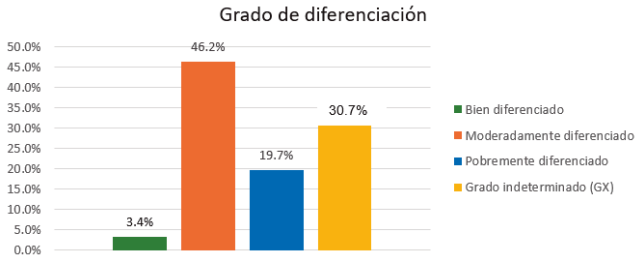


Gráfico 5. Distribución de frecuencia de las características clínico-quirúrgicas de Disección Ganglionar Cervical en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello, según su grado de diferenciación.

El 42.7 % de los pacientes que presentaron sangrado transquirúrgico tuvieron una pérdida hemática de 100-299 ml, el 35.0 por ciento de los pacientes tuvieron una pérdida menos de 100ml, un 12.8 por ciento de los pacientes presentaron sangrado transquirúrgico en un intervalo entre 300-499 ml, el 6.8 por ciento de los pacientes tuvieron una pérdida de 500-699 ml y el 2.7 por ciento restante tuvieron un sangrado mayor de 700 ml. (tabla 3).

Sangrado transquirúrgico	Frecuencia	%
< 100 ml	41	35.0
100 – 299 ml	50	42.7
300 – 499 ml	15	12.8
500 – 699 ml	8	6.8
> 700 ml	3	2.7
Total	117	100.0

Tabla 3. Distribución de frecuencia de las características clínico-quirúrgicas de la Disección Ganglionar Cervical en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello, según la cantidad de sangrado transquirúrgico.

En cuando al tipo de disección quirúrgica a 36.8 por ciento de los pacientes se les realizó disección modificada tipo III, el 23.9 por ciento de los pacientes fueron sometidos a disección selectiva supraomohioidea, a 11.9 por ciento de los pacientes se les realizó disección selectiva central, el 8.5 por ciento de las disecciones fueron selectivas lateral, el 6.8 por ciento de los pacientes de los pacientes se les realizó disección modificada tipo II, el 5.9 por ciento de los pacientes fueron sometidos a disección modificada tipo I, el 4.3 por ciento fue disección selectiva anterolateral, y el 0.8 por ciento correspondió tanto a disección extendida como radical. (tabla 4)

Tipo de disección quirúrgica.	Frecuencia	%
Radical	1	0.8
Modificada tipo I	7	5.9
Modificada tipo II	8	6.8
Modificada tipo III	43	36.8
Extendida	1	0.8
Selectiva anterolateral	5	4.3
Selectiva central	14	11.9
Selectiva lateral	10	8.5
Selectiva supraomohiodea	28	23.9
Total	117	100.0

Tabla 4. Distribución de frecuencia de las características clínico-quirúrgicas de la Disección Ganglionar Cervical en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello, según el tipo de disección.

El tiempo quirúrgico fue en 70.9 por ciento de los pacientes un promedio menor de 3 horas y el 29.1 por ciento de los pacientes la disección se realizó un tiempo mayor a 3 horas. (tabla 5)

Tiempo quirúrgico	Frecuencia	%
< 3 horas	83	70.9
> 3 horas	34	29.1
Total	117	100.0

Tabla 5. Distribución de frecuencia de las características clínico-quirúrgicas de la Disección Ganglionar Cervical en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello según el tiempo quirúrgico.

Cuando relacionamos las complicaciones con la neoadyuvancia no hubo ninguna complicación significativa, obtuvimos que el 8.6 por ciento de los pacientes presentaron hemorragia, el 2.6 por ciento lesión yugular, el 0.9 por ciento de los pacientes tuvieron lesión del conducto torácico, lesión carotídea y perforación esofágica respectivamente. En cuanto la quimioterapia+radioterapia (combinada) el 0.9 por ciento presentó hemorragia y el 5.9 por ciento no presentó ninguna complicación. En cuanto a la radioterapia el 0.9 por ciento presentó lesión en la vena yugular interna. (tabla).

