

159

centro médico

Publicación Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Deposito Legal ppi 201302DC4727

Editorial

71 Aniversario de la Revista "Centro Medico de Caracas"

Dr. Oscar Colina..... 1

Experiencia multiinstitucional en el tratamiento regional del cancer de cabeza y cuello no tiroideo

Dres. Juan Carlos Valls Puig, Nelsimar Palacios, Daniela Quintero, Gustavo Adolfo Benítez Pérez, Amine Ferrer, Aníbal Blanco, Salvador Tabacco, Esteban Garriga García, Edgar Brito, Mirelby Méndez, Blas Carrasquel Gago,

Sarai Sánchez..... 3

Técnica de mínima incisión. Experiencia clínica

Dres. Maria Garcia , Jessica Ruiz, Oscar Colina..... 15

Carcinomas mucinosos de ovario, factores pronósticos. Presentación de caso y revisión de la literatura.

Dres. Katherine Perroni, Miguel Briceño..... 21

Manejo de Eventración con Pérdida de Domicilio por Técnica de Goñi Moreno: Presentación de un Caso Clínico

Dres. Delgado Franyer, Brewer Thomas, Terán Francisco... 27

Quiste de mesenterio gigante como diagnóstico diferencial Infrecuente en patología ovárica. A propósito de un caso.

Dres. Herrera Zoriani, Mayo Irvana, Thery Gustavo, González Jesús..... 32

Tumor de Krukenberg. Experiencia clínica

Dres. Chirino Leonardo, Plaza José Luis..... 38

Cartas al editor..... 44

Normas para la publicación

en la Revista Centro Médico..... 45



centro
médico
de caracas

número 1

2025



centro médico de caracas

Volumen 63
158, N°2
Año 2024

Revista arbitrada dedicada a estudios humanos, animales y de laboratorio relacionados con la investigación biológica y clínica. Publicada semestralmente por la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Dirección: Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas. Av. Juan de Villega, Edif. San Bernardo, Anexo A del Centro Médico de Caracas. Telef. (+58-212) 555-9242 - 555-9190
revistacentromedico.org

ISSN: 2477-9504

Depósito Legal: ppi 201302DC4727

Publicación Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Junta Directiva de la C.A Centro Médico de Caracas

Presidente

Dr. Jon A. Barriola

Vicepresidente

Dr. José Luis López

Tesorera

Dra. Eleonora Garcia

Secretario

Dr. Ricardo Tobio

Director General del Hospital

Dr. José Alberto Blondet

Junta Directiva de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas período 2022-2025

Presidente:

Dr. Carlos Sánchez Valenciano

Vicepresidente:

Dra. Laura Sánchez Traslaviña

Secretario:

Dr. Héctor Villarroel

Tesorero:

Dr. Ramón Vallenilla

Vocal:

Dr. Juan C Catari

Director – Editor de la Revista Centro Médico de Caracas

Dr. Oscar Colina

Comité Editorial

Dr. Oscar Colina

Dr. Michelangelo Ricciardelli

Dr. Fernando Godayol

Dr. Ricardo Tobio

Dra. María Fátima De Abreu

Dra. Adriana Pizarro

Dr. Jaime Krivoy

Dr. Ezequiel Trejo

Dr. Aldo Stamile

Dr. Saverio Santucci

Dr. Luis Alfonso Colmenares

Lic. Raquel Colina H.



Contenido

Editorial

| | |
|--|----|
| 71 Aniversario de la Revista “Centro Medico de Caracas” | |
| Dr. Oscar Colina..... | 1 |
| Experiencia multiinstitucional en el tratamiento regional del cancer de cabeza y cuello no tiroideo | |
| Dres. Juan Carlos Valls Puig, Nelsimar Palacios, Daniela Quintero, Gustavo Adolfo Benítez Pérez, Amine Ferrer, Aníbal Blanco, Salvador Tabacco, Esteban Garriga García, Edgar Brito, Mirelbys Méndez, Blas Carrasquel Gago, Sarai Sánchez..... | 3 |
| Técnica de mínima incisión. Experiencia clínica | |
| Dres. Maria Garcia , Jessica Ruiz, Oscar Colina..... | 15 |
| Carcinomas mucinosos de ovario, factores pronósticos. Presentación de caso y revisión de la literatura. | |
| Dres. Katherine Perroni, Miguel Briceño..... | 21 |
| Manejo de Eventración con Pérdida de Domicilio por Técnica de Goñi Moreno: Presentación de un Caso Clínico | |
| Dres. Delgado Franyer, Brewer Thomas, Terán Francisco..... | 27 |
| Quiste de mesenterio gigante como diagnóstico diferencial Infrecuente en patología ovárica. A propósito de un caso. | |
| Dres. Herrera Zoriani, Mayo Irvana, Thery Gustavo, González Jesús..... | 32 |
| Tumor de Krukenberg. Experiencia clínica | |
| Dres. Chirino Leonardo, Plaza José Luis..... | 38 |
| Cartas al editor..... | 44 |
| Normas para la publicación en la Revista Centro Médico..... | 45 |



Contents

Editorial

| | |
|--|----|
| 71st Anniversary of the “Centro Médico de Caracas” magazine | |
| Dr. Oscar Colina..... | 1 |
| Multi institutional experience in the Non-Thyroid Head and Neck Regional Cancer Treatment | |
| Dres. Juan Carlos Valls Puig, Nelsimar Palacios, Daniela Quintero, Gustavo Adolfo Benítez Pérez, Amine Ferrer, Aníbal Blanco, Salvador Tabacco, Esteban Garriga García, Edgar Brito, Mirelbys Méndez, Blas Carrasquel Gago, Sarai Sánchez..... | 3 |
| Minimal incision surgery (MIS) clinical experience | |
| Dres. Maria Garcia , Jessica Ruiz, Oscar Colina..... | 15 |
| Ovary Mucinous Carcinomas Prognostic factors for case presentation and literature review | |
| Dres. Katherine Perroni, Miguel Briceño..... | 21 |
| Eventration Management with loss of domain using the Goñi Moreno technique: clinical case presentation | |
| Dres. Delgado Franyer, Brewer Thomas, Terán Francisco..... | 27 |
| Giant Mesenteric Cyst as a rare differential diagnosis in ovarian pathology. A case report | |
| Dres. Herrera Zoriani, Mayo Irvana, Thery Gustavo, González Jesús..... | 32 |
| Krukenberg Tumor. Incidence and clinical characteristics | |
| Dres. Chirino Leonardo, Plaza José Luis..... | 38 |
| Letter to the editor..... | 44 |
| Rules for publication in Centro Médico Magazine..... | 45 |



EDITORIAL

71 ANIVERSARIO DE LA REVISTA “CENTRO MEDICO DE CARACAS”

71ST ANNIVERSARY OF THE “CENTRO MÉDICO DE CARACAS” MAGAZINE

Dr. Oscar Colina Cedeño

Editor

Correo: consultoriomedico76@hotmail.com

El Centro Médico de Caracas se inauguró en el mes de octubre de 1947. La Sociedad Médica se fundó en 12 de Julio de 1950 y su Primer Presidente fue el Dr. José Antonio Carbonell (1950-1951).

La primera edición de PUBLICACIONES DEL CENTRO MEDICO se realiza en abril de 1954. Así se llamaba nuestra revista científica en su primera etapa. En septiembre de 1964, con el número 19 se le cambia el nombre por el de “Centro Médico”.

En el año 2012 la Sociedad Médica decide modernizar la revista y gracias a la iniciativa de los Dres. Fernando Godayol, Abraham Krivoy, Dra. Consuelo Ramos de Francisco, y la Licenciada Ana Olivia Marín, lograron la digitalización electrónica de todos los números anteriores e iniciaron la publicación de las siguientes ediciones con la capacidad ilimitada de imágenes y videos médicos inclusive. Haber logrado la inclusión de la revista Centro Medico en internet constituye un gran avance tecnológico de nuestra publicación, poniéndola a disposición de todo el personal de salud a nivel mundial.

En su primera etapa, Publicaciones del Centro Medico, cuyo primer número sale en abril de 1954, dirigida por el Dr. Rafael Campo Moreno (Anestesiólogo) y los primeros redactores fueron los Dres. Eduardo Rivas Larrazábal y José Antonio Carbonell. En septiembre de 1964 cambia el formato, la portada y el nombre por el de “Centro Medico”

DIRECTORES Y EDITORES DE LA REVISTA A TRAVÉS DEL TIEMPO

1. Editor Dr. Rafael Campo Moreno (Anestesiólogo) 1954-1973
2. Dr. Néstor Arreaza Colizza (Medicina Nuclear) 1974-1975
3. Dr. Simón Beker (Gastroenterólogo) 1975-1977
4. Dr. Federico Fernández Palazzi (Traumatólogo) 1977-2004
5. Dr. Ramón Zapata Sirvent (Cirujano Plástico) 2005-2014
6. Dr. Abraham Krivoy (neurocirujano) 2015-2017
7. Dr. Oscar Colina Cedeño (Cirujano Oncólogo) 2017-2025



Nuestra revista Centro Medico, es imagen de la institución y de la Sociedad Médica.













1° Tiene el mérito de ser la más antigua de las publicaciones médicas, de clínicas y hospitales privados de Venezuela. habiendo cumplido recientemente 71 años de actividad editorial.

2° Por haber sido la primera totalmente digitalizada dentro de su categoría, y también por elaborar un índice acumulativo, de autores y materias desde 1954 hasta nuestros días.

Gracias a la tecnología electrónica, cualquier lector interesado, en su computadora personal, puede obtener información, en nuestra revista Centro Medico, desde el primer número hasta el más reciente, en cualquier parte del mundo y en la comodidad de su hogar o consultorio y en cualquier dispositivo electrónico portátil, tableta o teléfono celular.

FELIZ ANIVERSARIO.

EXPERIENCIA MULTIINSTITUCIONAL EN EL TRATAMIENTO REGIONAL DEL CANCER DE CABEZA Y CUELLO NO TIROIDEO

Dres. Juan Carlos Valls Puig¹, Nelsimar Palacios¹, Daniela Quintero¹, Gustavo Adolfo Benítez Pérez¹, Amine Ferrer¹, Aníbal Blanco², Salvador Tabacco³, Esteban Garriga García⁴, Edgar Brito⁴, Mirelbys Méndez⁵, Blas Carrasquel Gago⁵, Sarai Sánchez⁵.

¹Especialista Cátedra Servicio Otorrinolaringología. Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas. ²Especialista. Servicio de Cirugía. Hospital Pérez de León 2. ³Especialista Consulta de Otorrinolaringología y Cabeza & Cuello. Hospital Ortopédico Infantil. ⁴Especialista Centro Médico de Caracas. ⁵Residente Catedra Servicio Otorrinolaringología. Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas.
E-mail: vallstru@hotmail.com

RESUMEN: Objetivo: evaluar la eficacia de las disecciones ganglionares de cuello en pacientes con cáncer de cabeza y cuello no tiroideo, según los hallazgos de la pieza quirúrgica, la aparición de recaídas regionales y la tasa de sobrevida. **Pacientes y método:** Estudio analítico, longitudinal, del tipo cohorte de treinta pacientes sometidos a disecciones radicales y selectivas. Las distintas frecuencias fueron expresadas en número y porcentaje. **Resultados:** La localización del tumor primario y el reporte histológico más frecuente fueron la cavidad oral y el carcinoma escamoso. Las etapas ganglionares fueron 46,6% N0 y 23,3% N≥1. Se realizaron 23,4% y 76,6% linfadenectomías ganglionares radicales y selectivas respectivamente. Metástasis ganglionares en el 27,7% de los reportes histológicos de las disecciones selectivas electivas. El 20% de la serie presentó persistencia regional y fallecieron por progresión de la enfermedad. No hubo recaída regional en las disecciones ganglionares selectivas de cuello. La tasa de sobrevida con ganglios metastásicos fue inferior a aquellos sin metástasis. **Conclusión:** La disección ganglionar de cuello ofrece una apropiada evaluación de la enfermedad metastásica oculta en cuello y es efectiva en el control regional de pacientes sin especímenes quirúrgicos metastásicos. La presencia de metástasis ganglionares confirmadas histológicamente redujo la sobrevida hasta un 33%. **RCM 2025. 64;159(1): 3-14..**

Palabras claves: disección, ganglionar, neoplasia, cabeza, cuello.

MULTI INSTITUTIONAL EXPERIENCE IN THE NON-THYROID HEAD AND NECK REGIONAL CANCER TREATMENT

ABSTRACT: Objective: To evaluate the efficacy of neck dissections in patients with head and neck cancer no thyroid according to histological metastasis, recurrences and the survival rate. **Patients and method:** Study analytic, longitudinal, cohort type of 30 patients underwent to radicals and selective neck dissections in three capital hospitals. The frequency was expressed in number, percentage and media. **Results:** The location of the primary neoplasm and the histologic report were oral cavity and squamous cell carcinoma. The ganglionar state were 46,6% N0 and 23,3% N≥1. The dissections were radical 23,4% and selective 76,6%. The 27,7% of electives neck dissections selective present histological metastasis. The 20% of the casuistic presents regional persistence and recurrences, and died by progression of the disease. Anyone of the dissection selective died. The survival rate of the patients with metastatic nodules were inferior than the patients without nodules. **Conclusion:** Selective neck dissection offers adequate evaluation of subclinical neck's metastases and effective in the regional control of patients without histological metastases. The survival rate of the patients with metastatic nodules were 33%. **RCM 2025. 64;159(1): 3-14.**

Key words: neck, dissection, neoplasm, head, neck.

INTRODUCCIÓN

Dos avances contribuyeron al desarrollo del tratamiento regional en los pacientes con neoplasias cervicofaciales.

El primer avance se relaciona con los estudios anatómicos de Rouviere, Fish & Siegel, Lindberg y Shah & col. relativo a la identificación de la presencia de

rutas constantes y predecibles a determinados niveles ganglionares del cuello de acuerdo a la localización del tumor primario (1-4).

La identificación de estas rutas ganglionares en el cuello permitió la evolución hacia técnicas de disección ganglionares de cuello más conservadoras. Desde la linfadenectomía radical clásica de finales del siglo XIX, a la funcional de cuello descrita por Oswaldo Suárez en 1963, difundida en el mundo anglosajón e hispano por Ettore Bocca y Cesar Gavilan. Le seguirían la radical modificada y selectiva desarrolladas durante la década de los setenta por Jesse, Ballantyne y Byers, cirujanos del hospital M.D. Anderson (5,6).

El segundo avance se relaciona con el reconocimiento de la etapa de los ganglios linfáticos del cuello como el principal factor pronóstico asociado con la aparición de recidivas y la sobrevida de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. A excepción del cáncer diferenciado de la glándula tiroides, la presencia de metástasis a ganglios linfáticos puede reducir la supervivencia hasta en un 50% (7).

La clasificación por etapas de los ganglios linfáticos cervicales significa un reto terapéutico para los cirujanos (8). La detección clínica o imagenológica de adenopatías puede llegar a ser imprecisa y controversial. Según el sistema de clasificación por etapas (TNM) para el cáncer de cabeza y cuello, de la American Joint Committee of Cancer (AJCC) 2017, el tamaño tumoral del primario y la presencia de adenopatías es denominado como "T" y "N", respectivamente (9-11).

El tamaño tumoral y la presencia de adenopatías progresara del T1 al T4 y del N1 al N3, de acuerdo a las dimensiones, compromiso de las estructuras adyacentes y bilateralidad. Se realizan disecciones ganglionares de cuello radicales o radicales modificadas en etapas ganglionares N+ o $N \geq 1$. En los pacientes en que no existe evidencia clínica de metástasis a ganglios linfáticos, son reconocidos como N0. Si el riesgo de metástasis ocultas o subclínicas exceda el 15 %, la disección cervical selectiva electiva o profiláctica está indicada por encima de la simple observación y seguimiento (5,6,11-13).

El propósito del presente artículo es evaluar la eficacia de los distintos tipos de disecciones ganglionares de cuello en pacientes con cáncer de cabeza y cuello no tiroideo según los hallazgos de la pieza quirúrgica, la aparición de recaídas regionales y la tasa de sobrevida.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se procedió a un estudio analítico, longitudinal, del tipo cohorte de treinta pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello no tiroideo sometidos a disección ganglionar de cuello como parte de su enfoque terapéutico. Evaluados desde enero del año 2017 hasta enero del 2024 en las consultas de cirugía de cabeza y cuello de la Cátedra de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas, del Hospital Pérez de León 2 y Hospital Ortopédico Infantil.

Las neoplasias se estratificaron por etapas según el sistema TNM, actualizado en el 2017 y adoptado por la 8va edición del *American Joint Commission on Cancer* (AJCC). El tamaño tumoral del primario y la presencia de adenopatías es denominado como "T" y "N", respectivamente (9-11). Las cuencas ganglionares de drenaje ganglionar fueron representados por los niveles ganglionares clásicos delineados según la clasificación del "Memorial Sloan-Kettering Cancer Center" (12,13) (Figura 1).

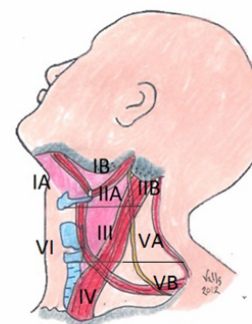


Figura 1. Sistema de clasificación por niveles ganglionares linfáticos cervicales del "Memorial Sloan-Kettering Cancer Center" (12,13). Esquema propio del autor.

Las disecciones cervicales fueron ejecutadas según la clasificación de tipos de disecciones cervicales, con sus indicaciones propuesta por el *Committe for Head and Neck and Surgery and Oncology of the American Academy of Otolaryngology- Head and Neck Surgery* publicada en 1991. Fue actualizada en 2002 y 2008 (14).

La disección ganglionar de cuello clásica se define como aquella que incluye todos los grupos ganglionares del cuello, además del músculo esternocleidomastoideo, la vena yugular y el nervio espinal. La preservación de cualquiera de las estructuras no ganglionares es referida como linfadenectomía radical modificada. La indicación fundamental en ambos procedimientos radicales es terapéutica, es decir cuando existen adenopatías clínicamente evidentes (5,11,12,15).

La disección de cuello selectiva se refiere a cualquier tipo de procedimiento en el cual solamente son removidos el grupo de ganglios del cuello que poseen un riesgo mayor del 15% de contener metástasis ocultas de acuerdo a la localización del tumor primario. Se preservan uno o más grupos de ganglios linfáticos de los que se extirpan en la disección radical de cuello (11-13). Están indicadas de manera electiva o profiláctica en pacientes con etapa ganglionar N0, aunque se ha ampliado su indicación de forma terapéutica en algunas neoplasias con metástasis ganglionares N1. Están indicadas por encima de la simple observación y seguimiento (8,14-16).

Si el tumor primario requiere tratamiento quirúrgico y basado en la distribución predecible de las metástasis a ganglios linfáticos en los niveles cervicales de acuerdo

a su localización, se sugiere la disección ganglionar de cuello selectiva ipsilateral de los niveles I al III o supraomohioideo para las neoplasias de cavidad oral y glándula submaxilar. De los niveles II al IV ó lateral para las de laringe y amígdala. Ambos procedimientos, ofrecen una apropiada evaluación de la enfermedad metastásica oculta en cuello. Las lesiones localizadas en la línea media requerirán disección ganglionar de cuello bilateral por el alto riesgo de diseminación en ambos lados del cuello (8,11-18).

Incisiones usadas en la ejecución de las disecciones ganglionares de cuello para las neoplasias ubicadas en cavidad oral, laringe, glándula submaxilar y amígdala corresponden a los trazos de Atti, Doble incisión de Garriga, Palo de Hockey, Schobinger o modificado de Conley y en delantal (13,15,17) (Figura 2 a-e).

Las neoplasias malignas primarias de la glándula parótida, conducto auditivo externo, piel facial y la mitad anterior del cuero cabelludo (PAFC) poseen una propagación escalonada a la glándula parótida y los niveles ganglionares del I al III. La similitud en la propagación linfática de estas ubicaciones tumorales con estado ganglionar N0, ha determinado la unificación en el tipo de tratamiento quirúrgico regional en parotidectomías con linfadenectomías selectivas del I-III (10,19,20). En la Catedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas se caracterizó un trazo quirúrgico único para el tratamiento quirúrgico de las neoplasias malignas PAFC, denominado incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable (21) (Figura 2f).

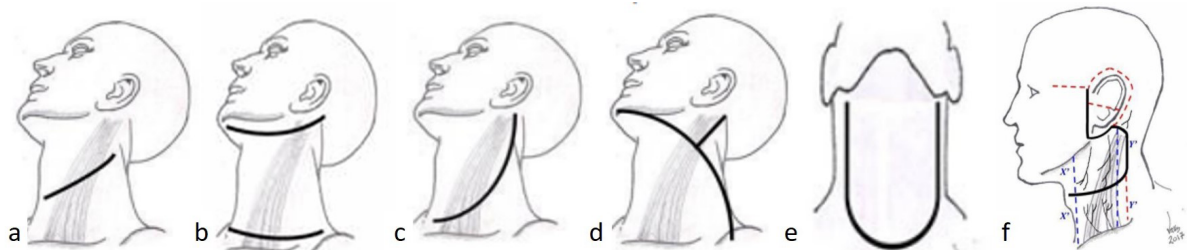


Figura 2. Esquema de heridas quirúrgicas usadas para disecciones ganglionares de cuello. a. Atti o única transversa. b. Doble de Garriga c. Palo de Hockey. d. Schobinger o modificado de Conley. e. Delantal. f. Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable, ICFCSA.