Complicaciones	Ninguno		Quimioterapia + radioterapia		Quimioterapia		Radioterapia		Total general	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hemorragia	10	8.6	1	0.9	0	0	0	0	11	9.4
Lesión del Conducto torácico	1	0.9	0	0.0	0	0	0	0	1	0.9
Lesión nerviosa	1	0.9	0	0.0	0	0	0	0	1	0.9
Lesión yugular	3	2.7	0	0.0	0	0	1	0.9	4	3.4
Lesión carotídea	1	0.9	0	0.0	0	0	0	0	1	0.9
Lesión esofágica	1	0.9	0	0.0	0	0	0	0	1	0.9
Ninguna	79	67.5	7	5.9	6	5.1	5	4.3	98	83.8
Total	96	82.0	8	6.8	6	5.1	6	5.1	117	100

Tabla 6. Distribución de frecuencia de las características clínico-quirúrgicas de la Disección Ganglionar Cervical en Pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello, según la relación entre la neoadyuvancia y complicaciones transquirúrgicas.

Discusión

Cuando un profesional de la salud se enfrenta al tratamiento de un paciente con cáncer siempre tiene retos oncológicos que debe superar, tales como los controles local, regional y a distancia de la enfermedad. Además de cumplir con la rehabilitación funcional, psicológica y social del individuo, se hace necesario, para tales tareas, conocer de forma clara el comportamiento de la lesión, así como la anatomía de la región comprometida.

En el área de cabeza y cuello los tumores tienen sitios de drenaje que no siempre son constantes; por eso se han descrito en múltiples revisiones el comportamiento de diseminación linfática tumoral.

De 117 pacientes estudiados en esta investigación el 44.4 por ciento tenían edad mayor o igual a 60 años, datos similares a los presentados en un estudio realizado en el 2020, por Robles J y colaboradores, titulado "Caracterización clínica de cabeza y cuello", estudio descriptivo de corte longitudinal y retrospectivo, entre enero de 2015 a abril de 2019, que el grupo de edad de 60-69 años fue el más representativo. Al igual que en el estudio que realizó Vagas Omar donde se revisaron factores de riesgo y tratamientos, se hicieron análisis para evaluar factores pronóstico y supervivencia titulado Carcinomas de cabeza y cuello, experiencia de un Centro Oncológico del Estado de Durango, México, el promedio de edad fue de 65 años.

En cuanto al sexo el 52.1 por ciento de los pacientes correspondieron al sexo masculino mostrando una diferencia en el estudio realizado por Robles J y colaboradores, titulado "Caracterización clínica de cabeza y cuello", estudio descriptivo de corte longitudinal y retrospectivo, entre enero de 2015 a abril de 2019, donde sus resultados arrojaron que El 85.7% de los pacientes fueron del sexo masculino; siendo diferente en el estudio realizado en el 2018 por Hernández Vargas et al, en donde analiza la morbilidad y mortalidad de la linfadenectomía cervical, El estudio se realizó en base a 311 pacientes, donde el 65.3% mujeres. Otro estudio realizado en el 2016 por Vargas Omar en Centro Oncológico del Estado de Durango, México, donde de un total de 32 expedientes se obtuvo que la variante histológica predominante fue carcinoma epidermoide, el tratamiento primario más común fue cirugía, cuyos resultados que arrojaron que la relación hombre: mujer fue de 2.5:1 con 23 hombres (71.9%).

En relación a los factores de riesgo el 27.4 por ciento de los pacientes eran consumidores de tabaco, datos estos que concuerdan con los resultados del estudio realizado en el 2020, por Robles J y colaboradores, titulado "Caracterización clínica de cabeza y cuello", estudio descriptivo de corte longitudinal y retrospectivo, entre enero de 2015 a abril de 2019, donde Conclusiones: El cáncer de laringe es una de las neoplasias más frecuentes en la localización de cabeza y cuello. El sinergismo entre el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas son los factores de riesgos que se encuentran habitualmente.