Se analizaron los pacientes de acuerdo al sexo, edad, localización y tamaño tumoral del primario, etapa ganglionar, indicaciones y tipo de linfadenectomía, incisiones efectuadas, histología de la neoplasia primaria y tratamiento adyuvante. En cuanto a los resultados de los procedimientos se determinó el número de ganglios extirpados y metastásicos, presencia de complicaciones postquirúrgicas, recidivas y tasas de sobrevida. Las distintas frecuencias fueron expresadas en número, promedio y porcentaje. Se calculó la sensibilidad y especificidad de la palpación clínica ganglionar, además del Método de Kaplan-Meier para calcular la curva de supervivencia según el estado ganglionar.

RESULTADOS

La edad de los pacientes osciló entre 27 y 89 años, con una media de 58 años. El 60% pertenecían al género masculino y 40% al femenino. La localización del tumor primario más frecuente fue en la cavidad oral con un tercio de la casuística; distribuido en cara lateral de lengua, paladar duro, mucosa yugal, reborde alveolar y trigono retromolar. La unificación de estructuras anatómicas PAFC, según la propagación escalonada a parótida y niveles I al III, correspondió al 30%; la ubicación de piel facial correspondió a piel de pabellón auricular, temporal, párpado, y mitad anterior de cuero cabelludo. Laringe con 16,6% cada uno. Las glándulas submaxilares con un 13,3%. Finalmente, dos en amígdala 6,6%.

El tamaño tumoral del primario estuvo distribuido en once pacientes T1 y T2, 36,7%, incluyo principalmente las localizaciones de cavidad oral. Un tercio de la serie

fueron T3 y T4 correspondiendo más frecuentemente a las neoplasias ubicadas en laringe, paladar duro, glándulas salivales y de conducto auditivo externo (Tabla 1). La etapa ganglionar estuvo distribuida en 14 N0, 46,6%. Los N+ se distribuyeron en seis N1 y un N2, respectivamente 20% y 3,33%. Ubicados principalmente en cavidad oral.

Nueve pacientes acudieron por recaídas del tumor primario, 30%. Posteriores a cirugías previas de la neoplasia primaria o a protocolos de quimioterapia y radioterapia. Dos locales y siete regionales, estas últimas se localizaron en la glándula parótida o en los niveles ganglionares del I al III. Las neoplasias primarias originarias de las recaídas correspondieron principalmente de la piel facial, glándula submaxilar y amígdala (Tabla 1).

Se realizaron seis linfadenectomías de cuello radicales modificadas y una radical clásica, 20% y 3,4% cada una. Ambas con intención terapéutica. Las primeras por la presencia de adenopatías palpables regionales en un N1 y el N2, además de cuatro recaídas. La segunda por una neoplasia primaria de glándula submaxilar que comprometía el musculo esternocleidomastoideo, vena yugular interna y nervio espinal (Tabla 2).

La disección ganglionar de cuello selectiva se realizó en 23 pacientes representando el 76,6% de la serie. Se ejecutaron con intención electiva o terapéutica. La indicación con intención electiva correspondió a 18 pacientes con ausencia de adenopatías clínicamente evidentes en cuello, es decir todos los N0, pero con factores de riesgo como tamaño tumoral mayor a igual a T2, además de cuatro por recaídas regionales en glándula parótida. Las linfadenectomías de cuello

Tabla 1. Ubicación y tamaño del tumor primario.

| Ubicación/ T. tumoral | Cavidad oral | PAFC | Laringe | Submaxilar | Amígdala | Total/% |
|--------------------------|--------------|-------|---------|------------|----------|-----------|
| T1-T2 | 8 | 2 | -- | 1 | -- | 11/36,7% |
| T3-T4 | 2 | 3 | 4 | 1 | -- | 10/ 33,3% |
| Recaídas | -- | 4 | 1 | 2 | 2 | 9/30% |
| Total/ % | 10/ 33,3% | 9/30% | 5/16,7% | 4/13,3% | 2/6,66% | 30/100% |

PAFC: glándula parótida, conducto auditivo externo, piel facial y la mitad anterior del cuero cabelludo.

Tabla 2. Ubicación y tipo de disecciones ganglionares de cuello.

| Ubicación/ Tipo de disección | Cavidad oral | PAFC | Laringe | Submaxilar | Amígdala | Total/% |
|---------------------------------|--------------|-------|---------|------------|----------|----------|
| DCR clásica | -- | -- | -- | 1 | -- | 1/3,4% |
| DCRM | 2 | 1 | -- | 2 | 1 | 6/ 20% |
| DCS I-III | 8 | 8 | -- | 1 | -- | 17/56,6% |
| DCS II-IV | -- | - | 5 | -- | 1 | 6/20% |
| Total/ % | 10/ 33,3% | 9/30% | 5/16,7% | 4/13,3% | 2/6,66% | 30/100% |

PAFC: glándula parótida, conducto auditivo externo, piel facial y la mitad anterior del cuero cabelludo. DCR clásica, disección ganglionar de cuello radical clásica. DCRM, disección ganglionar de cuello radical modificada. DCS I-III, disección ganglionar de cuello selectiva de los niveles I al III. DCS II-IV, disección ganglionar de cuello selectiva de los niveles II al IV.

selectivas terapéuticas correspondieron a cinco N1. En tres pacientes se ejecutaron disecciones ganglionares de cuello selectivas bilaterales por neoplasias de laringe y un tumor de reborde alveolar en línea media (Figura 3a-c).

Se realizaron ocho parotidectomías por incisión de colgajo superior adaptable, correspondiendo a todos los casos de neoplasias primarias de PAFC cuya vía de diseminación incluía la glándula parótida con o sin adenopatías clínicamente evidentes. El resto de los procedimientos quirúrgicos dependió del

tumor primario, correspondiendo a laringectomías, hemiglosectomías, submaxilectomías, maxilectomías superiores, hemiauriclectomías, mastoidectomías parciales y extirpaciones locales amplias de mucosa oral o piel facial. Se aplicaron injertos y movilización de colgajos fasciocutaneos sobre áreas de defecto de extirpación de neoplasias de parótida y de conducto auditivo externo. El resto de las heridas quirúrgicas oscilaron entre trazos quirúrgicos en palo de Hockey, Attie, Doble incisión de Garriga, Conley o delantal según la localización de la neoplasia primaria. Se realizó



Figura 3. Imágenes de procedimientos radicales en neoplasias primarias con las correspondientes disecciones ganglionares de cuello. a. Laringectomía total por trazo quirúrgico en delantal. Puntas de flechas amarillas, disección ganglionar de cuello selectiva del II-IV bilateral. b. Operación tipo COMMAND por herida quirúrgica de Conley bilateral. Asterisco blanco, maxilectomía inferior. Punta de flecha blanca, disección ganglionar de cuello selectiva del I-III bilateral. c. Extirpación de recaída regional de tumor de párpado en glándula parótida (PAFC) por incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable. Asterisco amarillo, parotidectomía total con sacrificio del nervio espinal. Flecha amarilla, disección ganglionar de cuello selectiva del I-III.

una operación tipo COMMAND por un trazo de Conley bilateral en la neoplasia de reborde alveolar (**Figura 3b**).

El reporte histológico definitivo más común de la neoplasia primaria correspondió a veintiún carcinomas escamosos, 70%. Los otros reportes señalaron cinco carcinomas mucoescamosos de glándulas salivales 16,7%, tres carcinomas basoescamosos 10%, y un oncocitoma de glándula parótida con punción por aguja fina previa que indicó neoplasia maligna, 3,3%. La presencia de metástasis ganglionares fue confirmada en el reporte histológico definitivo de los especímenes quirúrgicos de la disección radical y de todas las radicales modificadas.

La media de ganglios extirpados en las piezas quirúrgicas evaluadas de las linfadenectomías selectivas fue de 8. El 27,7% y 80% de los pacientes sometidos a procedimientos selectivos por N0 y N1 respectivamente, presentaron metástasis ganglionares ocultas confirmadas histológicamente en las piezas quirúrgicas. Las ubicaciones de las neoplasias primarias con especímenes quirúrgicos positivos correspondieron a cavidad oral, glándula parótida y piel facial. La sensibilidad y especificidad de la palpación clínica fue de 80% y 92%, respectivamente. La tasa de sobrevida de los pacientes N0 o sin presencia de metástasis en el espécimen quirúrgico fue de 100% y de 33% en aquellos con adenopatías con metástasis confirmadas en la pieza quirúrgica (**Gráfico 1**).

Cuatro parotidectomías por neoplasias primarias en piel facial y conducto auditivo externo presentaron

metástasis ganglionares confirmadas histológicamente. En cinco pacientes se sacrificó el séptimo par craneal por compromiso extenso del nervio asociado a neoplasias o metástasis ganglionares de glándulas salivales. El 10% de la serie presentó dehiscencia parcial de la herida quirúrgica, injerto o colgajo fasciocutáneo en el postoperatorio. Un paciente presentó embolización e isquemia en falanges distales de miembros inferiores, que requirió amputación digital. No hubo decesos intraoperatorios, ni postoperatorios. El 93,3% de la serie se remitió a terapia adyuvante con radioterapia y quimioterapia.

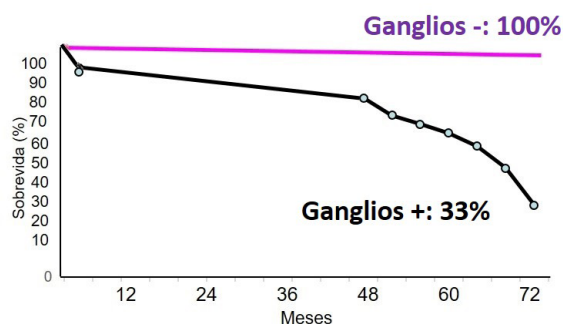
Seis pacientes presentaron persistencia regional en parótida o cuello, correspondiendo al 20% de la serie. Casi todos correspondieron a recaídas de neoplasias faciales sometidos a parotidectomía y disección ganglionar en cuello. La mitad no recibió radioterapia, ni quimioterapia adyuvante. Tres fueron sometidos a procedimientos paliativos como extirpación de tumores fúngicos sobreinfectados, maniobras hemostáticas para detener episodios hemorrágicos y una mastoidectomía total de rescate.

Todos los pacientes que presentaron persistencia regional en parótida o cuello fallecieron por progresión de la enfermedad. No hubo persistencia ni recaída regional en aquellos pacientes N0 sometidos a disección ganglionar selectiva de cuello. Tres pacientes sucumbieron por enfermedad local. La mortalidad global de la serie se ubicó en 30%.

DISCUSIÓN

La primera remoción de adenopatías metastásicas en cuello, se acredita a Theodor Kocher en 1880, quien refirió la extirpación de tumores de cavidad oral en conexión con los ganglios linfáticos proximales o submandibulares. La disección ganglionar radical de cuello descrita por primera vez en 1888, por el cirujano polaco Franciszek Jawdyński, popularizada e ilustrada en 1905 por George Washington Crile de Cleveland y redefinida en 1951 por Hayes Martin de New York, representó el procedimiento quirúrgico dominante para tratar el cáncer metastásico de cabeza y cuello en ganglios linfáticos durante gran parte del siglo XX (5,11,15).

Gráfico 1. Tasas de sobrevida según el reporte histológico de los especímenes quirúrgicos.





En Venezuela, el crédito por haber practicado la primera disección ganglionar radical clásica de cuello se otorga a Hermógenes Rivero, quien la realizó en 1939 en el Instituto de Oncología “Luís Razetti”. Los doctores Bernardo Guzmán Blanco y Aquiles Ermíny la convirtieron en una operación de rutina. Durante la década de los ochenta, Oswaldo Henríquez, otorrinolaringólogo y cirujano de cabeza y cuello, realizó en el mismo instituto, las disecciones ganglionares radicales modificadas. Esteban Garriga Michelena diseñó un abordaje conocido como doble incisión de Garriga a principios de los años sesenta. Los primeros reportes referidos a disecciones ganglionares modificadas y selectivas, se acreditan a Mata & col. en el Hospital Militar de Caracas, y Pacheco & col. en el Hospital Oncológico Padre Machado, a finales de la década de los noventa. Los especialistas del Centro Médico de Caracas Esteban Garriga Michelena, Armando Márquez Reveron, Esteban Garriga García y Edgar Brito publicaron su experiencia en varios artículos y libros relativos al desarrollo del procedimiento (15,22,23).

La Catedra Servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas inició actividades el 08 de octubre de 1956, correspondiendo a su primer jefe el Dr. Franz Conde Jahn. Desde su inicio, numerosos cirujanos de cabeza y cuello y cirujanos oncólogos de prestigio internacional y nacional fueron invitados para ofrecer sus conocimientos en actividades académicas o laboraron en la cátedra servicio citada. Entre ellos destacan Michael Portmann, Ettore Bocca, Luis García Ibáñez, Eugene Myers, Paulo Ponte, Francesco Bagatella, Cesar Rodríguez Rodríguez, Oscar Rodríguez Griman, Peter Baptista, Esteban Garriga Michelena, Edgar Brito, Esteban Garriga García, Manuel Emman y Juan Lorenzo Emmanuelli (15,22-27) (Figura 4a-d).

Peter Baptista desarrolló las disecciones ganglionares radicales modificadas de cuello en la citada cátedra servicio, durante el último decenio del siglo pasado. A partir de la segunda década del nuevo milenio, varios artículos han sido publicados relacionados con la experiencia en las disecciones ganglionares selectivas de cuello, la caracterización de la incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable para las neoplasias PAFC, la seguridad de las linfadenectomías para la evaluación del cuello, la correlación clínica con los estudios de

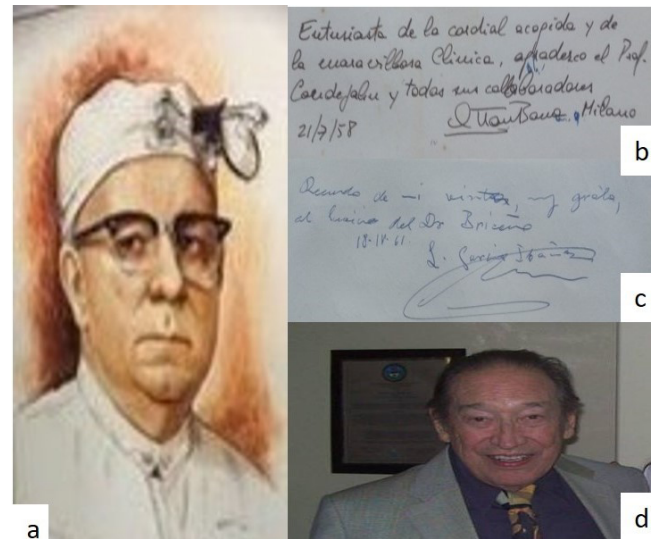


Figura 4. Imágenes de especialistas nacionales que laboraron en la Catedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas. Autógrafos en el libro de visitas de especialistas europeos que ofrecieron sus conocimientos en la citada cátedra servicio. **a.** Dr. Franz Conde Jahn, primer jefe de la cátedra servicio. Ettore Bocca, 1958. **b.** Luis García Ibáñez, 1961. **d.** Oscar Rodríguez Griman, durante su homenaje en el auditorium de la cátedra servicio en el año 2012.

los especímenes de anatomía patológica, además de algunas otras innovaciones propias en el desarrollo de la experiencia con ese tipo de procedimientos. Hoy en día se han conformado equipos multidisciplinares en la realización de este tipo de intervenciones quirúrgicas (Figura 5a) (15,21-27).

En los servicios de cirugía del hospital Pérez de León 2 y Ortopédico Infantil, se ha desarrollado la experiencia en la realización de distintos tipos de disecciones ganglionares de cuello desde los años 2014 y 2015 respectivamente. Especialmente en neoplasias de glándulas salivares y tiroideas (15,22). Con los doctores Aníbal Blanco Álvarez y Salvador Tabacco se han organizado equipos de trabajo quirúrgico, multidisciplinario, multiinstitucionales que han impulsado las consultas de cirugía de cabeza y cuello, la realización de estudios ecográficos, la formación de residentes y la publicación de artículos en los

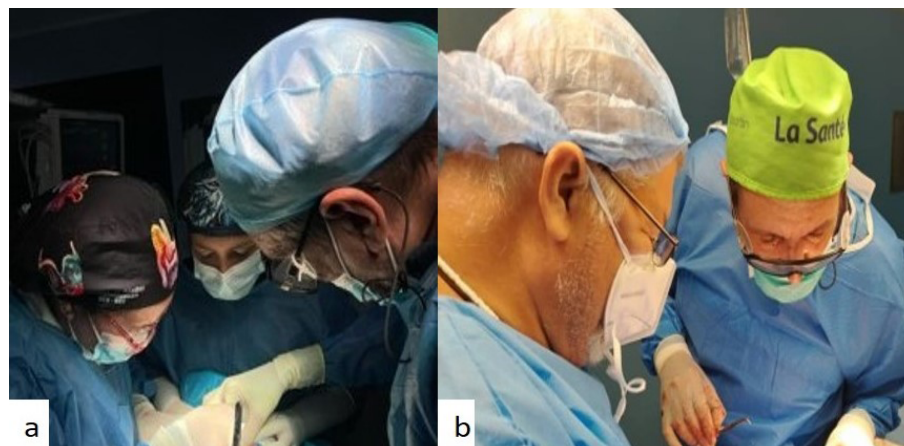


Figura 5. Equipos de cirugía. **a.** Cátedra Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Caracas. Dra. Mirelby Méndez, Dra. Amine Ferrer y Dr. Juan Carlos Valls Puig. **b.** Hospital Pérez de León 2. Dr. Aníbal Blanco Álvarez y Dr. Juan Carlos Valls Puig.

nosocomios señalados (Figura 5b). Los especialistas Esteban Garriga García y Edgar Brito han brindado apoyo asistencial en la resolución de casos quirúrgicos en ambos hospitales.

En el presente estudio, la media de la edad, la frecuencia del género, la localización del primario y el tipo histológico más común, se corresponden con lo reportado en la literatura nacional e internacional (11-15,17,20-34). El periodo de tiempo de evaluación incluyó la difícil situación social y económica que atravesó Venezuela, además de la Pandemia por la COVID 19. Ese lapso de tiempo se caracterizó por demoras para la ejecución de diagnósticos e inicio de tratamientos adyuvantes. Estos aspectos determinaron el porcentaje elevado de pacientes con tamaño tumoral $\geq T3$ y de recaídas cervicales que requirieron disecciones ganglionares de cuello (15,22,35,36).

La incidencia de metástasis ocultas aumenta progresivamente con el incremento del tamaño tumoral en el carcinoma escamoso de cavidad oral y en la laringe (17,19,32). A excepción de los T1 y T2 de localización glótica, el cuello N0 debe ser tratado (8). En las neoplasias de PAFC la incidencia de metástasis ocultas se encuentra alrededor del 11% al 35%. El tratamiento electivo está indicado en las neoplasias con tamaño tumoral $\geq T3$, compromiso del cartílago,

parálisis facial, lesiones de alto grado histológico, recaídas regionales en parótida y cuello. (10,11,19,20). Estas consideraciones se tomaron en cuenta para el tipo de linfadenectomías realizadas en las neoplasias de cavidad oral, laringe y PAFC.

Según la 6ta edición de clasificación TNM para tumores malignos, para poder llevar a cabo una clasificación patológica adecuada se considera recomendable un mínimo de 6 ganglios en el espécimen quirúrgico de las disecciones selectivas (37). Mata & col. señalaron 9 ganglios (29). En la serie la media fue de 8 ganglios.

El porcentaje de piezas quirúrgicas con metástasis ganglionares de los pacientes con cuellos clínicamente N0, oscila entre 10% y 55,55%, variando de acuerdo al tamaño y a la localización del tumor primario (11-21,26-37). Pacheco & col., reportan una sensibilidad y especificidad del 77,27% y 77%, para la clasificación clínica por etapas (30). Pitman & col., indican 90% de sensibilidad a la palpación (38). El porcentaje de especímenes quirúrgicos con metástasis de pacientes N0 sometidos a linfadenectomías selectivas de la casuística se ubicó en 27,7%. El elevado porcentaje de ganglios patológicos y las tasas de sensibilidad de la clasificación clínica del cuello, obtenidas en la presente publicación corroboran el valor de las disecciones cervicales como instrumento estadificador confiable de las neoplasias malignas de cabeza y cuello (11,21,22,30,34,38).



Factores como tamaño tumoral, localización del primario, invasión linfática, vascular e invasión neural, necrosis, profundidad de invasión tumoral y reacción desmoplásica son señalados como predictores de metástasis ganglionares (17,23,31). La localización y el tamaño tumoral predominante en estudios de disecciones ganglionares de cuello están representados por la cavidad oral y los T2 (11,13,33), similar a lo reportado en el actual trabajo, sin embargo, no se determinó correlación estadística. Otros factores como invasión perineural, vascular o linfática, profundidad de invasión tumoral, reacción desmoplásica y necrosis fueron insuficientemente señalados en los reportes de anatomía patológica de algunas ubicaciones tumorales por lo que no se pudo establecer ningún tipo de relación.

La evolución a procedimientos selectivos ha determinado la modificación a incisiones más apropiadas, respetando los preceptos básicos de exposición adecuada, viabilidad de los colgajos, cobertura de estructuras vitales y estética en la reconstrucción. Trazos ipsilaterales o bilaterales realizados en la serie, como el de Attie, Doble incisión de Garriga, "Palo de Hockey" o Schobinger son señalados como idóneos para las disecciones ganglionares de cuello según la ubicación de la neoplasia primaria (13,15,17,39,40). En la Cátedra Servicio de Otorrinolaringología, la caracterización de la incisión de colgajo superior adaptable o "Francisque", ha permitido contar con un abordaje cervicofacial útil para las localizaciones de las neoplasias primarias de PAFC (21).

En la serie actual los pacientes con adenopatías N ≥ 1 o recaídas regionales cervicales palpables fueron sometidos a disecciones radicales terapéuticas con preservación de alguna de las estructuras descritas, según los hallazgos intraoperatorios. El compromiso de las adenopatías con las estructuras cercanas determinara si el procedimiento es clásico o modificado. Se realizaron seis linfadenectomías ganglionares radicales modificadas y una radical clásica, 20% y 3,4% cada una.

Aunque inicialmente las disecciones selectivas estaban indicadas como procedimientos para clasificación por etapas en pacientes N0. Se reconoció su valor terapéutico en los casos con ganglios histológicamente

negativos. Posteriormente se amplió la indicación a la etapa clínica N1 como se constató en la presente serie (11,13,20,41). La adición de radioterapia posterior a procedimientos selectivos con ganglios metastásicos confirmadas histológicamente, ofrece tasas de control locoregional comparables con las disecciones más extensas seguidas de radioterapia. Sin embargo, no mejora la sobrevida (11,13,20,41,42). La inclusión de quimioterapia disminuye aún más las recidivas cervicales y si posee un impacto favorable en la sobrevida global (43-46). Las disecciones selectivas permiten la identificación de aquellos pacientes con enfermedad metastásica oculta que pueden requerir y beneficiarse de tratamientos adyuvantes adicionales (8,11-20).

La gran mayoría de las parálisis faciales posteriores a parotidectomía son temporales oscilando entre 1,4 a 47%. En caso de infiltración del nervio facial, se requiere su sacrificio (20,47). El compromiso del séptimo par por las metástasis ganglionares, incremento el número de parálisis permanentes en la casuística.

Las complicaciones asociadas a las disecciones en general, están representadas por infecciones de la herida, hemorragias y necrosis de los colgajos (8,17,23-30,48,49). La ausencia de manipulación o sacrificio del nervio espinal y el plexo cervical ubicados en el nivel V, durante los procedimientos selectivos, evitarían el dolor o alteraciones funcionales del hombro y parestesias cutáneas, frecuentes en los radicales. El edema de la cara esta asociado a la ligadura de la vena yugular interna en las linfadenectomías radicales. La mortalidad operatoria se sitúa entre 2,54% y 7,7%. Factores como la radioterapia previa, bilateralidad, tamaño tumoral y algunas cirugías del primario que incluyen apertura de la mucosa faríngea, incrementan la morbilidad (9,11,13,26,48,49). El bajo porcentaje de complicaciones y la ausencia de mortalidad postoperatoria asociado al elevado número de disecciones ganglionares selectivas de cuello del presente estudio, representó uno de los principales argumentos para su uso, al compararlo con los procedimientos radicales.

Se describen en pacientes con cuello clínico N0, porcentajes de recidivas dentro del campo operatorio, que oscilan entre 0% a 10% con especímenes



quirúrgicos sin metástasis microscópicas y entre 7% a 20% con aquellas confirmadas. Sin diferencias respecto a los procedimientos selectivos y radicales (13,26,34,38,50,51). No hubo recidivas regionales en los pacientes con especímenes quirúrgicos sin metástasis microscópicas.

Myers *et al*, indicaron un porcentaje de sobrevida de 81% y 72% a los tres y cinco años en pacientes sometidos a disecciones electivas (50). Otros autores señalan una sobrevida entre 9% a 66% y 74% a 82%, de acuerdo a la presencia o no de metástasis histológicas, en pacientes sometidos a procedimientos selectivos por neoplasias primarias de distintas ubicaciones. Los porcentajes de recidivas y mortalidad se reducen con la disección electiva por encima de la política de observación y espera de aparición de adenopatías clínicamente evidentes (13,26,43,50). En el presente estudio todos los pacientes sin metástasis en el espécimen quirúrgico sobrevivieron durante el periodo en estudio, en aquellos que si las poseían la tasa de sobrevida se redujo hasta un 33%.

La difícil situación económica y social descrita durante el periodo del estudio, determinó que varios pacientes no recibieran tratamiento adyuvante o lo recibieran de manera incompleta, influyendo en el porcentaje de recaídas regionales, la necesidad de maniobras paliativas y la tasa de sobrevida (15,22,34,35). El Papa Francisco nos exhorta a socorrer al otro en su dolor, comprender la angustia ajena y aliviar a los demás (52).

CONCLUSIÓN

La disección ganglionar de cuello ofrece una apropiada evaluación de la enfermedad metastásica en cuello y es efectiva en el control regional de pacientes sin especímenes quirúrgicos metastásicos. La presencia de metastásis ganglionares confirmadas histológicamente redujo la tasa de sobrevida hasta un 33% durante el periodo de tiempo evaluado.

AGRADECIMIENTOS

A la Profesora Mary Cruz Lema de Valls y al personal de la biblioteca del Centro Medico de Caracas en San

Bernardino y del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad Central de Venezuela.

REFERENCIAS

1. Rouviere H. Linfáticos de la cabeza y el cuello. Anatomía humana descriptiva y topografía. Tomo I. Madrid. Edit. Bailly; 1968:232-236. 43.
2. Fish U. The infratemporal fossa approach for the lateral skull base. *Otol Clin N Am* 1984;17:513-552.
3. Lindberg R. Distribution of cervical lymph nodes metastasis. *Cancer*. 1972; 29:1446-1449. 45.
4. Shah J, Candela F. The Patterns of Cervical Lymph Node Metastases From Squamous Carcinoma of the Upper Aerodigestive Tract. *The Amer JSurg*.1990;160:405-409.
5. Rodríguez Griman O. Disección de cuello. Evolución histórica. *Gac Med Caracas*. 2005; 113(4):544-551.
6. Robbins T. Adding clarity to the historical evolution of the selective neck dissection. *Head & Neck*. 2019: 1-3. <https://doi.org/10.1002/hed.25704>
7. Schuller D. The prognostic significance of metastatic cervical. *Laryngoscope*.1980; XC(4): 557-570.
8. Paleri V. Management of neck metastases in head and neck cancer. *J Lary & Otol*. 2016; 130 (S2): S161-169.
9. Newlands C, Currie R, Memon A, Whitaker S, Woolford T. Non melanoma cancer. United Kingdom Multidisciplinary Guidelines. *J Laryng & Oto*. 2016; 130 (S2): S125-S132.
10. Carlson E, Schlieve T. Salivary Gland Malignancies. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2019; 31:125-144. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.coms.2018.08.007>
11. Afzali P, Benson B. Management of the Neck in Oral Squamous Cell Carcinoma. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2019; 31: 69-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.coms.2018.09.004>
12. Kepal N Patel. Neck Dissection: Past, Present, Future. *Surg Oncol Clin North Am*.2005; 14: 461-477.
13. Valls J, Brito E, Trevison L, Palacios N. Disecciones cervicales selectivas en el Hospital Universitario de Caracas. *Vitae Academia Biomédica Digital*. 2018; 74 (Abril-Junio).
14. Robbins KT, Shaha AR et al. Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection. *Arch Otol Head Neck Surg* 2008; 134: 536-538
15. Valls J. Evolución de las disecciones de cuello en Venezuela. *Gac Med Car*. 2019;127(4):324-338.



16. Myers E. Surgery of the head and neck. *Int J Head & Neck Sci.* 2017; 1(1): 1-4.
17. Robbins T, Samant S. Neck Dissection. En: Flint P Editor. Cummings, Otolaryngology, Head & Neck Surgery. 6ta edic. Elsevier; 2015: 1837.
18. Machiels J, Leemans R, Gorusinski W, Grau C. Squamous cell carcinoma of the oral cavity, larynx, oropharynx and hypopharynx. Clinical practice guidelines. *Annals of oncology.* 2020; 31 (11).
19. Cracchiolo J, Shaha A. Parotidectomy for parotid cancer. *Otol Clin N Am* 2016; 49: 415-424.
20. Kejnér. Extent and Indications for Elective and Therapeutic Neck Dissection for Salivary Carcinoma. *Otolaryngol Clin N Am.* 2021;54: 641-651 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.otc.2021.02.006>
21. Valls JC. Incisión cervicofacial de colgajo superior adaptable. *Vitae Academia Biomédica Digital.* 2017; 72 (Octubre-Diciembre).
22. Valls J, Palacios N, Valdivia M. La cirugía de cabeza y cuello, una especialidad emergente. *Vitae. Academia Biomedica Digital.* 2020; 81 (Enero-Marzo). Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vit/article/view/25229
23. Garriga García E, Brito E. Tumores de cabeza y cuello. Un enfoque práctico. [Internet] Disponible en: https://www.academia.edu/36496236/Tumores_de_Cabeza_y_Cuello_Tumores_de_Cabeza_y_Cuello
24. Valls J. Aportes del dr. Bernardo Guzmán Blanco a la cirugía de cabeza y cuello. *Revista Centro Médico.* 2021. 60; 152(2): 45-51.
25. Valls J. La operación comando. *Revista Centro Médico.* 2022. 61; 153(1): 22-31.
26. Valls JC. Experiencia en disecciones de cuello. *Rev Fac Med.* 2018; 41(1).
27. Sánchez K, Valls J. Correlación clínico patológica de los ganglios cervicales en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Rev Digit Postgrado.* 2022; 11(1): e335. DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2022.11.1.e335>
28. Valls J, Blanco A, Noda R, De Jesús Y, Yañez L, Quintero D. Tratamiento quirúrgico de las metástasis regionales en el cáncer de piel de cabeza y cuello. Reporte de una serie de casos. *Dermatol Venez.* 2021; (59): 27-34.
29. Mata JF. Disecciones radicales de cuello. *Rev Ven Onc.* 1999. Julio-Septiembre: 105-115. 59.
30. Pacheco C, Lugo J, Garriga E. Disecciones del cuello en el Hospital Oncológico "Padre Machado". *Rev Ven Onc* 2000; 12 (1): 29-40. 60.
31. Cedeño S, Altimari R. Estudio de las metastasis ganglionares ocultas en carcinoma epidermoide de laringe. *Rev Ven Onc.* 2003; 15(2):81-86. 61.
32. Liuzzi J. Factores pronósticos en el carcinoma escamoso de cavidad oral. *Rev Ven Onc.* 2007; 19(2). 62.
33. Rodríguez A. Metástasis a ganglios cervicales. En: Rodríguez A, Editor. Tumores de Cabeza y Cuello. 2da Edición. Manual Moderno, Mexico. 2003: 12; 253-266. 64.
34. Hosal S, Carrau R, Johnson J. Selective Neck Dissection in the Management of the Clinically Node Negative Neck. *Laryngoscope.* 2000; 110: 2037-2040.
35. Valls J. Alternativas quirúrgicas en cirugía de cabeza y cuello. *Revista de la Facultad de Medicina.* 2022; 45(1). http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_fmmed/article/view/23335
36. Valls J, Martínez Y, Peña A, Benítez G. Emergencias quirúrgicas en Cabeza y cuello. *Revista de la Facultad de Medicina.* 2024; 47 (2).
37. Sobin LH. TNM Classification of malignant tumours. 6th Edition, New York .Wiley-Liss. 2002.
38. Pitman K. Effectiveness of selective neck dissection. *Arch Otol Head Neck Surg.* 1997; 123: 917-922.
39. Robbins T. Incisions for neck dissection modifications. *Laryngoscope.* 1994; 104: 1041- 1044.
40. Valls Puig JC, Peña A, Benítez G, Martínez Y. Incisiones cervicofaciales clásicas para patologías no convencionales. *Vitae. Academia Biomédica Digital.* 2024; 98: Abril-Junio. Disponible en: https://vitae.ucv.ve/index_pdf.php?module=articulo&n=6461
41. Ambrosch P. Efficacy of selective neck dissection. *Otolaryngology Head Neck Surg.* 2001; 124(2): 180-187.
42. Kolli V. The Role of Supraomohyoid Neck Dissection. *Arch Otol Head Neck Surg.* 2000; 126: 413-416.
43. Yuen A, Ho Ch, Chow T. Prospective randomized study of selective neck dissection versus observation. *Head Neck.* 2009; 31: 765-772.
44. Luongo L, Kowalski L, Freitas A, Bueno T. Latin american consensus on the treatment of head and neck cancer. *JCO Global Oncol.* 2024: 10.
45. Cooper J, Pajak T, Forastiere A. Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high risk carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med.* 2004; 350: 1937-1944.
46. Bernier J, Dornge C. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. *N Engl J Med.* 2004; 350: 1945-1952



JC Valls Puig, N Palacios, D Quintero, GA Benítez Pérez, A Ferrer, A Blanco, S Tabacco, E Garriga García, E Brito, M Méndez, B Carrasquel Gago, S Sánchez.

47. Valls J, Blanco A, Carmona E, Palacios N, Tabacco S, Tabacco F. Tratamiento quirúrgico de las neoplasias en la glándula parótida. *Rev. Digit Postgrado.* 2024;13(1): e383. DOI: DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2024.13.1.e383>
48. Kornblut A, Shumrick D. Complications of Head and Neck Surgery. *Arch Otolaryng* 1971; 94: 246-254.
49. Johnson J, Myers E. Management of Complications of Head and Neck Surgery. In: Myers E, Suen J. Editors. *Cancer of the Head and Neck. Third Edition* W.B. Saunders Company, 1996; p. 35-42.
50. Kovacs A. Head and Neck Squamous Carcinoma: Sentinel Nodel. *Surg Oncol Clin N Am.* 2007; 16: 81-100.
51. Myers J. Squamous cell carcinoma of the tongue in young adults. *Otol Head Neck Surg.*2000; 122: 44-51.
52. Francisco. *Exhortación Apostólica, Gaudete et Exsultate.* Ciudad del Vaticano: Vaticano; 2018.

TÉCNICA DE MÍNIMA INCISIÓN. EXPERIENCIA CLÍNICA

Dres. Maria Garcia¹, Jessica Ruiz¹, Oscar Colina².

¹Residente de Postgrado de Cirugía General, Hospital Carlos J. Bello Cruz Roja Venezolana. ²Especialista en Cirugía General, Director de Posgrado de Cirugía General, Hospital Carlos J. Bello, Cruz Roja Venezolana.

E-mail: mariaelena1096@gmail.com

RESUMEN: Los avances sociales han exigido a la medicina una evolución y el área de cirugía, no escapa a este contexto, donde se han producido grandes adelantos en beneficio de los pacientes, consolidados en el mejoramiento y la calidad de los tratamientos médicos los cuales han intervenido de manera trascendental, en dicha evolución, concibiendo expectativa de vida en las diversas patologías. A través de este artículo se pretende realizar un análisis sobre la técnica de incisión mínima, en el tratamiento de las lesiones de piel y partes blandas por medio de un proceso quirúrgico donde el tamaño de las incisiones es muy pequeño, ubicado entre 0,5 a 1,5 cm y pocos puntos de sutura. Durante la cirugía mínimamente invasiva, se pueden realizar una o más incisiones para facilitar la exéresis de la lesión. En este caso el cirujano debe mantener una actitud crítica y analizar las técnicas disponibles, así como las posibles ventajas e inconvenientes en la aplicación de un método sobre otros, ofreciéndole al paciente, la mejor opción de tratamiento con una base racional en que apoyarse. En general, la cirugía de invasión mínima se asocia con menos dolor, menos complicaciones posoperatoria y fundamentalmente un mejor resultado estético. **RCM 2025. 64;159(1): 15-20.**

Palabras claves: Incisión mínima, lesiones de piel, partes blandas.

MINIMAL INCISION SURGERY (MIS) CLINICAL EXPERIENCE

ABSTRACT: The social advances have required an evolution from medicine and the area of surgery does not escape of this context, where great advances have been made for the patients benefit, consolidated in the improvement and quality of medical treatments which have been intervened in a transcendental way in this evolution, finding life expectancy in different pathologies. Through this article we pretend to make a minimal incision technique analysis of the skin and soft tissue injuries techniques through a surgical process where the size of the incisions are very small, between 0.5 to 1.5 cm and few stitches. During the minimal invasive surgery, one or more incisions can be make to help the injury removal. In this case, the surgeon has to keep a critical attitude and analyze the available techniques, as well as the possible advantages and disadvantages during the enforcement of one method over others, offering to the patient the best treatment option with a rational basis to lean on. Usually, the minimal invasion surgery is related with less pain, less postsurgery complications and mostly a better aesthetic result. **RCM 2025. 64;159(1): 15-20.**

Key words: Minimal Incision, Skin injuries, Soft Tissues

INTRODUCCIÓN

La cirugía ha sido un pilar fundamental en la evolución de la medicina moderna, impulsada por avances constantes que han mejorado significativamente la calidad y expectativa de vida de los pacientes. Uno de los mayores avances en este campo ha sido el desarrollo de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas (MIS).

Históricamente, las intervenciones quirúrgicas se caracterizaban por incisiones amplias y procedimientos extensos. Sin embargo, a partir de mediados del siglo XX, con el descubrimiento de la anestesia y los antibióticos, se abrió paso a una nueva era en la cirugía. La década de los 50 marcó un punto de inflexión con la aparición de la denominada “cirugía *incisionless*”,



que experimentó una evolución constante gracias a los avances tecnológicos en diagnóstico e instrumentación quirúrgica.

La década de los 80 consolidó la cirugía mínimamente invasiva como una alternativa segura y eficaz para diversas patologías. Esta técnica, que se caracteriza por incisiones más pequeñas y una manipulación de tejidos menos traumática, ha revolucionado el tratamiento de lesiones benignas de piel y partes blandas.

En este artículo fueron exploradas en detalle la técnica de MIS aplicadas a las lesiones de piel y partes blandas, analizando sus ventajas, indicaciones, procedimientos más comunes y los últimos avances en este campo debido a que esta técnica, los cirujanos emplean diferentes métodos para operar en regiones anatómicas con menos lesiones que una cirugía abierta. En general, la cirugía de incisión mínima se asocia con menos dolor, una hospitalización más corta y menos complicaciones (Ej. Cirugía laparoscópica).

En ese sentido, los diferentes tipos de lesiones benignas de piel que pueden ser tratadas con MIS, son: acrocordones, nevus, Queratosis seborréica, Queratosis actínica. La extirpación de lesiones cutáneas se puede realizar para mantener la estética del paciente y menos complicaciones postoperatorias.

Entre los desafíos y limitaciones de esta técnica se encuentran: la incisión mínima que nos obliga a un procedimiento más laborioso y más lento que incisiones más amplias, pero a cambio logramos una cirugía menos dolorosa, menos complicada y un resultado estético que el paciente agradece (1).

EVOLUCION HISTORICA

La cirugía ha jugado un papel fundamental en la evolución de la medicina moderna, es signada por medio de sus avances, influida por una serie de factores que la determinan; tal es el caso del mejoramiento y la calidad de los tratamientos médicos los cuales han intervenido de manera trascendental, en dicha evolución, generando expectativa de vida en las diversas patologías (2).

Esta evolución de la medicina, conlleva a considerar su evolución histórica, donde algunos autores afirman que sus inicios se remontan a la época de la prehistoria, cuando tribus indígenas ya realizaban procedimientos quirúrgicos como amputaciones, cistotomías, ablación de cataratas y trepanaciones de cráneos, entre otros. Pero su punto de culminación estuvo marcado hace aproximadamente más de 150 años con el descubrimiento de la anestesia y la posterior aparición del uso de antibióticos (3).

En la década de 1950, fue denominada “*incisionless*”, experimentando cambios significativos y revolucionarios, innegables durante las últimas cinco décadas, marcadas profundamente por el acceso a la tecnología en el ámbito del diagnóstico e instrumentales quirúrgicos, que han permitido el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas con abordajes mínimamente invasivos (4).

Más tarde; en la década de los ochenta, según la revista Mayo Clinic. (2024), refiere que surge como una manera segura de satisfacer las necesidades quirúrgicas de muchas personas. Los cirujanos comenzaron a preferir este tipo de incisión. Desde entonces, el uso de la técnica de mínima incisión se expandió en gran medida en muchas áreas quirúrgicas, dando origen a nueva técnica que se realiza por medio de incisiones pequeñas y pocos puntos de sutura. Durante una cirugía mínimamente invasiva, se hace una o más incisiones pequeñas en el paciente denominada técnica de MIS. Esta comprende un proceso quirúrgico en el cual el tamaño de las incisiones es muy pequeño, ubicado entre 0,5 a 1,5 cm garantizando un mejor resultado estético.

De ahí su relación al término mínimamente invasivo (atraumático o incruento); que se puede aplicar para exéresis de lesiones de piel y partes blandas (lipomas, granulomas, nódulos, neuromas, quiste sebáceos, entre otros). En este tipo de técnica de incisión mínima, ha sido descrito un conjunto de técnicas diagnósticas y terapéuticas que utilizan vías naturales o mínimos abordajes para acceder y actuar quirúrgicamente en diferentes regiones anatómicas; los cirujanos emplean diferentes métodos para operar con menos trauma que una incisión amplia.

PROCESO CLÍNICO

La clínica hace referencia a aquellos datos sugestivos de enfermedad obtenidos mediante el interrogatorio y el examen físico que se da en el transcurso de la relación médico-paciente. El propósito es sintetizar los retos y dilemas que deberán considerar para el abordaje clínico del paciente, y con ello complementar la visión del incuestionable papel de la clínica en el diagnóstico médico (5).

En este sentido, las manifestaciones clínicas, comprenden los síntomas y los signos, que expresan los procesos patológicos en el organismo humano, o sea, las lesiones de piel y partes blandas como lo son lipomas, adenopatías, quistes sebáceos, epiteliales, queratinicos y epidermoides. Todas estas manifestaciones, en unión a cualquier otra información de importancia para el diagnóstico de una enfermedad (como puede ser la edad, el sexo, la raza, la ocupación, el estilo de vida), conforman la llamada historia clínica del paciente. (6)

A tales efectos, la técnica de incisión mínima, es de menor agresividad posible para la piel y las partes blandas que se asocia con menos dolor, siendo un procedimiento ambulatorio y menos complicaciones e inclusive es descrita como método de incisión simple cuyo abordaje puede realizarse en el consultorio o en la sala de procedimientos menores con anestesia local (7).