En el 9.4 por ciento de los pacientes se demostró la presencia de HPV mediante la presencia de P16 en la inmunohistoquímica, Un estudio realizado en Medellín, Colombia obtuvo una prevalencia de VPH ADN en casos de CCC de 18,9%. De estos, 23,9% en cavidad oral, 17,5% en laringe y 13,3% en orofaringe. 27 muestras fueron VPH 16 y 6 VPH 18. Petito y colaboradores determinaron la prevalencia de VPH y la distribución de los genotipos VPH16 y VPH18 en cavidad oral y carcinoma orofaríngeo en una región

central de Brasil. Se detectaron 21 casos (25,6%) VPH positivos, de los cuales 33,3% fue VPH16 y 14,3% fue VPH18. Pennacchiotti y colaboradores sucedió que la prevalencia de VPH en pacientes con carcinoma escamoso de la cavidad oral, atendidos en el Instituto Nacional del Cáncer, Chile, fue de 9.09% (2/22), detectando solo un genotipo: VPH–56. Solo un caso, era consumidor de alcohol.

Los tumores primarios más frecuentes fueron los tiroides en un 31.6 por ciento de los pacientes, el 17.9 por ciento de los pacientes fueron tipo laringe, el 13.7 por ciento de los pacientes lo estuvieron ubicado en la lengua. En los Estados Unidos de América en 2015, se produjo más de 13 000 nuevos casos de cáncer de laringe. Los síntomas principales varían ligeramente en función del subsitio, pero por lo general los pacientes consultan con disfagia, odinofagia y otalgia. Coincidiendo con nuestro estudio donde la disfagia fue el principal síntoma registrado, lo cual va en relación con la cantidad de casos reportados en la localización laringe.

En relación a los estadios, se estadiaron los pacientes atendiendo al tumor primario identificado, y se encontró que el 29.9 por ciento de pacientes se encontraban en estadio III, el 25.6 por ciento de los pacientes en estadio IVb., el 23.1 por ciento de los pacientes se encontraban en estadio II. En este estudio se puede observar que de los 60 participantes, 43 (71,67 %) se encuentran en un estadio avanzado de la enfermedad (III, IV) y de estos, 29 (48,33%) se sometieron a la combinación del tratamiento radioterapéutico con la cirugía, lo que es coherente con lo que dice la literatura respecto a este público, esta afirma que la radioterapia se considera la modalidad estándar para los cánceres en estadio inicial, mientras que para los casos más avanzados, se indica la asociación con cirugía o quimioterapia.

En cuanto a la indicación quirúrgica el 58.9 por ciento de los pacientes fue realizada de forma terapéutica, el 32.5 por ciento de los pacientes fueron vaciamientos profilácticos. Existen discrepancias entre autores con la realización o no de disecciones profilácticas tomando en consideración la localización del tumor primario y su capacidad de producir metástasis ganglionar en sitios específicos.

En cuanto al tipo de disección quirúrgica a 36.8 por ciento de los pacientes se les realizó disección tipo III modificada mostrando diferente al estudio realizado por Sánchez, Kimberly; Valls, Juan (2022), donde el tipo de disección más practicada fue la selectiva 53.3 por ciento.

En cuanto al grado de diferenciación el 46.2 por ciento de los pacientes presentaron tumores moderadamente diferenciados, el 30.7 por ciento de los pacientes presentaron grado de diferenciación indeterminado G. X. Con respecto al diagnóstico histopatológico, en el estudio fue el bien diferenciado, seguido del moderadamente diferenciado, esto coincidió con Meireles y Vargas, pero no se correspondió con Panades y Cepeda, ya que estos obtuvieron que el resultado histológico predominante fue el moderadamente diferenciado.

Se encontraron 11 pacientes fallecidos y 1 asociado al procedimiento secundario a shock hipovolémico.