En cuanto a los exámenes complementarios con frecuencia son útiles para hacer el diagnóstico de una enfermedad, por lo tanto; para realizar este procedimiento se solicita hematología completa, tiempos de coagulación, y serología VDRL y HIV. (7).

MATERIAL Y MÉTODOS

En relación a la descripción de los materiales, para realizar la identificación de la lesión con un marcador de piel, asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, infiltración de anestesia local (lidocaína al 1% más adrenalina), incisión en la piel de 0,5 a 1,5 cm en lesiones benignas, utilizando hojilla de bisturí número 15 para incisión de piel, disección con pinzas de Crile, constatación de hallazgos, exéresis de la misma, con cureta de Novak para morcelar la lesión y poder

extraerla de manera segura, hemostasia cuidadosa, cierre por planos y cura final (5).



Figura 1. Marcación con tinta indeleble del lipoma en región de hombro derecho.

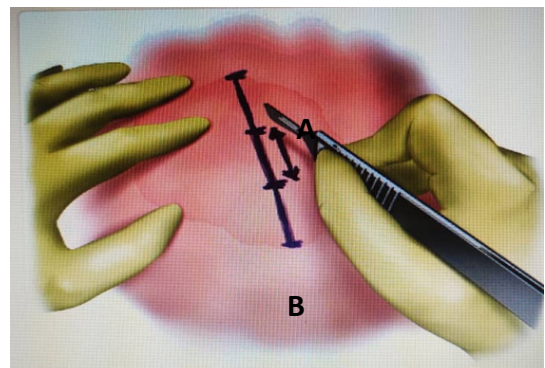


Figura 2. A: Incisión según técnica MIS. B: incisión amplia tradicional.

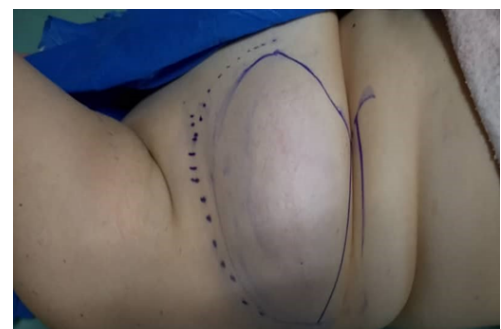


Figura 3. Marcación de lipoma de 10 x 8 cm en región torácica superior derecha

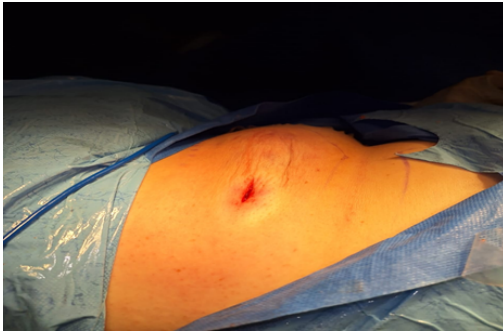


Figura 4. Incisión según técnica de MIS.

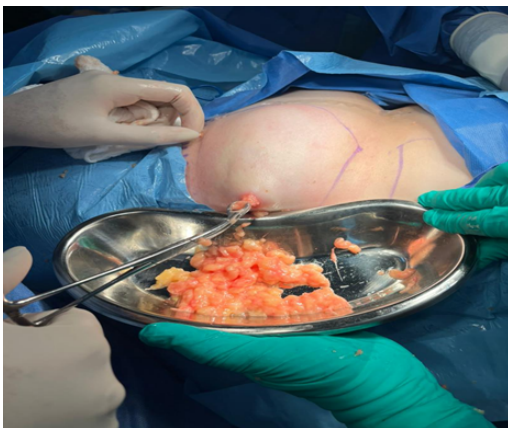


Figura 5. Exéresis de lipoma en región torácica superior derecha a través de la mínima incisión con pinza de aro y cureta de Novak. (misma paciente de figura 4).



Figura 6. Postoperatorio inmediato de Exéresis de Lipoma en región torácica superior derecha según técnica de MIS. (paciente figura 4)



Figura 7. Resultado final (cicatriz) con tecnica de MIS

DISCUSIÓN

En la práctica profesional es frecuente que el paciente plantee preguntas en la consulta preoperatoria sobre la estética, específicamente al tamaño resultante de la cicatriz, además de la desaparición del dolor y de la limitación funcional resultante. Parece que el objetivo de la mínima incisión es más un propósito del cirujano que del paciente (8).

En ese sentido, se debe tener presente, que la forma y el tiempo en el que una determinada lesión de partes blandas se restablece y cicatriza es producto de la propia idiosincrasia de la misma y de la solvencia en su tratamiento, la mayor parte de las veces es totalmente independiente del tamaño de la vía por la que se practique (9).

Por lo tanto; el cirujano está obligado a mantener una actitud crítica y analizar las técnicas disponibles, las posibles ventajas e inconvenientes de los métodos sobre otros. Solo así puede ofrecerse al paciente, la mejor opción de tratamiento con una base racional en la cual apoyarse. Vamos a revisar las diferentes técnicas mínimamente invasivas, existentes y propuestas, a pesar de su universalización y el entusiasmo que suscitan, igual que otros procedimientos, debe ser razonado su uso (10).

En cuanto a las ventajas, esta técnica es más favorecida para los cirujanos en relación a las incisiones de mayor tamaño, porque permitirá a través de una mínima



incisión, utilizando instrumentación simple, por lo tanto, se puede resumir las ventajas de la siguiente manera: (14).

- **Menor Invasión:** Las incisiones pequeñas reducen significativamente el daño a los tejidos circundantes, lo que resulta en una recuperación más rápida y menos dolor postoperatorio.
- **Recuperación Rápida:** Los pacientes pueden caminar inmediatamente después de la cirugía. La mayoría regresa a sus actividades cotidianas en poco tiempo, aunque deben evitar la actividad física intensa durante uno o dos meses.
- **Riesgo Reducido:** Al utilizar anestesia local, se evitan los riesgos asociados con la anestesia general.
- **Estancia Ambulatoria:** La cirugía se realiza de manera ambulatoria permitiendo al paciente regresar a casa el mismo día.
- **Resultados Estéticos:** Las pequeñas incisiones dejan cicatrices mínimas, lo que es estéticamente beneficioso para el paciente.
- **Alta Eficacia:** La cirugía de mínima incisión tiene una alta tasa de éxito, con más del 80% de los pacientes satisfechos.

La cirugía abierta, tiene una serie de limitaciones y desventajas: necesita incisiones más amplias, habitualmente >5 cm y depende de la lesión a tratar; mientras más amplia la incisión mejor visibilidad, pero mayor riesgo de infección, especialmente en pacientes con sobrepeso, hematomas, mayor dolor postoperatorio, mayor tiempo de reposo y de recuperación más lenta con relación a una cirugía de invasión mínima.

Es de hacer notar que en la actualidad, en el Hospital Carlos J. Bello, Cruz Roja Venezolana en Caracas, se ha venido aplicando la técnica de mínima incisión en el servicio de cirugía general, donde hasta el momento se han atendido a (43) cuarenta y tres pacientes, de los cuales 23 (veintitrés) son femeninos y 20 (veinte) masculinos, durante un período de (3) tres años, respetando los criterios de inclusión importantes tales como reporte de biopsia para lesiones benigna,

sin adherencia a planos profundos, sin adherencia a vasos de gran calibre, aplicando anestesia local y cirugía ambulatoria, alcanzando resultados altamente satisfactorios por lo cual, el alta ha sido de manera inmediata.

CONCLUSIÓN

En el sector de la salud, estar actualizado es esencial para brindar un servicio de calidad a los pacientes. La salud y la tecnología están en constante evolución, por lo tanto, es fundamental que como profesionales de esta área deben estar al día con las últimas investigaciones, técnicas, tratamientos y herramientas disponibles. Es de hacer notar que la tecnología ha tenido un rol muy significativo en el área de la medicina ya que avanza profundamente hacia la inteligencia artificial, por ello los prestadores de servicio en el área de salud, debemos estar comprometidos con los avances.

En el área de cirugía, han surgido muchos avances como es el caso de mínima incisión la cual ofrece numerosas ventajas, incluyendo una recuperación rápida, menos dolor y mejores resultados estéticos. Es una opción altamente efectiva para tratar diversas lesiones. En general, la cirugía con la técnica de MIS se asocia con menos dolor, una hospitalización más corta y menos complicaciones, siendo un ejemplo de ella la colelap.

En la literatura médica venezolana revisada para la elaboración del presente artículo no hemos encontrado ninguna publicación al respecto. Aun así; existe la experiencia ya que en el Hospital Carlos J. Bello, Cruz Roja Venezolana, se ha puesto en práctica en 43 pacientes de manera satisfactoria, donde a través de este artículo se expresan detalles del éxito obtenido.



REFERENCIAS

1. Mayo Clinic. (2024). Cirugía mínimamente invasiva. <https://www.mayoclinic.org/about/pac-20384771>. (Consultada octubre 28-2024).
2. Aguilar Beltrán J. Yatrogenias. Tratamiento quirúrgico por mínima incisión. 2023
3. HindleKs and HindleSj. A History of Surgery. J. R Soc Med. 2001 Aug; 94(8): 423.



4. Kelley WE Jr 1. The evolution of laparoscopy and the revolution in surgery in the decade of the 1990s. *JLS*. 2008 Oct-Dec; 12(4): 352-7.
5. Vásquez Álvarez, A; Gómez Fernández, M. Sanmartín Fernández, M. papel de enfermería en el laboratorio de hemodinámica. *Cateterismo cardiaco diagnostico 2022*. En: bravo Amaro.
6. Nieto, E. Artroplastia STOE. I Congreso Nacional de la AACP. Arnedillo, 2000.
7. T.P. Sculco, L. Jordan. (2004). The mini-incision approach to total hip arthroplasty. *Instr Course Lect*.
8. R. Grimer, I. Judson, D. Peake, B. Seddon (20210). Pautas para el tratamiento de los sarcomas de tejidos blandos. *Sarcoma*. Pág. 50.
9. Nieto, E. Cirugía MIS del Hallux Valgus Medio. *Technical Reverdin- Isham*. REP 2003.
10. Mohiuddin, K. Swanson J. (2013). Maximizar el beneficio de la cirugía mínimamente invasiva *J. Surg Oncol*. 2013 Oct;108(5):315-9.
11. Hansen SL. Skin and subcutaneo tissue. In: brunicardi FC, editor. *Schwartz; principios of surgery 8th edition*. New York: Mcgraw-Hill Professional; 2004.
12. Zuber TJ. Minimal excision technique for epidermoid (sebaceous) cysts. *Am fam Physician* 2002.
13. Asociación Española de Cirugía Mínima incisión de Pie. *AEMIS*. 2024. Octubre.
14. Teatino Peña, J.A. Técnicas MIS en cirugía digital. En: I Seminario Monográfico de Cirugía de Mínima Incisión. Bilbao; 2003.

CARCINOMAS MUCINOSOS DE OVARIO FACTORES PRONÓSTICOS. PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Dres. Katherine Perroni¹, Miguel Briceño².

¹Residente de Cirugía General, Hospital Carlos J Bello, Cruz Roja Venezolana. ²Especialista en Cirugía General, Adjunto del servicio de Cirugía General, Hospital Carlos J Bello, Cruz Roja Venezolana.

E-mail: drakatherineperroni@gmail.com

RESUMEN: Los tumores ováricos de origen epitelial son los más frecuentes, cuyo comportamiento biológico varía en función del tipo histológico, siendo el carcinoma mucinoso el más letal. Caso clínico: se trata de paciente femenina quien consultó por aumento de volumen abdominal. con antecedente de quiste gigante de ovario izquierdo. Al examen físico se evidenció abdomen globoso, a expensas de líquido ascítico con lesión ocupante de espacio en fosa iliaca derecha. Se constató alteración del CA-125 y CA19-9, El ultrasonido transvaginal sugirió probable quiste ovárico hemorrágico; la resonancia magnética precisó masa anexial derecha heterogénea, con componente sólido y quístico y líquido libre. Se realizó laparotomía exploradora, encontrando líquido ascítico y tumor de ovario derecho de 20 x 18 cm. El corte congelado fue negativo; la biopsia definitiva informó carcinoma mucinoso de probable origen ovárico. Durante el acto quirúrgico se realiza Ooforosalingectomía izquierda y cuña de ovario derecho, con corte congelado negativo para malignidad. El reporte histopatológico concluyó un tumor de células esteroideas NOS, confirmado por la inmunohistoquímica. En el postoperatorio tardío presentó disnea y lumbalgia, el servicio de Neurocirugía solicitó resonancia magnética y gammagrama óseo, que reveló infiltración ósea múltiple de tipo mixto, a predominio de esqueleto axial, con posterior exitus letalis. Clínicamente, el carcinoma mucinoso de ovario se presenta como una lesión de más de 10 cm, frecuente en mujeres entre 20 – 40 años. Los factores pronósticos incluyen la etapa de detección, el tamaño tumoral residual luego de la cirugía primaria, el patrón de crecimiento del tumor y el grado histológico. **RCM 2025. 64;159(1): 21-26.**

Palabras claves: carcinoma mucinoso, cáncer de ovario, tumor de ovario, factores pronósticos.

OVARY MUCINOUS CARCINOMAS PROGNOSTIC FACTORS FOR CASE PRESENTATION AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The ovarian tumors of epithelial origin are the most frequent, whose biological behavior varies according with the histological type, with mucinous carcinoma being the most lethal. Clinical case: is about a female patient who consulted for abdominal volume enlargement with a history of a giant left ovarian cyst. Physical examination revealed a globose abdomen, at the expense of ascitic fluid with a space-occupying lesion in the right iliac fossa. Alterations in CA-125 and CA19-9 were noted. The transvaginal ultrasound suggested a probable hemorrhagic ovarian cyst; the magnetic resonance imaging revealed a heterogeneous right adnexal mass, with a solid and cystic component and free fluid. Exploratory laparotomy was performed, finding ascitic fluid and a right ovarian tumor measuring 20 x 18 cm. The frozen section was negative; the definitive biopsy reported mucinous carcinoma of probable ovarian origin. During the surgical act are carry out a left oophorosalingectomy and a right ovarian wedge with a frozen section negative for malignancy. The histopathological report concluded a steroid cell tumor NOS, confirmed by immunohistochemistry. In the late postoperative period, the patient presented dyspnea and low back pain. The Neurosurgery service requested magnetic resonance imaging and bone scintigraphy, which revealed multiple bone infiltration of a mixed type, predominant of the axial skeleton, with subsequent death. Clinically, the mucinous ovarian carcinoma presented as a lesion of more than 10 cm, frequent in women between 20 and 40 years old. The prognostic factors include the stage of detection, the residual tumor size after the primary surgery, the tumor growth pattern and the histological grade. **RCM 2025. 64;159(1): 21-26.**

Key words: mucinous carcinoma, ovarian cancer, ovarian tumor, prognostic factors.



INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario es una de las principales causas de muerte por patología maligna en el sexo femenino, llegando a condicionar aproximadamente 185.000 muertes cada año (1); los tumores ováricos de origen epitelial son las neoplasias más frecuentes en este órgano y se presentan en mujeres en edad reproductiva, cuyo comportamiento biológico varía en función del tipo histológico (2,3). De estos, el carcinoma mucinoso es considerado el tumor maligno ginecológico más letal (4,5).

Se trata de un tipo de cáncer poco común (1,3,6,7); anteriormente se consideró que esta neoplasia ocupaba el 10% de los diagnósticos de cáncer de ovario. En la actualidad, se sabe que gran porcentaje de los casos se corresponden con metástasis de localizaciones extra ováricas, más habitualmente del tracto gastrointestinal (1,3); datos más recientes indican que comprende entre 3% - 5% de los carcinomas epiteliales de ovario (7-9). La detección del 65 al 80 % de pacientes con carcinoma mucinoso de ovario se da en etapa clínica temprana, lo que lleva a favorables resultados clínicos a largo plazo. Sin embargo, en etapas avanzadas conlleva un mal desenlace (1,4,5).

Los tumores mucinosos de ovario representan una minoría dentro de la patología maligna ovárica, pero el comportamiento clínico y pronóstico demuestra que difiere de manera significativa respecto a otros tipos histológicos (3). Pese a los avances en el diagnóstico y manejo del cáncer de ovario, aún existen lagunas en la comprensión de la presentación clínica y los factores pronósticos específicos que inciden en los resultados clínicos de este subtipo en particular. A continuación, se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de carcinoma mucinoso de ovario.

CASO CLÍNICO

Se presenta caso de paciente femenina de 28 años, con antecedente de quiste gigante de ovario izquierdo que condujo a laparotomía ginecológica más ooforosalingectomía izquierda y cuña de tejido ovárico derecho, con corte congelado negativo para malignidad. El estudio histopatológico reportó tumor de células

esteroideas NOS, el cual fue confirmado mediante estudio de inmunohistoquímica; quien consultó por presentar aumento de volumen abdominal, motivo por el cual acude a valoración por el servicio de Cirugía General.

Al examen físico luce en buenas condiciones generales. Cardiopulmonar, ruidos respiratorios disminuidos en ambas bases pulmonares. Abdomen globoso, a expensas de líquido ascítico, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, se palpa lesión ocupante de espacio en fosa iliaca derecha, de bordes regulares, levemente doloroso a la palpación superficial. Genitales externos sin alteraciones, cérvix lateralizado a la izquierda, parametrios libres. Resto de la exploración física sin alteraciones.

Los exámenes de laboratorio revelan anemia (hemoglobina 11,4 g/dL), elevación de PCR (5,30 mg/dL), alteración de marcadores tumorales CA-125 (38,5 U/mL), CA19-9 (3012 U/mL), CEA y LDH normales (3,17 ng/mL y 204 U/mL, respectivamente). El estudio citológico de cuello uterino reportó inflamatorio bacteriano leve, flora bacteriana bacilar, escaso exudado inflamatorio y células de metaplasia malpighiana. El ultrasonido pélvico transvaginal informó imagen hipoecoica de paredes hiperecogénicas y septos internos, sin franca vascularidad periférica, la cual puede corresponder con quiste ovárico hemorrágico con tractos de fibrina. Otra imagen anecoica de probable etiología funcional. Ausencia de líquido libre en excavación pélvica. La resonancia de abdomen y pelvis reveló útero aumentado de tamaño, sin imágenes focales en su interior, lateralizado a la izquierda por masa anexial derecha heterogénea, con componente sólido y quístico de 7,6 x 13,9 mm, con realce posterior a la administración de contraste endovenoso. Líquido libre peritumoral, correderas parietocólicas, periesplénico, perihepático y en excavación pélvica. Engrosamiento mucoso concéntrico de colon sigmoides, en continuidad con masa anexial (Figura 1). La videocolonoscopia informó ausencia de lesiones.

Se realiza laparotomía exploradora evidenciando 2200 cc de líquido ascítico, citrino, sin evidencia de implantes en la cavidad, tumor de ovario derecho de 20 x 18 cm (Figura 2), interligamentario con adherencias



Figura 1. Resonancia magnética de abdomen y pelvis

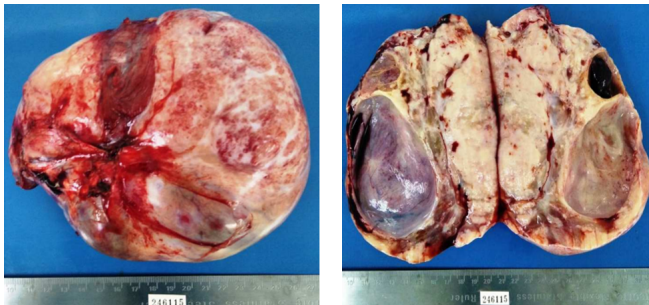


Figura 2. Pieza quirúrgica.

firmes a vejiga, trompa uterina y epiplón. Se practicó ooforosalingectomía derecha, omentectomía parcial y toma de líquido ascítico, el corte congelado revelo Tu de los cordones sexuales: probable fibrotecoma ovárico. La biopsia definitiva fue informada: espécimen quirúrgico de 13,5 x 11,5 x 10,5 cm, multinodular, con áreas

quisticas y sólidas, tipo histológico adenocarcinoma mucinoso de ovario derecho grado 2, con formación de glándulas 2/3, conteo mitótico 2/3 y atipia nuclear 2/3, con infiltración a trompa uterina. Líquido peritoneal positivo para malignidad, invasión angiolímfática presente, con embolismo a los linfáticos de la trompa uterina. Estudio inmunohistoquímico compatible con carcinoma mucinoso de probable origen ovárico.

En el postoperatorio tardío, la paciente consultó por disnea a moderados esfuerzos, disuria y lumbalgia incapacitante, evidenciado taquipnea y taquicardia, por lo que es reingresada y se solicita valoración por servicio de Neurocirugía, quienes solicitan resonancia magnética de columna lumbar que informó disartrosis L5-S1 con compromiso foraminal bilateral y gammagrama óseo cuerpo entero que reveló infiltración ósea múltiple de tipo mixto (blástica y lítica) a predominio de esqueleto axial (Metástasis).

DISCUSIÓN

El carcinoma mucinoso de ovario es una entidad diferente al resto de neoplasias epiteliales, mostrando historia natural, perfil molecular, quimiosensibilidad y pronóstico diferentes (5). Se trata del subtipo histológico más prevalente en mujeres con edad inferior a 40 años (5), lo que concuerda con la edad de la paciente estudiada. El carcinoma mucinoso de ovario primario verdadero es una neoplasia poco común y simboliza el 5% de los diagnósticos de carcinoma de ovario (1), lo que deja al descubierto el carácter peculiar del caso clínico acá tratado.

Babaier *et al.* (5) destacan que el diagnóstico del carcinoma mucinoso primario de ovario demanda la evaluación patológica minuciosa, puesto que histológicamente es similar a otras neoplasias. Por tanto, se acepta que el reconocimiento apropiado de las características microscópicas de la lesión y la adecuada comprensión del perfil inmunohistoquímico son esenciales para establecer el acertado diagnóstico definitivo, lo que deriva en la instauración del tratamiento adecuado y un mejor pronóstico. Cheng *et al.* (10) mencionan que la tasa de diagnóstico de cáncer de ovario inesperado varía de 11 al 19% después de la cirugía primaria.



El carcinoma mucinoso primario de ovario afecta al 5% de las pacientes con carcinoma de ovario (1). Hada *et al.* (4) indican que la incidencia a escala mundial oscila entre 3 al 11 %. En Venezuela, Perdomo (2) analizó 113 biopsias de tumores mucinosos de ovario, encontrando que el 16 % de estos eran carcinoma. Más tarde, Díaz *et al.* (11) reportan que, en una serie de 247 pacientes con tumor de ovario, el 34,82 % era maligno, el 88,37 % de estos fueron de origen epitelial, y el subtipo histológico mucinoso concentró el 5,26 %.

El cáncer mucinoso de ovario es clasificado en estadio temprano y avanzado; el primero es de buen pronóstico, siendo resueltos en su mayoría con tratamiento quirúrgico, no obstante, algunos casos pueden experimentar recaída y mostrar comportamiento agresivo. En cambio, el carcinoma mucinoso avanzado se caracteriza por tener mal pronóstico (3).

Borella *et al.* (3) y Nasioudis *et al.* (12), afirman que ciertos algoritmos clínicos fundamentados en el tamaño de la lesión y la lateralidad han demostrado tener adecuada sensibilidad en la predicción del origen primario de la neoplasia, los cuales suelen presentarse como lesiones unilaterales, de >10 cm, en mujeres con edad comprendida entre 20 – 40 años, salvo la primera de estas manifestaciones, el resto se corresponden con el caso clínico que fue presentado anteriormente.

En Tailandia, Lertkhachonsuk *et al.* (13) describen que el carcinoma mucinoso de ovario se presenta ecográficamente como una gran masa ovárica, uniloculada o multiloculada, con presencia de líquido ascítico, a diferencia del caso que nos compete. Por otro lado, estos autores destacan que, de los marcadores tumorales, el CA-125 se muestra como el mejor predictor de malignidad, la elevación preoperatoria de este paraclínico, el CA19-9, CEA, y el tamaño tumoral son predictores de patología neoplásica. En este caso se observó elevación del CA-125 y CA19-9, mientras que el CEA se mantuvo en valores normales.

En relación con el perfil inmunohistoquímico típico, el carcinoma mucinoso primario de ovario muestra expresión del receptor de citoqueratina 7 (3), tal como se evidenció en nuestra paciente. Mientras que se presenta de forma variable en relación con el receptor de estrógenos y el receptor de progesterona (3), en

este caso el reporte fue inmunomarcaje negativo en células neoplásicas.

El carcinoma mucinoso de ovario ostenta elevados niveles de quimiorresistencia intrínseca (1,3). A pesar de la limitada disponibilidad de datos de la respuesta que muestra a la quimioterapia de primera línea que se basa en la administración de platino, datos retrospectivos revelan que, en etapas avanzadas de la enfermedad, la tasa de respuesta oscila entre 26 al 42% (1). Nasioudis *et al.* (12), efectuaron un estudio multicéntrico en Estados Unidos. Fueron estudiados 1509 pacientes con carcinoma mucinoso de ovario avanzado; encontraron que la administración de quimioterapia se relaciona con mejor supervivencia global ($p < 0,001$).

Es por ello que la cirugía aun en la actualidad se erige como el pilar del tratamiento del carcinoma mucinoso de ovario, la cirugía conservadora de fertilidad puede practicarse en aquellas mujeres que desean quedar embarazadas y tienen bajo riesgo de recurrencia. La quimioterapia se reserva para casos en los que las características clínico-patológicas así lo dictaminen (3).

A diferencia de lo documentado en este caso, el 80% de las pacientes son diagnosticadas en etapa 1, siendo la detección temprana uno de los factores pronósticos más importantes de la enfermedad (3,5). Según datos aportados por Hollis *et al.* (1), la media de tiempo hasta la recaída es de 12,4 meses, lo cual se corresponde con lo observado en la paciente aquí tratada, en quien se detectó recaída 15 meses después de la primera laparotomía.

En palabras de Nugawela *et al.* (7), la media de tiempo de supervivencia en pacientes con enfermedad estadio III – IV es inferior a 15 meses. Mientras que la media de supervivencia posterior a la recaída se ubica en 5,0 meses (1), en esta investigación la supervivencia fue de poco más de un mes.

Si bien las pacientes con carcinoma mucinoso de ovario suelen tener favorable supervivencia, los casos en los que se produce recurrencia tienen pronóstico extremadamente sombrío (1), tal como en el caso que nos ocupa. Es por ello que diversos autores han procurado identificar los factores pronósticos de carcinomas mucinosos de ovario. Hada *et al.* (4) afirman que la etapa del sistema de la International



Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), el tamaño tumoral residual posterior a la cirugía primaria y el patrón invasivo del tumor son determinantes del pronóstico de la enfermedad.

En correspondencia con tales argumentos, Borella *et al.* (3) sentencian que el sistema de estadificación de la FIGO sigue siendo el principal factor pronóstico en estos pacientes, y puntualizan que la tasa de supervivencia libre de enfermedad a los 5 años es de 98% para el estadio I, en contraste con el 35% y 14% para los estadios II a IV.

El principal factor histopatológico pronóstico parece estar representado por el patrón de crecimiento del tumor, bien sea expansivo o invasivo (3,14). Borella *et al.* postulan que, de las características histológicas del tumor, el patrón de crecimiento infiltrante es el principal factor pronóstico; según el reporte de Won Lee (9) en Corea, un grupo de 144 pacientes exhibió peor pronóstico a mayor patrón invasivo infiltrante ($p < 0,001$).

De acuerdo con la literatura, el subtipo infiltrante presenta mayor tasa de recurrencia local y a distancia, con diseminación peritoneal y afectación de linfáticos, determinando peores resultados de supervivencia (3). Genestie *et al.* (14) precisan que el 40 al 60% de estos casos son identificados en etapa avanzada con ganglios linfáticos positivos en el 17 al 30%; asemejándose al comportamiento demostrado por la neoplasia estudiada, en la cual se observó infiltración a trompa uterina e invasión vascular y linfática. Por el contrario, el subtipo expansivo es detectado en etapa I; tiene menor potencial metastásico y baja tasa de recurrencia (3,14).

Un estudio japonés analizó retrospectivamente 49 pacientes, 25 de estos casos con invasión infiltrativa y 24 con invasión expansiva. Los hallazgos denotan que el patrón de invasión infiltrativa se relaciona estadísticamente con peor supervivencia libre de progresión ($p < 0,01$) y supervivencia global ($p < 0,01$). Desde el punto de vista histiquímico, la positividad para citoqueratina 5/6 ($p < 0,01$) y el receptor del factor de crecimiento epitelial ($p < 0,01$) se relacionaron estadísticamente con la invasión infiltrativa. A la vez, el tumor positivo para el receptor del factor de crecimiento epitelial, tuvo peor supervivencia libre de

progresión ($p < 0,01$) y supervivencia global ($p < 0,02$).

Sin embargo, el valor pronóstico del grado histológico y el sistema de clasificación a emplear (Organización Mundial de la Salud versus Silverberg) son motivo de debate (3). En algunas series, los grados 2 y 3 de la enfermedad se encuentran asociados de forma significativa con la recaída ($p < 0,001$) (1). En nuestra paciente el estudio anatomopatológico indicó que se trataba de un proceso neoplásico grado 2.

Hollis *et al.* (1) analizaron una cohorte de 151 pacientes con diagnóstico de carcinoma mucinoso de ovario, la mediana de seguimiento fue de 5,7 años, el 17,8% experimentó recaída o progresión de la enfermedad, la supervivencia específica de la enfermedad fue de 85,1% a los 5 años y 82,6% a los 10 años, mientras que la supervivencia libre de progresión a los 5 y 10 años fue de 52,8% y 78,1% respectivamente, siendo pertinente mencionar que la mayor parte de las pacientes fueron diagnosticadas en estadio I de la enfermedad, el 62,4% fueron grado 1. En el 98,7% de los casos se realizó cirugía citorrreductora. El estadio según el sistema FIGO ($p < 0,001$), grado de la enfermedad ($p < 0,001$), estado de la enfermedad residual ($p < 0,001$) y la edad al momento de la detección ($p = 0,049$), se asocian de manera significativa con la supervivencia. Por su lado, Craig *et al.* (8) sugieren que la total resección del carcinoma mucinoso garantiza buen pronóstico, con tasa de supervivencia a los 5 años superior a 90%.

CONCLUSIÓN

El carcinoma mucinoso de ovario es una neoplasia de origen epitelial poco común, que muestra un perfil clínico, histopatológico e inmunohistoquímico peculiar. La quimiorresistencia intrínseca que les caracteriza, son factores que hacen que la cirugía sea el mejor tratamiento. Además, este tumor es histológicamente similar a otras lesiones, por lo que la identificación adecuada de las características microscópicas y el entendimiento del perfil inmunohistoquímico son fundamentales para determinar el diagnóstico definitivo correcto, lo que se traduce en un pronóstico más favorable.

La comprensión de la presentación clínica y factores






pronósticos del carcinoma mucinoso de ovario es fundamental para mejorar el tratamiento y los resultados alcanzados en las pacientes, y para identificar aquellos casos con riesgo incrementado de recaída. Esta revisión ha permitido esclarecer que, clínicamente, el carcinoma mucinoso de ovario se presenta como una lesión de más de 10 cm y de afectación unilateral, en mujeres entre la tercera y quinta década de la vida. Dentro de los factores pronósticos reconocidos en la literatura se encuentran la etapa de detección, el tamaño tumoral residual luego de la cirugía primaria, el patrón de crecimiento del tumor y el grado histológico.

Pese al progreso tecnológico que ha propiciado significativos avances en el sector de la salud, el diagnóstico del carcinoma mucinoso de ovario sigue siendo un reto para el equipo quirúrgico. Se considera fundamental que el cirujano mantenga un elevado nivel de sospecha para realizar el diagnóstico preciso y oportuno, brindando de esta manera el mejor tratamiento a la paciente que derive en menor morbi-mortalidad.

REFERENCIAS

- Hollis R, Stillie L, Hopkins S, Bartos C, Churchman M, Rye T, *et al.* Clinicopathological determinants of recurrence risk and survival in mucinous ovarian carcinoma. *Cancers* [Internet]. 2021;13(22):1-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8616033/>
- Perdomo A. Tumores mucinosos del ovario. Estudio clínico-patológico [Internet] [Trabajo Especial de Grado]. Universidad Central de Venezuela; 2014. Disponible en: http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/17526/1/ana%20perdomo_finalpublicacion.pdf
- Borella F, Mitidieri M, Cosma S, Benedetto C, Bertero L, Fucina S, *et al.* Update on prognostic and predictive markers in mucinous ovarian cancer. *Cancers* [Internet]. 2023;15(4):1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9954175/>
- Hada T, Miyamoto M, Ishibashi H, Matsuura H, Sakamoto T, Kakimoto S, *et al.* Survival and biomarker analysis for ovarian mucinous carcinoma according to invasive patterns: retrospective analysis and review literature. *J Ovarian Res* [Internet]. 2021;14(33):1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7883414/>
- Babaier A, Ghatage P. Mucinous Cancer of the Ovary: Overview and Current Status. *Diagnostics* [Internet]. 2020;10(1):1-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7168201/>
- Simons M, Simmer F, Bulten J, Ligtenberg M, Hollema H, van Vliet S, *et al.* Two types of primary mucinous ovarian tumors can be distinguished based on their origin. *Modern Pathology* [Internet]. 2020;33(4):722-33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0893395222008973>
- Nugawela D, Gorringer K. Targeted therapy for mucinous ovarian carcinoma: evidence from clinical trials. *Int J Gynecol Cancer* [Internet]. 2023;33(1):102-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9811085/>
- Craig O, Salazar C, Gorringer K. Options for the treatment of mucinous ovarian carcinoma. *Current treatment options in oncology* [Internet]. 12:2021. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1WEPaor-QL4Jiz-HZB9fipJwScApCf-Vo/view>
- won Lee L, Sung J, Jung M, Kim H, Lee C. Prognosis in primary mucinous ovarian carcinoma: focusing on the five pathological findings indicating metastatic mucinous carcinoma to the ovary. *J Gynecol Oncol* [Internet]. 2022;33(2):1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8899875/>
- Cheng C, Hsu H, Tai Y, Chiang Y, Chen Y, Cheng W. Outcome and prognostic factors of unexpected ovarian carcinomas. *Cancer Med* [Internet]. 2023;12(6):6466-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10067121/>
- Díaz L, Omaña D, Zambrano B, Santos M. Utilidad del recuento de plaquetas en el diagnóstico del cáncer de ovario. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2021;81(4):354-64. Disponible en: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2022/04/8AUtilidad.pdf>
- Nasioudis D, Albright B, Ko E, Haggerty A, Giuntoli R, Burger R, *et al.* Advanced stage primary mucinous ovarian carcinoma. Where do we stand? *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 301(1047-1054):2020.
- Lertkhachonsuk A, Buranawongtrakoon S, Lekskul N, Rermluk K, Wee-Stekly W, Charakorn C. Serum CA19-9, CA-125 and CEA as tumor markers for mucinous ovarian tumors. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* [Internet]. 2020;46(11):2287-91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7693209/>
- Genestie C, Auguste A, Al Battal M, Scoazec J, Gouy S, Lacroix L, *et al.* Histological classification of mucinous ovarian tumors: inter-observer reproducibility, clinical relevance, and role of genetic biomarkers. *Virchows Archiv*. 2021;478.

MANEJO DE EVENTRACIÓN CON PÉRDIDA DE DOMICILIO POR TÉCNICA DE GOÑI MORENO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Dres. Delgado, Franyer¹, Brewer, Thomas², Terán, Francisco³.

¹Residente de Cirugía General, Hospital Carlos J. Bello Cruz Roja Venezolana. ²Residente de Cirugía General, Hospital Carlos J. Bello Cruz Roja Venezolana. ³Especialista en Cirugía General Jefe de Servicio de Cirugía General, Hospital Carlos J. Bello.
E-mail: Franyerjdb@gmail.com

RESUMEN: La eventración se define como la protrusión del peritoneo parietal acompañado o no de vísceras a través de una cicatriz patológica en una herida quirúrgica o traumática, que afecta los planos músculo-fascio-aponeuróticos. El neumoperitoneo progresivo preoperatorio (NPP) es una técnica empleada en el manejo de eventraciones gigantes con el objetivo de facilitar la reparación quirúrgica y reducir las complicaciones asociadas. Consiste en la insuflación gradual de aire en la cavidad abdominal, a través de un catéter intraperitoneal, durante un periodo de tiempo determinado. Esta técnica permite la distensión gradual de la cavidad abdominal, lo que facilita la reducción del saco herniario y la reposición de las vísceras, disminuyendo así la tensión sobre las estructuras de la pared abdominal durante la cirugía. Al reducir la presión intraabdominal, se previene el desarrollo del síndrome compartimental abdominal, una complicación grave que puede llevar a insuficiencia respiratoria y disfunción multiorgánica. La colocación del catéter se realiza bajo guía ecográfica o tomográfica, y la insuflación se lleva a cabo con volúmenes diarios de aire que oscilan entre 500 y 1000 ml. Entre los beneficios adicionales del NPP se encuentran la elongación de los músculos de la pared abdominal, la lisis de adherencias intraabdominales y la mejora de la función diafragmática. **RCM 2025. 64;159(1): 27-31.**

Palabras claves: eventración, abdomen, neumoperitoneo progresivo, síndrome compartimental abdominal, insuflación, catéter intraperitoneal, cirugía de la pared abdominal.

EVENTRATION MANAGEMENT WITH LOSS OF DOMAIN USING THE GOÑI MORENO TECHNIQUE: CLINICAL CASE PRESENTATION

ABSTRACT: The Eventration is defined as the protrusion of the parietal peritoneum accompanied or not by viscera through a pathological scar in a surgical or traumatic wound which affects the fascia-aponeurotic--muscle plans. The preoperative progressive pneumoperitoneum (PPP) is a technique used in the management of giant eventrations with the aim of facilitating surgical repair and reducing associated complications. It consists in the gradual insufflation of air into the abdominal cavity through an intraperitoneal catheter over a determined period of time. This technique allows gradual distention of the abdominal cavity which facilitates the reduction of the hernial sac and the repositioning of the viscera thus reducing the tension on the structures of the abdominal wall during surgery. By reducing intra-abdominal pressure, the development of abdominal compartment syndrome, a serious complication that can lead to respiratory failure and multiple organ dysfunction, is prevented. The Catheter placement is performed under ultrasound or tomographic guidance and insufflation is carried out with daily air volumes in a range between 500 and 1000 ml. Additional benefits of PPP include the elongation of abdominal wall muscles, the lysis of intra-abdominal adhesions and the improvement of the diaphragmatic function. **RCM 2025. 64;159(1): 27-31.**

Key words: eventration, abdomen, progressive pneumoperitoneum, abdominal compartment syndrome, insufflation, intraperitoneal catheter, abdominal wall surgery.

INTRODUCCIÓN

La eventración, también conocida como hernia incisional, es una complicación postquirúrgica

caracterizada por la protrusión anormal del contenido intraabdominal a través de una cicatriz patológica en la pared abdominal. Se considera gigante o con pérdida de

domicilio cuando más del 50% del contenido abdominal permanece fuera de la cavidad [1,2]. Estos casos complejos requieren un manejo quirúrgico cuidadoso debido a las posibles complicaciones, como el síndrome compartimental abdominal, que puede ocasionar insuficiencia respiratoria aguda por el aumento de la presión intraabdominal [3].

El Neumoperitoneo progresivo preoperatorio, técnica propuesta por Goñi-Moreno en 1940, es una herramienta preoperatoria clave en la preparación de pacientes con eventraciones gigantes. Este procedimiento consiste en la insuflación gradual de aire en la cavidad abdominal, lo que permite la expansión de la cavidad y facilita la reducción del contenido herniario [2,3,4]. Esta técnica, ha demostrado ser efectiva en reducir complicaciones intraoperatorias, mejorar la función diafragmática y optimizar el manejo quirúrgico en estos pacientes [5].

En esta revisión de caso clínico, se analizará el manejo de una hernia gigante con pérdida de domicilio utilizando el NPP, con énfasis en los aspectos técnicos y beneficios observados. Se expondrán los principales hallazgos a partir de una revisión de la literatura, destacando los resultados obtenidos y las complicaciones prevenidas. Esta revisión incluye referencias a estudios clave que soportan la eficacia de estas técnicas en el tratamiento de las hernias de pared abdominal complejas.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente masculino de 58 años con antecedentes de laparotomía exploratoria por herida de arma de fuego hace 12 años. Consulta por un aumento progresivo de volumen abdominal en la línea media supra e infraumbilical, exacerbado por maniobras de Valsalva concomitante dolor EVA 7/10 en región descrita sin atenuantes. No tiene antecedentes médicos relevantes relacionados con su afección actual, aunque refiere un hábito tabáquico de 30 años (8 cigarrillos diarios).

En el examen físico, se observó un abdomen globoso debido a panículo adiposo, con una cicatriz hipertrófica e hipocrómica en la región supra e infraumbilical. A la palpación, se identificó un defecto aponeurótico de aproximadamente 15 x 10 cm (Figura 1), con un saco



Figura 1. Paciente en el cual se evidencia aumento de volumen abdominal con presencia de saco herniario de 15x10cm aproximadamente.

herniario irreductible de 30 cm, doloroso a la palpación profunda. El diagnóstico clínico se orientó hacia una eventración con pérdida de domicilio, confirmado posteriormente por tomografía computarizada (TC) abdominal (Figuras 2 y 3).

El caso fue asumido por el servicio de Cirugía General del Hospital Carlos J. Bello, Cruz Roja y se programa para resolución quirúrgica mediante una C.O de eventración



Figura 2. Tomografía computarizada en plano sagital que revela una solución de continuidad de la aponeurosis (flechas rojas) con eventración abdominal (flecha azul) de contenido de grasa y asas intestinales delgadas.

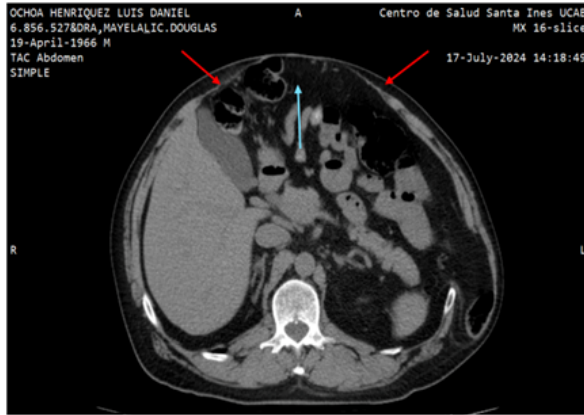


Figura 3. Tomografía computarizada en plano axial revela una solución de continuidad de la aponeurosis (flechas rojas) con eventración abdominal (flecha azul) de contenido de grasa y asas de intestino delgado.

con pérdida de domicilio con previa realización de NPP. Para iniciar el NPP se procedió a la colocación de un catéter de vía central 7fr bilumen 20 cm trazando una línea imaginaria desde espina iliaca antero-superior derecha hasta el ombligo, dividiendo en 3 partes iguales y procediendo a la inserción del catéter en 1/3 medio, fijado con puntos de sutura con Nylon 3-0 (Figura 4). Se inicia el NPP con 0,4 L de aire ambiente por 3 días, progresando a 0,6 en los siguientes 3 días, hasta



Figura 4. Paciente con eventración gigante posterior a la colocación del catéter bilumen

completar 1 L limitado por la tolerancia referida por el paciente hasta cumplir 16 días de insuflaciones.