El tipo histológico en términos generales fue el epidermoide, atendiendo a la mayoría de los tumores primarios, en la glándula tiroides el tipo histológico predominante fue el carcinoma papilar.
Pese a nuestros esfuerzos, no se encontró literatura que demarque el corte en la cantidad de sangrado que permita hablar de hemorragia, sin embargo, basados en los hallazgos de nuestra investigación, la mayoría de los pacientes que presentaron dicha complicación, fueron manejados a partir de los 500 ml de pérdida. Es posible que el tratamiento con radioterapia no haya tenido tiempo de provocar los cambios crónicos de fibrosis a nivel del sistema de drenaje linfático que dificultarían esta diseminación a nivel ganglionar.

Conclusiones

Vistos, analizados y discutidos los resultados hemos a las siguientes conclusiones:

1. En relación a la edad el 44.4% de los pacientes tenían edad mayor o igual a 60 años.
2. En cuanto al sexo el 52.1% de los pacientes correspondieron al sexo masculino.
3. En relación a los factores de riesgo el 27.4% de los pacientes eran consumidores de tabaquismo.
4. Los tumores primarios más frecuentes fueron los del tiroides en un 31.6% de los pacientes, el 17.9 por ciento estuvieron ubicados en la laringe.
5. En cuanto la indicación quirúrgica el 58.9% de los pacientes fue terapéutica.
6. En relación a los estadios el 29.9% de pacientes se encontraban en estadio III, el 25.6% de los pacientes en estadio IVb.
7. En cuanto al grado de diferenciación el 46.2% de los pacientes presentaron ganglio moderadamente diferenciado.

Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2017; 77(1):81-90. doi: https://dx.doi. org/10.4067/S0718-48162017000100013.

26. Carías-Díaz J, Naira D, Dubón J, Díaz V, Barrientos J. Factores predisponentes, antecedentes patológicos, clínica, histología e imagenología por banda estrecha en el cáncer laríngeo. Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2020 [acceso 16/12/2021];4(3) Disponible en: http://revotorrino.sld.cu/index.php/ otl/article/view/164

27. Sánchez, Kimberly; Valls, Juan, Correlacionar la clasificación clínica ganglionar con el estudio de anatomía patológica de las disecciones cervicales realizadas a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas desde el 2011 al 2016. Revista Digital de Postgrado, 2022, 11(1), e335, enero-abril, ISSN: 2244-761X.

28. Meireles-López L. Caracterización de pacientes con carcinoma epidermoide laríngeo. Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2019 [acceso 16/12/2021];3(3). Disponible en: http://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/107

29. Vargas-Soto O, Molina-Frechero N, Castañeda-Castaneira E, Bologna-Molina R, Carreón-Burciaga RG, González-González R. Carcinomas de cabeza y cuello, experiencia de un Centro Oncológico del Estado de Durango, México. Rev ADM. 2016 [acceso 16/12/2021];73(4):190-6. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od164f.pdf

HIGADO ECTOPICO INTRATORÁXICO “CORISTOMA”