En el día 16, se evidenció eritema periférico en el sitio de inserción del catéter (Figura 5), asociado a dolor a la palpación, diagnosticándose una infección de piel y partes blandas (IPPB). Se retiró el catéter y se inició tratamiento antibiótico con clindamicina 600 mg cada 12 horas durante 7 días, con evolución satisfactoria y reducción parcial del contenido herniario hacia la cavidad abdominal (Figura 6) así como mejoría significativa de la sintomatología dolorosa Escala Visual Analógica del Dolor 0/10. En espera de turno quirúrgico para resolución de la misma.

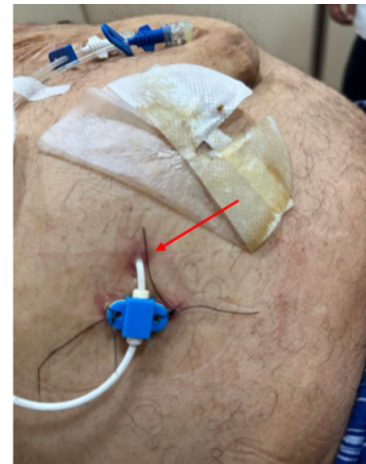


Figura 5. Cateter bilumen colocado en flanco derecho evidenciándose IPPB (flecha roja) punto de partida catéter venoso central



Figura 6. Paciente posterior a 16 días de NPP, donde se evidencia reducción satisfactoria del contenido abdominal.



DISCUSIÓN

Las eventraciones gigantes representan un desafío significativo en la práctica quirúrgica. Estas hernias, caracterizadas por defectos de la pared abdominal de gran tamaño, conllevan a una serie de complicaciones intraoperatorias [9] que aumentan considerablemente la morbilidad asociada a su reparación. La técnica del neumoperitoneo progresivo, es una herramienta valiosa para el manejo de dichos casos. Acorde a la definición de eventración gigante se define como la protrusión anormal del contenido intraabdominal a través de una cicatriz patológica en una herida quirúrgica o traumática [1,2,3]. En el caso descrito la protrusión correspondía a más del 50% del contenido abdominal posterior a procedimiento quirúrgico realizado por una herida por arma de fuego. Entendiendo la dificultad del manejo quirúrgico basado en ese diagnóstico se realizó la técnica de Goñi-Moreno [2,9,10], previo al acto quirúrgico iniciándose el tratamiento ambulatorio, posterior a la colocación de un catéter venoso central en flanco derecho. Se realizaron insuflaciones interdiarias de aire ambiente durante 16 días que iniciando con 0,4 L progresando hasta llegar a 1L limitándonos acorde a la tolerancia indicada por el paciente según lo descrito en la técnica [6-8], así como la mejoría de la sintomatología dolorosa basado en la escala EVA 0/10 [11] y mejoría funcional basado en el Escala de Karnofky que se evidencio en una aumento del valor inicial de un 70% a un valor del 100% refiriéndose a una condición en la cual puede realizar actividades normales con leve sintomatología[13]. Las complicaciones descritas para esta técnica son principalmente locales, como el enfisema subcutáneo y las infecciones de pared abdominal [10] sin embargo en este caso se evidencio una infección de la pared abdominal punto de partida catéter venoso central, complicación no asociada a la técnica de Goñi-Moreno sino más bien descrita como una de las complicaciones más frecuentes en de la colocación de catéteres venosos centrales abarcando hasta un 25% de los casos [13].

CONCLUSIÓN

La corrección de eventraciones gigantes plantea un desafío considerable en la cirugía debido a las

complicaciones intraoperatorias y la alta morbilidad asociada. La técnica de neumoperitoneo progresivo según Goñi-Moreno, demuestra ser una herramienta útil en la preparación preoperatoria de estos pacientes. En el caso descrito, el empleo de la misma permitió la reintroducción y la tolerancia del contenido abdominal, así como, la disminución de la sintomatología dolorosa, y la mejoría funcional, preparando al paciente para una resolución quirúrgica posterior, con un índice de morbilidad significativamente menor. Aunque en este caso se evidenció una complicación infecciosa asociada al uso del catéter venoso central, esta no se encuentra relacionada directamente con la técnica de Goñi-Moreno. En conclusión, el neumoperitoneo progresivo es una técnica efectiva y segura para la preparación de pacientes con eventraciones gigantes, con complicaciones locales manejables, mejoras significativas en la funcionalidad y calidad de vida del paciente previo a la cirugía resolutive.

REFERENCIAS

1. Vista de PARED ABDOMINAL COMPLEJA Y EL RADIOLOGO. (n.d.).
2. Hernias con derecho a domicilio. Revisión en los últimos (n.d.).
3. GONI MORENO I. Tratamiento racional de las hernias y eventraciones crónicas voluminosas. Preparación de los enfermos con neumoperitoneo progresivo. Técnica original [Rational treatment of chronic massive hernias and eventrations; preparation of a patient with progressive pneumoperitoneum; original technic]. Prensa Med Argent. 1951 Jan 5;38(1):10-21. Undetermined Language. PMID: 14816251.
4. Sanclemente, M. C. L., Robres, J., Cano, M. L., Barri, J., Lozoya, R., López, S., Vasco, M. A., Buqueras, M. C., Subirana, H., & Jorba, R. (2013). Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en pacientes con hernias gigantes de la pared abdominal. *Cirugía Española, 91*(7), 444–449.
5. O, C. T., Ferreira, R., Theys, L., Martínez, N., González, E., & Pérez, R. (n.d.). Aplicación del neumoperitoneo progresivo preoperatorio en las afecciones parietales complejas.
6. Bueno-Lledó, J., Gallud, A. T., Rosellón, R. J., Tatay, F. C., Pastor, P. G., Diana, S. B., & Hernández, J. I. (2017a). Preparación preoperatoria de la hernia con pérdida



de domicilio. Neumoperitoneo progresivo y toxina botulínica tipo A. **Cirugía Española, 95*(5), 245–253.*

7. S. Willis, V. Schumpelick. Use of progressive pneumoperitoneum in the repair fo giant hernias. *Hernia, 4 (2000), pp. 105-111*
8. S. McAdory, W. Cobb, A. Carbonell. Progressive pneumoperitoneum for hernias with loss of domain. *Am Surg, 75 (2009), pp. 504-509*
9. A. Toniato, P. Constantino, B. Paolo. Incisional hernia treatment with progressive pneumoperitoneum and retromuscular prosthetic hernioplasty. *Arch Surg, 387 (2002), pp. 246-248*
10. Ricciardi GL. Eventraciones y hernias por deslizamiento: tratamiento y técnicas pre y postoperatorias. *Tendencias en Medicina. 2011; 6: 123-128.*
11. Forteza, J. C., Pascual, X. A., Macarrilla, S. R., Martinez, G. V., Riqué, M. P., & Puig, J. R. (n.d.). Adaptación al Servicio de Radiología de la Técnica Goñi-Moreno: Neumoperitoneo Progresivo pre-operatorio en la reparación de hernias gigantes de pared abdominal con pérdida de domicilio. *Seram.*
12. Pardo, C., Muñoz, T., & Chamorro, C. (n.d.). Monitorización del Dolor: Recomendaciones del Grupo de Trabajo de analgesia Y sedación de la semicyuc. *Medicina Intensiva.*
13. Christensen, B. (2023, January 19). Karnofsky Performance Status Scale: Karnofsky Performance Status Scale. *Diseases & Conditions - Medscape Reference.*
14. Firstenberg, M., Kornbau, C., Lee, K., & Hughes, G. (2015a). Central line complications. *International Journal of Critical Illness and Injury Science, 5(3), 170.*



QUISTE DE MESENTERIO GIGANTE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INFRECUENTE EN PATOLOGÍA OVÁRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dres. Herrera Zoriani¹ , Mayo Irvana¹ , They Gustavo² , González Jesús³ .

¹Residente de Cirugía General, Hospital Carlos J Bello, Cruz Roja venezolana. ²Especialista en Cirugía General, adjunto del servicio de Cirugía General, Hospital Carlos J Bello, Cruz Roja venezolana.

E-mail: zorianih@gmail.com

RESUMEN: El quiste mesentérico es una entidad nosológica poco frecuente de ubicación intraabdominal que compromete el mesenterio o epiplón. Debido a la similitud de los síntomas entre los tumores quísticos de ovario y los quistes mesentéricos, se puede realizar un diagnóstico erróneo, afectando el abordaje terapéutico. Caso clínico: se trata de paciente femenina con antecedente de cirugía abdominal en la infancia, quien inicia enfermedad actual 4 meses previos a su ingreso caracterizada por dolor abdominal y estreñimiento. Al examen físico se constató lesión ocupante de espacio de 10 x 12 cm. Los laboratorios reflejan anemia y la tomografía axial computarizada reporta lesión ocupante de espacio, de contenido líquido, de origen pelviano sugestiva de patología ovárica. Se practicó laparotomía exploradora evidenciando quiste mesentérico con 2000 cc de contenido líquido citrino y síndrome adherencial severo. Se realizó rafia en dos planos de asa delgada, apertura y drenaje del quiste, y posterior exéresis parcial de la cápsula. Discusión: el quiste mesentérico gigante es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico preoperatorio. La ecografía y la tomografía son herramientas diagnósticas útiles en la planificación durante el preoperatorio. El tratamiento de elección es la resección completa con resultado clínico satisfactorio, excelente pronóstico y baja tasa de recurrencia. Conclusión: en la actualidad, el cirujano debe considerar al quiste mesentérico gigante como diagnóstico diferencial ante la presencia de un tumor intraabdominal, en especial, en casos en los que la sospecha clínica apunta a un tumor ovárico. **RCM 2025. 64;159(1): 32-37.**

Palabras claves: quiste mesentérico, mesenterio, epiplón, tumor intraabdominal, tumor de ovario.

GIANT MESENTERIC CYST AS A RARE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN OVARIAN PATHOLOGY. A CASE REPORT

ABSTRACT: The mesenteric cyst is a nosologic entity rare disease in intra-abdominal location that compromises the mesentery or epiploom. Due to the similarity of symptoms between ovarian cystic tumors and mesenteric cysts, an erroneous diagnosis can be made, affecting the therapeutic approach. Clinical case: is about a female patient with a history of abdominal surgery in childhood, who began her current illness 4 months prior to admission characterized by abdominal pain and constipation. On physical examination, a space-occupying lesion of 10 x 12 cm was found. Laboratory results reflect anemia and computed axial tomography reported a space-occupying lesion, with liquid content, of pelvic origin suggestive of ovarian pathology. An exploratory laparotomy was performed, revealing a mesenteric cyst with 2000 cc of sallow liquid content and severe adhesion syndrome. A two-layer thin loop raffia was performed, the cyst was tightened and drained and then the capsule was partially excised. Discussion: the giant mesenteric cyst is a rare pathology and with difficult preoperative diagnosis. The Ultrasound and tomography are useful diagnostic tools during the preoperative planning. The treatment of choice is the complete resection with satisfactory clinical result, excellent prognosis and low recurrence rate. Conclusion: Currently, the surgeon should consider giant mesenteric cyst as a differential diagnosis in the presence of an intra-abdominal tumor, especially in cases where the clinical suspicion points to an ovarian tumor. **RCM 2025. 64;159(1): 32-37.**

Key words: mesenteric cyst, mesentery, epiploom, intra-abdominal tumor, ovarian tumor.



INTRODUCCIÓN

El quiste mesentérico es una entidad nosológica poco frecuente. El primer reporte fue realizado en 1507 por el anatomista italiano Beneveni, quien hizo el hallazgo durante una autopsia de un niño de 8 años; la primera resección quirúrgica exitosa fue llevada a cabo por Tillaux en 1800 (1,6,9). El quiste mesentérico engloba un grupo heterogéneo de lesiones quísticas de ubicación intraabdominal que comprometen el mesenterio o epiplón (3).

Las estimaciones sugieren que el quiste mesentérico gigante afecta a 1 de cada 250.000 pacientes adultos hospitalizados (6,11), y representan el 7% de los tumores quísticos intraabdominales, llegando a progresar a lesión maligna en el 3% de los casos (1, 6). Debido a la baja prevalencia de la patología en comparación con otras enfermedades intraabdominales, su reconocimiento como diagnóstico diferencial resulta fundamental.

La falta de características clínicas y hallazgos radiológicos patognomónicos de la enfermedad (1) tienden a conducir al retraso en el diagnóstico. En ocasiones, debido a la similitud de los síntomas entre los tumores quísticos de ovario y los quistes mesentéricos, como dolor abdominal, distensión, masa palpable y signos clínicos que emulan ascitis, se puede realizar un diagnóstico erróneo (7), afectando el abordaje terapéutico.

Se presenta el caso clínico de una paciente con quiste mesentérico gigante que mimetizó un tumor ovárico. Además, se ha efectuado revisión de la literatura con la finalidad de proporcionar información relevante y actualizada que permita comprender la enfermedad, facilitar el diagnóstico oportuno y reducir el riesgo de complicaciones.

RESUMEN DE CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 21 años con antecedente de laparotomía exploradora a los 4 años por traumatismo abdominal abierto por herida por arma de fuego más nefrectomía izquierda por lesión renal izquierda grado IV, lesión gástrica grado III, lesión pancreática de cuerpo y cola, lesión esplénica grado II, complicada con fístula pancreática, pancreatitis aguda. Refiere inicio

de enfermedad actual 4 meses antes de su ingreso, caracterizado por dolor abdominal, de aparición insidiosa, difuso, de moderada intensidad, tipo cólico, no irradiado, sin atenuantes ni exacerbantes, por persistencia de sintomatología consulta a Médico quien la refiere al servicio de Cirugía General. Al examen funcional refiere estreñimiento.

Al examen físico: buenas condiciones generales, afebril, hemodinámicamente estable. Abdomen plano, blando, depresible con cicatriz en línea media supra, trans e infraumbilical, ruidos hidroaéreos presentes, a la palpación bimanual se evidencia lesión ocupante de espacio de aproximadamente 10x12 cm, de consistencia renitente, móvil, no adherido a planos profundos, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Resto del examen físico dentro de límites normales.

Los laboratorios mostraron recuento leucocitario normal, anemia (hemoglobina 10,7 g/dL), HCG cualitativa negativa, alfafetoproteínas 0,50 ng/mL, antígeno carcinoembrionario 0,50 ng/mL, CA 125 7,2 U/mL. El ecosonograma transvaginal precisó endometrio engrosado (18,17 mm). A nivel de ovario derecho se apreció imagen de gran tamaño, con tabique de 0,31 cm y septos con ecos de bajo nivel y vascularización, con medidas de 12,02 cm, 8,46 cm y 9,8 cm, volumen 521,1 mL, fondo de saco libre (Figura 1). La tomografía axial computarizada abdomino-pélvica con doble contraste reveló útero levemente lateralizado a la izquierda y compresión de la vejiga, cuya conclusión fue LOE de contenido líquido, de origen pelviano, que debe corresponder a TU de ovario derecho, presencia de líquido en fondo de saco (Figura 2). La citología de cérvix reportó cambios celulares reactivos asociados a inflamación inespecífica leve.

La paciente fue sometida a cirugía electiva mediante laparotomía exploradora más corte congelado; debido a los hallazgos este último fue diferido. Se encontró quiste de mesenterio de 2000 cc de contenido líquido citrino, síndrome adherencial severo interasas, de intestino delgado a pared abdominal y quiste de mesenterio. Debido a los hallazgos, se decidió realizar rafia en dos planos de asa delgada, apertura y drenaje de quiste de mesenterio, exéresis parcial de su cápsula (Figura 3).

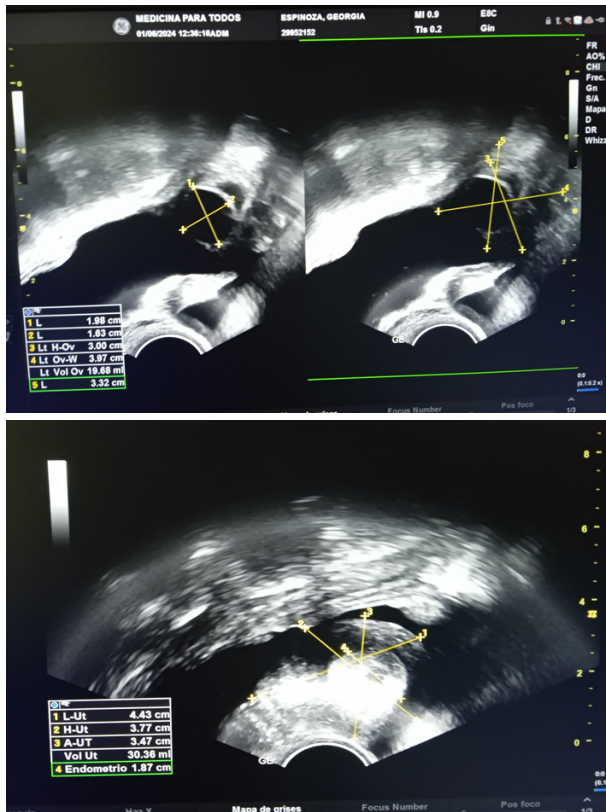


Figura 1. Ultrasonido transvaginal

El estudio citopatológico del líquido de quiste de mesenterio reportó hallazgos citomorfológicos compatibles con contenido de quiste. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reveló hallazgos compatibles con quiste de mesenterio, tejido fibroconectivo y adiposo maduro sin atipias, con infiltrado inflamatorio agudo y hemorragia reciente (Figura 4). La paciente evolucionó de forma satisfactoria y egresó al quinto día postoperatorio.

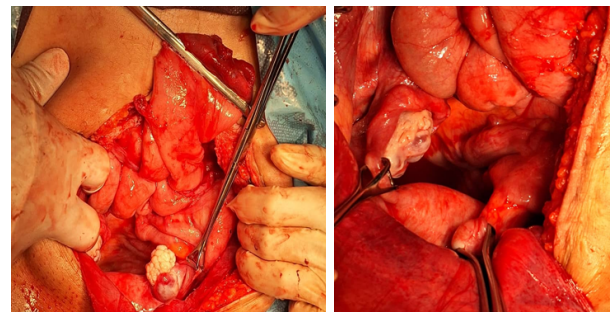


Figura 3. Hallazgos intraoperatorios

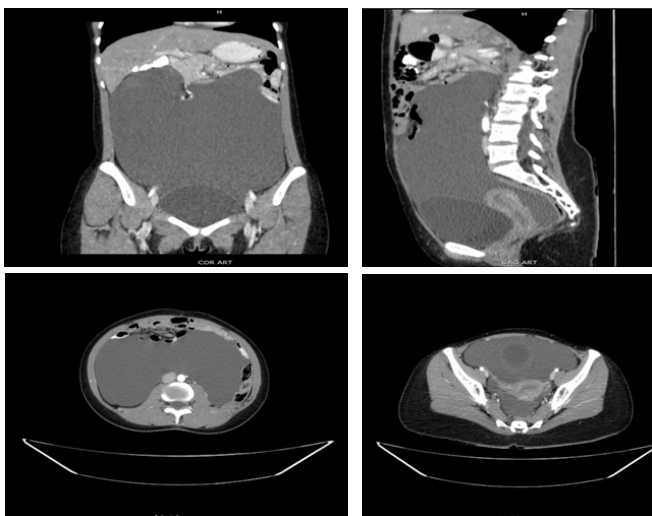


Figura 2. Imagen del quiste mesentérico gigante en la tomografía axial computarizada abdomino-pélvica con doble contraste



Figura 3. Pieza quirúrgica

DISCUSIÓN

El quiste mesentérico es reconocido como un tumor intraabdominal de presentación inusual que afecta principalmente pacientes en edad pediátrica (10, 11), sin embargo, en el presente estudio se evidencia un caso en una paciente joven, en correspondencia con argumentos expuestos por Martínez *et al.* (2021), estos



señalan que el quiste de mesenterio es más prevalente durante la segunda y tercera década de la vida, mientras que Antunes *et al.* (2020) informan que cuando se presenta en adultos, la mayor afectación se observa en mujeres de mediana edad. En contraposición, Serrano *et al.* (2023) afirman que individuos entre 40 – 70 años son más propensos a desarrollar tal tumoración.

Estas lesiones representan el 7% de todos los quistes abdominales (6). Los registros demuestran que la relación mujer-hombre es de 2:1 (6,10); contrariamente, Yavuz *et al.* (2021) informó sobre una serie de 22 casos en la que predominó el sexo masculino.

La lesión puede ubicarse a cualquier nivel del mesenterio del tracto gastrointestinal (3,5,7). La localización más frecuentemente documentada es el mesenterio del intestino delgado, ocupando hasta el 60% de los casos, en segundo lugar se encuentra el colon ascendente con el 24% y la región retroperitoneal (14,5%) (3,6). En una investigación desarrollada en Turquía, los quistes mesentéricos comprometieron el intestino delgado en el 80% de los pacientes.

La clasificación de Perrot permite distinguir el quiste de mesenterio según los rasgos histopatológicos del tumor (Ver Anexo 5) (6,7,10), mientras que la clasificación de Gross los divide en cuatro tipos: de desarrollo, infecciosos, traumáticos y neoplásicos (5). Es importante mencionar que la causa del quiste de mesenterio es desconocida (1,4-7,11).

La teoría preconizada por Gross asienta que se debe a proliferación benigna del tejido linfático mesentérico aunada con ausencia de comunicación entre los sistemas venoso y linfático, lo cual puede ser de origen idiopático o secundario a cirugías previas, procesos infecciosos, enfermedad neoplásica, enfermedad inflamatoria pélvica o endometriosis (1,5-7). En el caso que nos ocupa se sospecha que es secundario a la cirugía que le fue practicada durante la infancia, por lo que se considera un quiste mesentérico traumático (5), en especial, si se toma en cuenta que los quistes mesentéricos se caracterizan por tener crecimiento lento (10).

La presentación clínica del quiste de mesenterio puede variar desde el caso asintomático hasta el desarrollo de síntomas inespecíficos como dolor abdominal

difuso, intermitente, distensión abdominal, diarrea o tumoración abdominal palpable (2,6), tal como se presentó en la paciente estudiada. La evidencia revela que el dolor abdominal se da en la mitad de los pacientes, la presencia de masa abdominal palpable se verifica en el 44% y el estreñimiento afecta al 27% (10), sin embargo, los síntomas están determinados por el tamaño y la ubicación de la lesión (11)

En oportunidades, el quiste de mesenterio puede conducir a cuadros de abdomen agudo u obstrucción intestinal, situaciones clínicas que se relacionan directamente con las dimensiones de la lesión (6). En el caso específico acá expuesto, la paciente tuvo alteración del patrón evacuatorio simbolizado por estreñimiento; siendo uno de los síntomas secundarios al efecto de masa que provocan estos tumores (5,10).

El quiste de mesenterio se presenta como una tumoración de tamaño variable que, en promedio, alcanza los 10 cm (1,5,10,13), tal como se observó en este estudio.

La literatura revela que el diagnóstico suele resultar difícil debido a que su presentación se da a través de manifestaciones clínicas inespecíficas e imita otras afecciones pélvicas (6,10,11) como la patología ovárica. En palabras de Almeida *et al.* (2023), la ausencia de características clínicas y signos radiológicos patognomónicos de la enfermedad presenta importantes dificultades diagnósticas; por tanto, no sorprende que 4 de cada 10 casos sean un hallazgo incidental de un estudio de imagen o cirugía abdominal (1,5,7,9,11,12).

Dentro de los diagnósticos diferenciales deben ser considerados los quistes ováricos (7,8,10) en nuestra paciente, el diagnóstico preoperatorio fue sospecha de tumor ovárico, lo cual se ve replicado en diversos estudios; Serrano *et al.* (2023), en Colombia, reportó el caso de una paciente femenina que acudió a servicio de urgencias por abdomen agudo. La lesión fue diagnosticada erróneamente como un tumor de ovario; en Estados Unidos, Leigh *et al.* (2021) informaron acerca de un paciente con quiste mesentérico de gran tamaño que simuló una probable torsión de quiste ovárico, motivando cirugía de emergencia.

La literatura asienta que la ecografía muestra



imágenes quísticas, multiloculadas, con septos y ecos en su interior (7), lo cual se corresponde con los resultados ultrasonográficos obtenidos en este trabajo. La tomografía axial computarizada puede ser determinante en el diagnóstico al demostrar la conexión del quiste con el tracto gastrointestinal (10); en este caso los hallazgos tomográficos sugerían enfermedad ovárica. Sin embargo, el diagnóstico definitivo tiende a establecerse a través de la escisión quirúrgica y examen histopatológico de la masa (4,6,10,11) tales indicaciones fueron consideradas al decidir el manejo del caso.

El tratamiento del quiste mesentérico frecuentemente es quirúrgico. El abordaje laparoscópico es el más seguro, al tiempo que reduce el nivel de dolor postoperatorio, menor morbilidad, reduce la estancia hospitalaria y conlleva mejor recuperación y pronta reincorporación a las actividades cotidianas del paciente (5-7). Debido a las dimensiones de la lesión, se optó por llevar a cabo el manejo quirúrgico de la paciente a través de abordaje convencional.

La resolución quirúrgica se realiza mediante la resección simple del quiste. En oportunidades, es necesaria la resección en bloque del quiste con las estructuras anatómicas comprometidas, bien sea por la presencia de adherencias o por sospecha de malignidad de la lesión (6,7,10). Es importante realizar extirpación total siempre que sea posible con el propósito de reducir el riesgo de recurrencia y transformación maligna (3,5,6). En ciertos casos, la extirpación debe ser acompañada de esplenectomía, pancreatometomía distal y colectomía (6).

La extirpación total del quiste mesentérico es documentada en el 41% de los casos, mientras que en el 24% debe ser acompañada de resección intestinal (7,10). En el 10% de los pacientes no es posible realizar la resección completa del quiste, debido a estrecho contacto con estructuras vasculares, por lo general, la raíz del mesenterio (7), como en el caso expuesto. Por otro lado, la aspiración y marsupialización del quiste mesentérico no son recomendadas, ya que incrementan la tasa de sobreinfección y de recurrencia (1,5,6).

El contenido del quiste mesentérico suele ser seroso (5,10), tal como se observó en la paciente analizada; además, puede mostrarse como una lesión unilocular o

multilocular (Muñoz *et al.*, 2022). De acuerdo con Leigh *et al.* (2021) y Shaker *et al.* (2024), la evidencia sugiere que no existe mayor beneficio del seguimiento a largo plazo, puesto que la recurrencia, cuando se produce, suele tener lugar de forma temprana. Aun cuando el quiste de mesenterio se presenta en la mayor parte de los casos como un tumor benigno, puede llegar a exhibir características malignas hasta en el 3% de los pacientes (1,6).

Las complicaciones son poco frecuentes, llegando a condicionar morbilidad y mortalidad significativas si no son detectadas de manera oportuna (5). En los casos reportados a nivel internacional, la infección y la hemorragia son señaladas como las principales complicaciones que se dan en pacientes con quiste mesentérico (10) en menor frecuencia se han registrado peritonitis, vólvulo y muerte (5). En el caso expuesto, la paciente tuvo evolución satisfactoria con total recuperación postoperatoria, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN

El quiste de mesenterio es una entidad patológica infrecuente, de curso benigno en la mayoría los casos. Su relevancia radica en la presentación clínica inespecífica que conlleva, generando retraso en el diagnóstico. Los exámenes paraclínicos recomendables son estudios de imagen, específicamente la ultrasonografía y la tomografía axial computarizada. El tratamiento es quirúrgico, siendo necesaria la resección quirúrgica para evitar la recurrencia y malignización de la lesión.

Debido a la baja incidencia del quiste mesentérico, aunado a la presentación clínica inespecífica, retraso en el diagnóstico e instauración del tratamiento y la capacidad de este tumor de simular otros cuadros patológicos, se entiende que es prioritario incrementar la conciencia médica sobre el quiste mesentérico gigante como diagnóstico diferencial infrecuente de patologías ováricas, aportando nuevos datos respecto a su presentación, diagnóstico y tratamiento, con el propósito de mejorar el manejo clínico-quirúrgico de pacientes con masas abdominales de origen incierto.

El caso clínico presentado destaca la relevancia de considerar el quiste de mesenterio gigante como





diagnóstico diferencial infrecuente en patología ovárica. En la actualidad, el cirujano debe considerar el quiste mesentérico gigante como diagnóstico diferencial ante la presencia de un tumor intraabdominal, en especial, en casos en los que la sospecha clínica apunta a un tumor ovárico.

REFERENCIAS

1. Almeida, M., Robles, L., & Ibarra, R. (2023). Quiste mesentérico gigante, un hallazgo incidental. Reporte de caso. *Anales de la Facultad de Medicina*, 1(1).
2. Antunes, M., Pizzol, D., Schiavone, M., & Colangelo, A. (2020). Giant mesenteric cyst: Successful management in low-resource setting. *Int J Surg Case Rep*, 70, 185-187.
3. Gagliardi, F., Lauro, A., Tripodi, D., Amabile, M., Palumbo, P., Di Matteo, F., Palazzini, G., Forte, F., Fattaroli, S., Khousam, S., Marino, I., Andrea, V., Sorrenti, S., & Pironi, D. (2021). Mesenteric cyst with gi symptoms: A fluid approach to treatment—Case report and literature review. *Dig Dis Sci*.
4. Kumar, A., Kumar, D., Bharti, S., Kumar, A., & Das, B. (2021). Massive abdominal distension in a five-year-old child: Management of a giant mesenteric cyst. *Cureus*, 13(11), 1-3.
5. Leigh, R., Sacks, M., Won, M., Mikael, A., Moores, D., & Radulescu, A. (2021). Large mesenteric cyst mimicking an ovarian cyst in an 8-year-old: A case report. *Int J Surg Case Rep*, 89, 1-5.
6. Martínez, C., Muñoz, D., Jiménez, H., Siado, S., Esguerra, D., & Ordóñez, D. (2021). Quiste mesentérico gigante: Reporte de caso. *Rev. colomb. gastroenterol*, 36(2), 257-262.
7. Muñoz, D., Rodríguez, R., Riaño, J., & Medina, R. (2022). Quiste mesentérico gigante como simulador de ascitis: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Cir*, 37, 689-694.
8. Narayan, D., Jain, A., Shrivastava, A., Jindal, G., & Yadav, K. (2022). Giant ovarian cyst presenting as an intraabdominal mass. *J Evolution Med Dent Sci*, 11(03), 428-430.
9. Oliveros, J., García, A., & Rivero, A. (2021). Quiste del mesenterio hallazgo casual en un preescolar con apendicitis aguda. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 84(1), 19-22.
10. Serrano, J., Serrano, J., Olarte, C., Quintero, D., & Medina, M. (2023). Quiste mesentérico gigante como obstrucción intestinal en adulto, una presentación atípica: Reporte de caso. *MÉD. UIS*, 36(3), 83-88.
11. Shaker, K., Alomar, K., Shaker, O., Brnbow, Z., Mahmud, J., & Dalati, H. (2024). Giant mesenteric cysts: A rare case series with clinical insights. *Int J Surg Case Rep*, 123.
12. Sharma, S., Chowdhary, S., Panigrahi, P., & Sharma, S. (2021). Management of mesenteric cysts in pediatric population: Five-year experience in tertiary care center. *Annals of the National Academy of Medical Sciences*, 57(01), 41-44.
13. Yavuz, Y., Varman, A., Şentürk, M., & Kafadar, M. (2021). Mesenteric cyst in 22 cases. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, 52, 993-996.

TUMOR DE KRUKENBERG. EXPERIENCIA CLÍNICA

Dres. Chirino Leonardo¹, Plaza José Luis².

¹Residente de cirugía general, Hospital Carlos J Bello, Cruz Roja venezolana. ²Especialista en cirugía general, adjunto del servicio de cirugía general, Hospital Carlos J Bello, Cruz Roja venezolana.

E-mail: leonardocdo2008@gmail.com

RESUMEN: Introducción: El tumor de Krukenberg es un carcinoma metastásico ovárico. Se trata de un tumor maligno secundario a un proceso maligno primario en otra localización, con mayor frecuencia el tracto gastrointestinal y mama. **Métodos:** El presente estudio se desarrolló a través del análisis documental mediante la revisión de los hallazgos documentados en estudios publicados a escala internacional. Fueron consultadas las bases de datos: Dialnet, Medigraphic, SciELO, PubMed, Embase, MEDLINE, Scopus y Scholar academic. Se incluyeron 14 artículos a la revisión. **Desarrollo:** El tumor de Krukenberg presupone entre el 1% y 21% de los tumores ováricos. Ocupa el primer lugar de los tumores metastásicos bilaterales ováricos; la incidencia varía de un área geográfica a otra en función de la prevalencia del tumor que le da origen. Las características clínico patológicas incluyen síntomas inespecíficos que pueden retrasar el diagnóstico y manejo de la enfermedad. Radiológicamente, se detecta masa semisólida compleja conformada por componentes quístico y sólido. Macroscópicamente, se caracteriza por lesiones sólidas de afectación bilateral; microscópicamente, presenta dos componentes diferentes: uno de origen epitelial y otro estromal. La característica más resaltante son las células en forma de anillo de sello que poseen mucina y poseen núcleos excéntricos hiper cromáticos. **Conclusión:** es una neoplasia ovárica que tiende a acarrear compromiso bilateral; su curso clínico es insidioso e inespecífico, macroscópicamente pueden asemejarse a tumores primarios de ovario. La principal característica distintiva al examen microscópico está dada por las células en anillo de sello; el estudio inmunohistoquímico resulta crucial para confirmar la patología y su origen. **RCM 2025. 64;159(1): 38-43.**

Palabras claves: cáncer de ovario, tumor de Krukenberg, tumor de ovario, células en anillo de sello, ovario.

KRUKENBERG TUMOR. INCIDENCE AND CLINICAL CHARACTERISTICS

ABSTRACT: Introduction: The Krukenberg tumor is a metastatic ovarian carcinoma. It is a secondary malignant tumor to a primary malignant process in another location, most frequently the gastrointestinal tract and breast. **Methods:** The present study was developed through the documentary analysis checking the findings documented in internationally published studies. The following databases were consulted: Dialnet, Medigraphic, SciELO, PubMed, Embase, MEDLINE, Scopus and Scholar academic. 14 articles were included in the review. **Development:** The Krukenberg tumor presupposes between 1% and 21% of the ovarian tumors. It occupies the first place among bilateral ovarian metastatic tumors; the incidence varies from one geographic area to another according with the tumor prevalence which gives rise to it. The clinical pathological characteristics include nonspecific symptoms that can delay the diagnosis and the disease management. Radiologically, a complex semisolid mass made up of cystic and solid components is detected. Macroscopically, it is characterized by solid lesions of bilateral involvement; microscopically, it presents two different components: one of epithelial origin and another stromal. The most striking characteristic is the signet ring-shaped cells which possess mucin and have hyperchromatic eccentric cores. **Conclusion:** it is an ovarian neoplasia which tends to involve bilateral involvement; its clinical course is insidious and nonspecific; macroscopically they can look like primary ovarian tumors. The main distinctive characteristic at microscopic examination is given by the signet ring-shaped cells; the immunohistochemical study results crucial to confirm the pathology and its origin. **RCM 2025. 64;159(1): 38-43.**

Key words: ovarian cancer, Krukenberg tumor, ovarian tumor, signet ring-shaped cells, ovary.



INTRODUCCIÓN

El tumor de Krukenberg (TK) es un carcinoma metastásico ovárico. Se trata de un tumor maligno secundario a un proceso maligno primario en otra localización, con mayor frecuencia el tracto gastrointestinal y mama (1,2). La incidencia del TK está estrechamente vinculada a la prevalencia de su tumor primario, siendo más frecuente en regiones con alta incidencia de cáncer gástrico, como Asia (2,3).

La epidemiología de este tumor en países latinoamericanos, es menos clara debido a la limitada disponibilidad de estudios específicos. Las pacientes con TK suelen presentar síntomas inespecíficos como dolor abdominal, distensión y pérdida de peso, lo cual contribuye al diagnóstico tardío y complica su manejo clínico (3).

El diagnóstico del TK se basa en una combinación de hallazgos clínicos, estudios de imágenes y es confirmado mediante el estudio de anatomía patológica. La ecografía y la tomografía computarizada son herramientas útiles para la visualización de masas ováricas, pero el diagnóstico definitivo requiere de la biopsia y análisis histopatológico. La inmunohistoquímica se utiliza para identificar marcadores específicos que ayudan a determinar el origen del tumor (3–5).

El manejo del TK incluye diversas opciones terapéuticas. La cirugía citorreductora es considerada el tratamiento más efectivo, especialmente cuando se puede lograr una resección completa (6). La evidencia sugiere que la cirugía citorreductora mejora significativamente la supervivencia en comparación con otros tratamientos. Sin embargo, la posibilidad de realizar una cirugía efectiva se ve limitada por la extensión del compromiso peritoneal y la salud general del paciente.

Dado el desafío clínico que presupone la detección oportuna del TK y la baja frecuencia, en la actualidad existen lagunas en la literatura respecto a las características de esta lesión, lo que permitiría mejorar los resultados del tratamiento. El presente artículo se ha desarrollado con la finalidad de describir la incidencia y características clínico patológicas del tumor de Krukenberg, mediante revisión de la literatura.

MÉTODOS

El presente estudio se desarrolló mediante revisión de los hallazgos documentados en estudios publicados a escala internacional, tal información fue apuntada en una ficha bibliográfica (Tabla 1). La población estuvo representada por fuentes documentales electrónicas. Para seleccionar los estudios a incluir en la revisión se estipularon los siguientes criterios: publicaciones desarrolladas en el periodo 2019 – 2024, bajo la modalidad de artículo original o de revisión, en idioma español, inglés y portugués, disponibles a texto completo.

Los descriptores que se usaron comprenden: incidencia, características clínico patológicas, tumor de Krukenberg. Fueron consultadas las bases de datos: Dialnet, Medigraphic, SciELO, PubMed, Embase, MEDLINE, Scopus y Scholar academic. Fueron excluidas las publicaciones duplicadas, se llevó a cabo la revisión de título y resumen, fueron considerados los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. Se incluyeron 14 artículos a la revisión.

Tabla 1. Ficha bibliográfica

| | |
|-------------------------|--|
| Datos de la publicación | |
| Autor (es) | |
| Año de publicación | <input type="checkbox"/> 2019 <input type="checkbox"/> 2020 <input type="checkbox"/> 2021 <input type="checkbox"/> 2022 <input type="checkbox"/> 2023 <input type="checkbox"/> 2024 |
| Título | |
| País | |
| Contribución al estudio | |
| Resultados | |
| Conclusión | |
| Comentarios adicionales | |



DESARROLLO

El TK simboliza entre 1% y 2% de los tumores de origen ovárico (1,7–9). Sin embargo, existen registros que indican que el TK es una entidad patológica cuya incidencia oscila entre 1% y 21% (3,5,6,10,11); en países occidentales se ha indicado que la incidencia es menor, con el 4% (5). Por otra parte, autores como Eckel *et al.* (12) puntualizan que el TK simboliza de 1% - 2% de los tumores de ovario, y el 17,8% de todas las lesiones malignas ováricas.

La evidencia actual demuestra que, en países como Japón, la incidencia del TK es elevada debido a la significativa prevalencia del cáncer gástrico; además, apuntan que es una patología que rara vez se presenta en mujeres jóvenes puesto que el cáncer gástrico es poco frecuente en menores de 30 años (0,5%) (2); de hecho, se presenta en pacientes que cursan la quinta década de la vida, en promedio, a los 45 años (2,4,9). Entretanto, la incidencia estimada de los TK es de 0,16 por cada 10.000 habitantes anualmente (8,13).

La presentación clínica suele ser asintomática hasta que la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas. En las pacientes que condiciona sintomatología suele ser inespecífica e incluye dolor abdominal o pélvico, aumento de la circunferencia abdominal, masa palpable, dispareunia, anorexia y pérdida de peso (3,4,7–9). En el 50% de los casos se evidencia ascitis, la cual suele mostrar células malignas (2,8).

Ciertas manifestaciones gastrointestinales suelen acompañar los anteriormente mencionados; engloban náuseas, vómitos, estreñimiento y dispepsia (8); en otras oportunidades, el TK puede llegar a provocar estimulación del estroma ovárico con la consecuente producción de hormonas que desencadenan alteración en el ciclo menstrual, sangrado vaginal, virilización e hirsutismo (5,7–9). Radiológicamente, el TK se observa como una masa semisólida compleja conformada por proporciones variables de componente quístico y sólido (3,4,9).

Macroscópicamente, en el 80% de las pacientes se muestran como lesiones sólidas bilaterales (3,9,11), tienden a presentar superficie lisa, sin adherencias ni depósitos peritoneales (3,11). Microscópicamente, se caracterizan por componentes estromales y epiteliales;

en este último es posible evidenciar las de células en anillo de sello (14).

En palabras de Moraga *et al.* (9), el TK presenta dos componentes diferentes: uno de origen epitelial y otro estromal. El elemento epitelial se compone mayoritariamente de células en forma de anillo de sello que poseen mucina y poseen núcleos excéntricos hipercromáticos. El citoplasma de estas células en anillo de sello puede presentar diversas propiedades, tales como ser eosinofílico y granular, pálido y vacuolado, o tener un aspecto de “ojo de buey” con una vacuola considerable y un cuerpo eosinofílico central a paracentral, que alberga una gota de mucina. Es limitada la actividad de división celular. Estos anillos de sello de células pueden ser encontrados de manera individual, agrupados en nidos, o dispuestos en formas tubulares, acinares, trabeculares o cordones.

Desde la perspectiva inmunohistoquímica, se distinguen por ser inmunorreactivas a las citoqueratinas (AE1/AE3) y al antígeno de membrana epitelial (2,7).

DISCUSIÓN

El tumor de Krukenberg, una neoplasia metastásica que afecta los ovarios, se caracteriza por la presencia de células en anillo de sello y es predominantemente derivado de adenocarcinomas del tracto gastrointestinal, en particular del estómago (7). Fue descrita por primera vez por el patólogo alemán Friedrich Krukenberg en 1896 (7,11,15). La evidencia muestra que 1 de cada 10 casos de tumores de ovario son metastásicos, la mitad de estos son TK (13). La incidencia del TK varía significativamente en diversas investigaciones (15).