Dr. Rafael Estevez Reyes
Cirujano

Dr. Rafael Estevez Castro
Patólogo

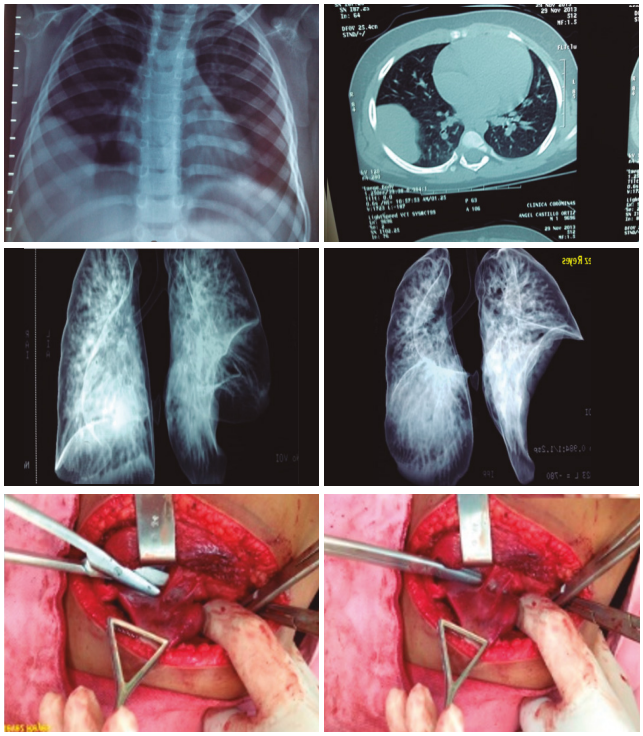
Dr. Julio Burdiez
Neumólogo

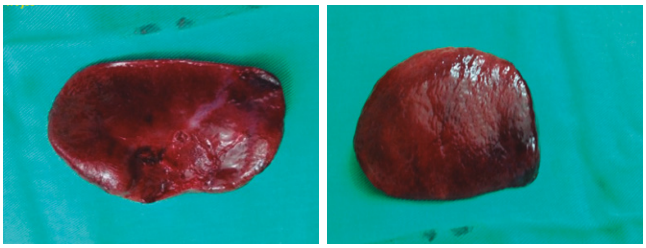
Presentamos el caso de un paciente de 2 años que en el contexto de varios episodios de infecciones respiratorias que fueron tratadas por su pediatra, se obtiene una radiografía de tórax que mostro una lesión que fue diagnosticada como lesión ocupativa de la base pulmón derecho favorable a hernia diafragmática.

Tomografía y otros estudios de imágenes corroboran con la primera impresión, se le realizaron todos los estudios requeridos y se preparó el paciente para una toracotomía derecha.

Se encontró una masa en la parte media del diafragma adherido fuertemente a este, por tejido con marcada fibrosis, se diseco cuidadosamente hasta encontrar algunas estructuras vasculares provenientes del mismo diafragma que fueron ligados y divididos, la masa con características anatómicas de un hígado en miniatura fue escindida sin dificultad, no se encontró comunicación con el hígado subdiafragmático.

Su postoperatorio fue bien tolerado al otro día se le retiro el tubo de tórax y al cuarto día fue dado de alta y seguido como paciente externo





Esta radiografia de torax hace 6 meses a la edad de 8 años.

Masa
diafragmática en tórax.

MACROSCOPICO:
-- Pieza ovalada que mide 7 x 5 x 3 cm. ovoide de superficie lisa, encapsulada y opaca. a los cortes seriados está formada por tejido marrón de aspecto hepático...x3.
MICROSCOPICO:
- Toda la pieza remitida está formada por parénquima hepático de arquitectura general conservada, excepto por algunos espacios portas anómalos, conteniendo varias estructuras vasculares.

DIAGNOSTICO:
--TEJIDO HEPATICO ECTOPICO, con signos de HEPATITIS REACTIVA FOCAL.

Abstract

We report a clinical case of right intrathoracic ectopic liver, in a 2 years old male patient, who consulted for frequent upper respiratory infection The clinical evaluation and the complementary studies carried out, did not allow to reach a correct diagnosis; but a surgical attitude was proposed that was accepted by the patient's family. A thoracotomy was performed by complete resection of right supradiaphragmatic tumor, whose anatomopathological study reported normal hepatic tissue with mild fatty infiltration. Abnormalities of liver position are infrequent and usually constitute an unexpected finding; Because of its potential for malignancy, its resection is fully indicated. The decision of surgical attitude originated satisfactory result and allows to share an intrathoracic entity of histologically normal liver tissue with abnormal location.

Keywords: hepatic choristoma, ectopic liver, tumor.

El Coristoma hepático -también denominado hígado ectópico; hígado heterotópico- es una patología muy poco frecuente, que se describe como una tumoración de tejido hepático histológicamente normal, pero que se localiza en lugares anormales y sin relación anatómica ni conexión con el órgano principal. con una incidencia inferior al 0,5%.

Tejido hepático ectópico intratorácico
Ectopic Intrathoracic Liver Tissue
Carmen María Rodríguez Gómez
, Xavier Baldó Padró, Matilde Rubio Garay
Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Josep Trueta, Girona, España

Hígado ectópico intratorácico izquierdo con cirrosis micro y macronodular
AUTHOR:Diplomado en Ultrasonografía MédicaPUBLISHED ON:24 febrero, 2017PUBLISHED IN:Diplomado en Ultrasonido

Hígado ectópico intratorácico izquierdo con cirrosis micro y macronodular
Huerta-Solís MA, Galicia-Ramos JM, Carrillo-Ruiz R

Hepatocarcinoma sobre hígado ectópico intratorácico
https://revista.aac.org.ar › article › download

by AJ Leiva · 2022 — Hepatocarcinoma sobre hígado ectópico intratorácico. Hepatocellular carcinoma in intrathoracic ectopic liver tissue.

Tejido hepático ectópico intratorácico RODRÍGUEZ GÓMEZ CM,

BALDÓ PADRÓ X, RUBIO GARAY M
Archivos de Bronconeumología 2018;54(8): 429-429
CORISTOMA HEPÁTICO INTRATORÁCICO DERECHO: REPORTE DE CASO

Translated title: RIGHT-SIDED INTRATHORACIC HEPATIC CHORISTOMA: A CASE REPORT
CASE-REPORT
Author(s): Abel Peña , Lillo Tellería
Publication date (Print and electronic): 2019

Journal: Revista Médica La Paz
Publisher: Colegio Médico de La Paz

Thoracoscopic resection of an intrathoracic accessory liver lobe: An incidental finding in the workup of a child with a respiratory infection
Author links open overlay panelKatherineSmileyaShaneO'KeefebJustin NealRasnercJoseph A.Ioconod

INTRATHORACIC ACCESSORY LOBE OF THE LIVER
S. A. KAUFMAN, M.D., IRVING M. MADOFF, M.D.
Author, Article, and Disclosure Information
https://doi.org/10.7326/0003-4819-53-2-403

A rare intrathoracic mass: Accessory liver lobe
Salih Bilen,1 Celal Buğra Sezen, 1 Cemal Aker,1 and Celalettin İbrahim Kocatürk1
Author information Article notes Copyright and License information Disclaimer

Go to:
Intrathoracic Accessory Lobe of Liver Masquerading as a Paraesophageal Mass Christopher Ball 1, Jason Wayne Wachsmann

ECTOPIC (SUPRADIAPHRAGMATIC) LIVER Theodore R. Hudson, MD.,* Chicago, Ill., and Harold N. Brown, MD.,** Elmhurst, Ill.

Accessory liver within the thoracic cavity
Mehmet Emin Adin 1, Mehmet Guli Çetinçakmak 2, Muhammed Akif Deniz 3, Cemil Göya 2

1. Juanpere S, Cañete N, Ortuño P, et al. A diagnostic approach to the mediastinal masses. Insights Imaging. 2013;4:29–52. 2. Trocciola SM, Balsam LB, Yee H, et al. Ectopic liver: an unexpected finding in a right atrial mass. Ann Thorac Surg. 2011;92:715–718. 3. Babu R, Van der Avoirt A. Ectopic intrathoracic liver. Pediatr Surg Int. 2001; 17:461–462. 4. Iber T, Rintala R. Intrapulmonary ectopic liver. J Pediatr Surg. 1999;34: 1425–1426. 5. Lasser A, Wilson G. Ectopic liver tissue mass in the thoracic cavity. Cancer. 1975;36:1823–1826. 6. Han S, Soylu L. Accessory liver lobe in the left thoracic cavity. Ann Thorac Surg. 2009;87:1933–1934. 7. Chen Y, Huang T, Chang H, et al. Intrathoracic caudate lobe of the liver: a case report and literature review. World J Gastroenterol. 2014;20:5147–5152. 8. Anand S, Chauhan M. Intrathoracic accessory lobe of the liver. IJNM. 2002; 17:44–45.