La mayoría coincide al señalar que el TK representa el 1% - 2% de las masas tumorales ováricas (1,7–9). Un estudio canadiense multicéntrico y retrospectivo que concentró 860 mujeres con cáncer colorrectal con una media de 62,7 años, documentó que la incidencia de TK fue de 3,2% (10). Otros advierten que entre el 10% - 20% de las neoplasias malignas de ovario son asiento de un TK (11); no obstante, Leiva *et al.* (14) mencionan que entre 5% y 30% de la patología tumoral ovárica se corresponde con TK, a lo que Moraga *et al.* (9) y Zulfikar *et al.* (13) añaden que se trata del tumor que



se encuentra en el primer lugar en la clasificación de los tumores metastásicos bilaterales más habituales en los ovarios.

En una investigación retrospectiva en Estados Unidos en la que analizaron 1170 mujeres con cáncer colorrectal metastásico, informan que 235 tuvieron cáncer colorrectal metastásico, el 19,1% de estas tenían TK (6).

Los estudios epidemiológicos han mostrado que el estómago es el sitio primario en aproximadamente el 70% de los casos de tumor de Krukenberg, seguido por el colon, el apéndice y, en menor medida, otros órganos como la mama (2,3,6,9,11,12,14,15). Lim *et al.* (5) y Gomes *et al.* (8) expresan que los mecanismos de diseminación del TK se producen por vía linfática, hematológica y transcelómica. En particular, el carcinoma gástrico se ha vinculado al desarrollo de tumores de Krukenberg debido a su capacidad para diseminarse a través de vías linfáticas y hematológicas hacia los ovarios (8).

La literatura describe que la incidencia del TK se encuentra influenciada por la prevalencia del tumor primario; esta variabilidad puede estar influenciada por factores demográficos y geográficos, ya que el TK es más prevalente en países donde el cáncer gástrico es común, como en algunas naciones asiáticas. En contraste, su frecuencia es mucho menor en regiones con menor incidencia de cáncer gástrico, lo que indica la relación directa entre el origen del tumor y su prevalencia (2,8,9).

Pese a los reportes que indican que la edad promedio en la que se presenta el TK es de 45 años (2,4,9); esto concuerda con los resultados de la investigación adelantada por Huang *et al.* (11) en China, en la que informan que la media de edad en su grupo de pacientes con TK fue de 45,5 años. Algunos estudios sugieren que hasta el 57% de los TK son detectados en mujeres con edad comprendida entre 45 – 50 años (8). Ostowari *et al.* (6) y Gomes *et al.* (8) señalan que esta patología se puede dar en todos los grupos etarios, siendo más frecuente en mujeres jóvenes con edad comprendida entre 35 y 45 años.

La literatura concuerda al informar que las manifestaciones clínicas del TK suelen ser inespecíficas,

lo que contribuye a un diagnóstico tardío. Muchos pacientes pueden ser asintomáticos; en el 90% de los casos la paciente presenta síntomas vagos como dolor abdominal, distensión, pérdida de peso (9).

Lin *et al.* (15) sostienen que los primeros síntomas tienden a ser de naturaleza gastrointestinal (62,3%); además, el curso suele ser insidioso a medida que la masa tumoral aumenta de tamaño y provoca infiltración de estructuras contiguas (8). La afectación bilateral del TK ha sido documentada por diversos autores, en ese sentido Lin *et al.* (15) ha documentado el compromiso de ambos ovarios en el 70,8% de las pacientes. La bilateralidad es una característica que puede ayudar a diferenciar este tipo de tumor de otros tumores ováricos, ya que más del 80% de los casos presentan afectación en ambos ovarios (3,7).

El TK presenta una histología distintiva. Se caracteriza principalmente por la proliferación de células en anillo de sello que son ricas en mucina. Este hallazgo es fundamental para su diagnóstico, ya que las células en anillo de sello son un marcador típico de los adenocarcinomas que tienen su origen en el estómago, aunque también pueden derivar de otros sitios primarios (3–5,7).

Según Lin *et al.* (15), los tipos histológicos más frecuentes son el adenocarcinoma pobremente diferenciado y el carcinoma de células en anillo de sello. Zulfiqar *et al.* (13) indican que el TK al examen macroscópico es visualizado mediante agrandamiento asimétrico de los ovarios. La superficie capsular es lisa, libre de adherencias y depósitos peritoneales, llegando a asemejar tumores primarios de ovario.

En términos de inmunohistoquímica, el TK muestra positividad para CK7 y CK20. Este perfil varía en función del tipo histológico, mostrándose negativos para CK7 y CK20 si son de origen gástrico, positivos para CK20 y negativos para CK7 si son colorrectales, contrariamente, cuando el origen es mamario son positivos para CK7 y negativos para CK20. Por tanto, es posible afirmar que estos marcadores son esenciales para diferenciar los tumores primarios ováricos de las metástasis de origen gastrointestinal, pulmonar o mamario (9).



CONCLUSIÓN

El TK es una patología neoplásica que, aún en la actualidad, representa un desafío diagnóstico para el profesional médico, y se basa en los hallazgos clínicos, estudios imagenológicos, haciendo cruciales el estudio histopatológico e inmunohistoquímica. Su incidencia es variable a nivel internacional, llegando a ubicarse entre 1% y 21%. Esta se encuentra condicionada por factores como la prevalencia de la patología maligna primaria.

Esta enfermedad se caracteriza desde la perspectiva clínico patológica como una entidad nosológica cuyo curso es insidioso y puede variar desde pacientes asintomáticos a casos en los que se dan manifestaciones clínicas inespecíficas entre las que se encuentran dolor abdominal o pélvico, aumento de la circunferencia abdominal, masa palpable, dispareunia anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, estreñimiento y dispepsia. En algunas ocasiones, se observa ascitis. Si el tumor condiciona estimulación del estroma ovárico con producción de hormonas, la paciente manifiesta alteración en el ciclo menstrual, sangrado vaginal, virilización e hirsutismo.

Radiológicamente, se detecta masa semisólida compleja conformada por proporciones variables de componente quístico y sólido. Macroscópicamente, se caracteriza por lesiones sólidas de afectación bilateral, con superficie lisa, sin adherencias ni depósitos peritoneales. Microscópicamente, presenta dos componentes diferentes: uno de origen epitelial y otro estromal. La característica más resaltante son las células en forma de anillo de sello que poseen mucina y poseen núcleos excéntricos hipercromáticos.

En síntesis, el TK es una neoplasia ovárica que tiende a acarrear compromiso bilateral; su curso clínico es insidioso e inespecífico. Macroscópicamente pueden asemejarse a tumores primarios de ovario, la principal característica distintiva al examen microscópico está dada por las células en anillo de sello; el estudio inmunohistoquímico resulta crucial para confirmar la patología y su origen.

REFERENCIAS

1. Lionetti R, De Luca M, Travaglino A, Raffone A, Insabato L, Saccone G, *et al.* Treatments and overall survival in patients with Krukenberg tumor. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2019;300:15-23. Disponible en: <https://www.iris.unina.it/retrieve/e268a730-792e-4c8f-e053-1705fe0a812c/krukenberg.pdf>
2. Annal A, Sadath S. Krukenberg tumour in adolescents: rare but possible. J Obstet Gynaecol India [Internet]. 2022;72(5):460-2. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9568626/>
3. Lyngdoh B, Dey B, Mishra J, Marbaniang E. Krukenberg tumor. Autops Case Rep [Internet]. 2020;10(2):1-3. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7703453/>
4. Chavhan A, Gedekar P, Vagga A, Ghule V, Khariche K. Krukenberg tumour in a 34-year-old female: a case report. Cureus [Internet]. 2024;16(4):1-7. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11127708/>
5. Lim G, Wong Y, Tawil Z, Abdul R, Ramanathan A, Natasya A. Krukenberg tumour as the initial manifestation of lung adenocarcinoma. Respirol Case Rep [Internet]. 2023;11(5):1-4. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10073084/>
6. Ostowari A, Hasjim B, Lim L, Yu J, Nguyen L, Dayyani F, *et al.* Clinical outcomes in patients with krukenberg tumors from colorectal cancer. JSurgRes [Internet]. 2024;299:343-52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022480424002002>
7. Sahin S, Cakmakci S, Bayhan T, Aksel B, Bulut Z, Sari N, *et al.* Rare malignancy of childhood: krukenberg tumor—case report and review of literature. J Adolesc Young Adult Oncol. 2020;9(2):303-6.
8. Gomes V, Porto G, Murta J, Azeredo L, Vieira G, Ferraz A. Tumor de Krukenberg: a importância da investigação ovariana na vigência de neoplasia digestiva. Rev de Saúde [Internet]. 2024;15(1):01-13. Disponible en: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/3774/2281>
9. Moraga C, Umaña E, Vargas A. Tumor de Krukenberg: un enigma metastásico. Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos. 2024;8(1):103-12.
10. Bildersheim M, Taqi K, Nelson G, Stockley C, Bouchard-Fortier A, Mack L. Incidence of metastatic tumors to ovary (Krukenberg) versus primary ovarian neoplasms associated with colorectal cancer surgery. Surgical Oncology Insight [Internet]. 2024;1(3). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2950247024000884>
11. Huang Z, Li B, Qin H, Mo X. Invasion characteristics and clinical significance of tumor-associated macrophages in gastrointestinal Krukenberg tumors. Front Oncol



- [Internet]. 2023;24(13):1-13. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9999382/>
12. Eckel F, Carlin G, Mayer S, Polterauer S, Chalubinski K. Krukenberg progression of gastric carcinoma in pregnancy: is early diagnosis possible? case report and review of the literature. *J Clin Med*. 2023;12(16):1-7.
 13. Zulfiqar M, Koen J, Nougaret M, Bolan C, VanBuren W, McGettigan M, *et al*. Krukenberg tumors: update on imaging and clinical features. *Am J Roentgenol* [Internet]. 2020;215(4):1020-9. Disponible en: <https://ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.19.22184>
 14. Leiva B, Cusma T, Cotrina C, Morillo A. Tumor de Krukenberg primario renal: reporte de caso. *Revista Venezolana de Oncología* [Internet]. 2020;32(3):189-93. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3756/375662791010/375662791010.pdf>
 15. Lin X, Han T, Zhuo M, Liu T, Liu Z, Xiang D, *et al*. A retrospective study of clinicopathological characteristics and prognostic factors of Krukenberg tumor with gastric origin. *J Gastrointest Oncol* [Internet]. 2022;13(3):1022-34. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9274061/>



CARTA AL EDITOR

26 de marzo del 2025

Comité Editorial
Revista Centro Medico de Caracas

El presente artículo original “Experiencia multiinstitucional en el tratamiento regional del cáncer de cabeza y cuello no tiroideo” pretende evaluar la eficacia de las disecciones ganglionares de cuello en pacientes con cáncer de cabeza y cuello no tiroideo, según los hallazgos de la pieza quirúrgica, la aparición de recaídas regionales y la tasa de sobrevida.

Para la realización del artículo fue necesario consultar abundante bibliografía relacionada con el tema. La recolección de la literatura consultada demoró varios meses, empleando los servicios de búsqueda de varias bibliotecas nacionales, revisando cincuenta referencias bibliográficas, Se trata de un estudio analítico, longitudinal, del tipo cohorte de treinta pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello no tiroideo sometidos a disección ganglionar de cuello como parte de su enfoque terapéutico. Incluyendo la evolución de las linfadenectomías en el país, además de las contribuciones de destacados especialistas del Centro Medico de Caracas en el desarrollo en este tipo de cirugía.

No ha sido publicado previamente y solicito sus oficios para la publicación en la Revista del Centro Medico de Caracas.

Dr. Juan Carlos Valls Puig
Especialista en Cirugía General y Oncología.
Profesor agregado cátedra otorrinolaringología, escuela Luís Razetti.



INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

<https://www.revistacentromedico.org/instrucciones/>

La revista del Centro Médico de Caracas es el órgano oficial de divulgación científica y cultural de la Sociedad Médica del CMC, para la publicación de artículos originales o primarios o los resultados de la investigación de los mismos dirigidos a un comité editorial para su publicación bianual.

El comité editorial está constituido por el editor y miembros seleccionados por la Junta Directiva de la Sociedad Médica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Tiene además un comité asesor integrado por especialistas que fungen de árbitros. Estos así como el Comité editorial, deben respetar la confidencialidad de los autores y el contenido de los manuscritos.

El comité editorial puede hacer las correcciones que considere pertinentes informando debida y oportunamente al autor o los autores, así mismo el comité editorial podrá consultar con especialistas en temas ajenos a la competencia de los miembros del comité.

Estos pueden ser inéditos o no, pero deben ser revisados por el editor, comité editorial, o expertos en temas específicos, asegurando la confidencialidad a los autores. Deben contener en forma general una orientación triple de introducción, desarrollo y conclusiones.

Requisitos formales:

- Formato: Microsoft word, hoja tamaño carta.
- Letra: Arial tamaño 12 puntos
- Espaciado: Texto en un espacio y medio (1,5). Sumario y referencias bibliográficas a un solo espacio.

- Márgenes: uniforme de 3 cms
- Extensión: variable según el material enviado en relación a los subtítulos aceptados (ver abajo). No pasar de 40 cuartillas incluidos todos los anexos, fotos, gráficos, bibliografía, etc.
- Numeración: todas numeradas al pie de página derecha.
- Títulos: Debe expresar la esencia del trabajo con menos de 10 palabras en mayúsculas. Los subtítulos en minúscula.
- Nombres de autor y autores: Apellido y nombre completo.
- Reseña curricular del autor y/o autores: con un asterisco al pie de página señalar la institución o instituciones pertenecientes actualmente. No pasar de 50 palabras.
- Sumario: visión ordenada de los contenidos a espacio sencillo.
- Utilización de cursivas: en palabras, expresiones diferentes para hacer énfasis.

La revista Centro Médico de Caracas publica editoriales, artículos de revisión, artículos originales (publicados o no), artículos doctrinarios de la Medicina, la Salud pública, de Historia de la Medicina y la comunidad. También publica reportes de casos clínicos, reuniones anatomoclínicas, cartas al editor, artículos sobre temas culturales presentados en la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas y otros lugares.

En la primera página el título, que no exceda las 40 palabras. Luego el nombre de los autores, con sus grados académicos y sus afiliaciones institucionales, e-mail y teléfonos.



En la segunda página un resumen en español e inglés de un máximo de 200 palabras, que contenga el objetivo, método, resultados y conclusiones, incluyendo entre 3 y 10 palabras claves. Sugerimos para la elaboración del contenido del manuscrito consultar las recomendaciones internacionales: <http://www.español.equatornetwork.org>

Las referencias son las mencionadas en el texto con números entre paréntesis, colocado inmediatamente luego del nombre del autor o autores, y en el orden en que van apareciendo en el texto con las siguientes normas:

1. Para revistas o publicaciones periódicas: apellido(s) del autor (es), inicial del nombre (s). Título del artículo en cursiva. Abreviatura internacional de la revista. año, volumen, páginas, inicial y final.
2. Si se trata de libros: Apellido(s) del autor(es) e iniciales del nombre(s). Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad). Casa editora, año
3. Capítulos de libro: Apellido(s) del autor(es), inicial del nombre(s). Título del capítulo, Apellido(s) e inicial(es) del editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad) casa editora, año. páginas inicial y final.
4. Referencia Electrónica: Apellido y nombre del Autor (es). Título o descripción del documento. Dirección electrónica. Fecha de Publicación.

El comité editorial se reserva el derecho de modificar los artículos aceptados, para adaptarlos a las normas de publicación.

Dirección para recepción de los manuscritos info@sociedadmedica.org

Redacción de citas bibliográficas según estilo de las Normas de Vancouver

El actual comité editorial de la Revista de la Sociedad Médica “Centro Médico de Caracas”, que dirige el

Dr. Oscar Colina y que continúa la tarea de su anterior Director el Dr. Abraham Krivoy, quien logró la titánica labor de digitalizar los números de la Revista a partir del Volumen N° 3 del año 1964 hasta el presente, los cuales podemos encontrar en internet en la siguiente dirección electrónica <https://www.revistacentromedico.org/>, queremos seguir aumentando el valor editorial de esta revista hasta conseguir su indexación en Lilacs (<https://lilacs.bvsalud.org/es/>) que desde hace 32 años es el más importante índice de la literatura científica en Salud de América Latina y del Caribe.

Para lograr este objetivo debemos conseguir la publicación regular de los números de la Revista y quienes en ella publican, deben cumplir los Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas (https://metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf). Por esta razón, hemos incluido en el número actual, el estilo de citas bibliográficas de revistas biomédicas basado en las Normas de Vancouver actualizadas para el año 2019, el cual descargamos de la Biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid https://biblioguias.uam.es/citar/estilo_Vancouver y que a continuación transcribimos. Además el resumen del trabajo a publicar, debe ser entregado tanto en español como en inglés. Esperamos contar con su colaboración, para que nuestra institución y su revista, sigan siendo ejemplo de calidad, superación y compromiso con nuestro país.

Citas y elaboración de bibliografía: el plagio y el uso ético de la información: Estilo Vancouver

Guía para citar respetando los derechos de autor

Los estilos de cita

Es importante hacer un uso responsable, ético y legal de la información que se utiliza cuando se elabora un trabajo académico. Al incluir las referencias bibliográficas identificamos las ideas e información que han sido tomadas de otros autores. Si además empleas un estilo de cita normalizado se favorece el reconocimiento de la fuente empleada para que cualquier otra persona pueda localizar esos documentos.



La elaboración de un trabajo académico o científico requiere de la inclusión de una bibliografía sistemática y estructurada. En su redacción hay dos elementos fundamentales:

1. las citas en el texto: forma de referencia breve entre paréntesis dentro de un párrafo o añadida como nota a pie de página, al final de un capítulo o del documento, según dicte el estilo bibliográfico empleado y
2. las referencias bibliográficas: una nota más extensa y ordenada alfabéticamente al final del documento o siguiendo una sucesión numérica que corresponde al orden de citas en el texto, también dependiendo de las normas del estilo utilizado.

Los gestores de citas bibliográficas son herramientas que permiten recopilar bibliografía, organizarla, comentarla o compartirla, utilizarla para la preparación de un manuscrito con vistas a su publicación o incluso adaptar su estilo a las normas de edición de una determinada revista científica. *RefWorks* es la aplicación recomendada por la UAM para la gestión de bibliografías personales de docentes, investigadores y estudiantes. Las bibliotecas de la UAM ofrecen cursos de formación sobre la elaboración de bibliografías y la utilización de *RefWorks*.

Redactar referencias bibliográficas según estilo Vancouver

Libro completo

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005

Volúmenes independientes de libros

1. Volúmenes con título propio pero de los mismos autores/editores

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. Vol. nº. Título del capítulo.

Cicchetti D, Cohen DJ, editors. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; c1995. 787 p.

2. Monografías seriadas

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. (Autor/es. Título de la serie. Vol. nº)

Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; c1997. 657 p. (Kerr AG, editor. Scott-Brown's otolaryngology; vol. 2).

Capítulos de libros

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/ Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

Franklin AW. Management of the problem. En: Smith SM, editor. The maltreatment of children. Lancaster: MTP; 2002. p. 83-95.

Artículo de revista

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5):350-7.

Actas de congresos y conferencias (se citan como un libro)

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.



Comunicaciones y ponencias

Autor/es de la comunicación / ponencia. Título de la comunicación / ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación / ponencia.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australian. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

Recursos en internet

Libros

Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: url.

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [revised 2007-2008; cited 2009 Mar 29]. Available from: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.htmlpA>

Artículos de revistas

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [Internet] año [consultado]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en:

Aboud S. Quality of improvement initiative in nursing homes. Am J Nurs [Internet]. 2002 [Consultado 22 Nov 2012]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>.

Sítios web

Autor/es. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [revisado; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.

European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [Consultado 3 Jul 2012]. Disponible en: <http://envisat.esa.int/>

Parte de un sitio web

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Dental health; 2009 May 06 [cited 2009 Jun 16]; [about 7 screens]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dentalhealth.html>

Datos de investigación

Veljić M, Rajčević N, Bukvički D. A Revision Of The Moss Collection Of The University Of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain In Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Available from: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

Citas en texto según Vancouver

Las citas en el texto se efectúan a través de llamadas con números arábigos entre paréntesis, aunque muchas revistas establecen en sus normas para autores el uso de superíndices.

Cada trabajo citado en el texto debe tener un único número asignado por orden de citación. Si se cita una obra más de una vez conservará el mismo número.

Las citas de un autor se pueden realizar por un número o integrando el nombre del autor seguido de un número en el texto. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone tras el nombre de éste. Si no se nombra al autor, el número aparecerá al final de la frase

Los tumores pueden extenderse desde el pulmón a cualquier parte del cuerpo (1)...

Como indicó Lagman (2) los cuidados de la diabetes...

Si la obra tiene más de un autor se citará en el texto el primer autor *et al.*

Simona *et al.* (5) establecen que el principio



Información para los autores

Para citar una obra que no tiene un autor conocido, se debe usar lo que se denomina 'autor corporativo'. Por ejemplo una organización o una entidad.

El Ministerio de Sanidad (4) recientemente ha estimado que la hepatitis...

El número de personas que sufren de hepatitis en España ha crecido un 14% en los últimos 20 años (4)....

Algunos libros contienen capítulos escritos por diferentes autores. Cuando se cita el capítulo se citará al autor del capítulo no al editor literario o director de la obra.

Bell (3) identificó que las personas que sufren de diabetes mellitus 2 requieren unos cuidados alimentarios estrictos

Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion

Modern scientific nomenclature really began with Linnaeus in botany (1), but other disciplines (2,5) were not many years behind in developing various systems (4-7) for nomenclature and symbolization

Cita directa: Debe ser breve, de menos de cinco renglones, se inserta dentro del texto entre comillas, y el número correspondiente se coloca al final, después de las comillas y antes del signo de puntuación, se incluye la paginación

"...has been proven demonstrably false." (4, p.23)