



# REVISTA DOMINICANA DE CIRUGÍA

PUBLICACIÓN DEL COLEGIO DOMINICANO DE CIRUJANOS, INC.

VOLUMEN VII - N° 3

EDICIÓN: SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2025



[cdc.org.do](http://cdc.org.do)



COLEGIO  
DOMINICANO  
DE CIRUJANOS

PERÍODO 2024-2026

# DIRECTIVA

**Dr. Jiomar Figueroa Germosén**  
Presidente

**Dr. José Bayohan Martínez**  
Vice-Presidente

**Dr. Nelson Encarnación**  
Secretario

**Dr. Luis Vladimir Restituyo M.**  
Tesorero

**Dr. Leonardo Brito Sánchez**  
Pasado Presidente y Vocal Asesor

**Dr. Margarita Cruz**  
**Dr. Giomania Rodríguez M.**  
**Dr. Sharon Ricardo Corniel**  
**Dr. Franklin Robles**  
Vocales

**Dr. Hanser Abreu**  
Presidente Filial Norte

**Dra. Yorquiris Alburquerque**  
Presidenta Filial Sur

**Dr. Frank Mota Acosta**  
Presidente Filial Este

**Dr. Virgilio Martínez Tejada**  
Presidente Filial Nordeste

**Dra. Rosalba E. García G.**  
Presidenta Filial Noroeste





COLEGIO  
DOMINICANO  
DE CIRUJANOS

# ÍNDICE

**EDITOR**

Dr. Heriberto  
Rodríguez Bonet

**COMITÉ EDITORIAL**

Dr. Leonardo Brito  
Dr. Eric Olivero  
Dr. Ceferino Brache  
Dr. Nicolás Rizik

**DIAGRAMACIÓN  
Y DISEÑO**

Ktechsolutions

ISSN 2676-0681

**Editorial**

*Dr. Julio Cesar Peña Encarnación*

01

**Sección I: Maestros de la Cirugía**

**Dominicana. M.C.D. Dr. José Domingo Chanlatte Baik**

*Dr. Ceferino Brache, Dr. Nicolás Rizik*

02

**Sección II: Historia de las Escuelas de Cirugía.**

**Residencia De Cirugía Del Hospital Salvador B. Gautier**

*Dr. Nicolas Rizik Cabral*

04

**Procedimientos Quirúrgicos  
de Cirugía General en Pacientes  
con Trasplante Renal 2014 - 2024**

*Dr. Nicolás Rizik, Dr. José Miguel Taveras,  
Dr. Dioel Jiménez*

08

**Linfangioma Esplénico, Un Tumor Benigno Raro.  
Reporte de Casos y Revisión de la Literatura**

*Dr. Rafael Estévez Reyes, Dr. Rafael Estévez Castro,  
Dra. Gabriela Martínez Bisonó*

11

**Elefantiasis Complicada con Infección de Tejidos  
Blandos Tratada con Terapia VAC e Injerto Cutáneo  
de Miembro Inferior. A Propósito de un Caso**

*Dr. José Miguel Paniagua, Dra. Perla Bismarck Mercado Cuevas,  
Dra. Michely Lizbania Pichardo Angeles, Dr. Renato Rivas Vicioso,  
Dra. Pamela Cristina Pérez Tejada*

18

**Soporte Nutricional  
en Síndrome de Intestino Corto**

*Dra. Dilcia Rodríguez P., Dr. Jorge Soto C.*

25

**Plastrón Apendicular Resoluto:  
Revisión Bibliográfica y Reporte  
de Caso Manejado con Cirugía Diferida**

*Dr. Alejandro Roque, Dr. Jacinto Pérez,  
Dr. Carlos Lazala Lamarche*

29



COLEGIO  
DOMINICANO  
DE CIRUJANOS



Dr. Julio Cesar Peña  
Encarnación

Miembro de Honor C.D.C.  
Equipo Editorial Revista C.D.C.

## EDITORIAL

### ESTIMADO LECTOR DE NUESTRA REVISTA C.D.C.:

*Las Sociedades Médicas en su fundación deben tener como una de sus metas la posibilidad de crear su órgano de difusión científico-socio-cultural a fin de dar a conocer los conocimientos y aprendizajes adquiridos en la práctica profesional de su membresía en beneficio de los pacientes que lo requieren, así como de los médicos en entrenamiento o formación y estudiantes de medicina de nuestras universidades; de ahí que en el periodo 1992-94 el Colegio Dominicano de Cirujanos, Inc., iniciara sus primeras publicaciones, primero como "BOLETÍN" y en 1998 como "REVISTA".*

*Es bueno señalar que en ocasiones había dificultad para su salida dado el poco soporte comercial y aporte de los artículos científicos por parte de la membresía. (Ver reseña de historia de la Revista Cirugía, publicada en una de las ediciones anteriores, por el Dr. Jiomar Figueroa, actual presidente del CDC).*

*La perseverancia del Dr. Heriberto Rodríguez Bonet en el interés de las publicaciones de la REVISTA y el soporte de las viejas y nuevas generaciones de cirujanos, miembros y no miembros del CDC, hablan bien del contenido científico de las publicaciones, con temas variados y de suma importancia en la aplicación de la práctica médico-quirúrgica en beneficio de los pacientes: "Lo que no se escribe, se olvida".*

*Este nuevo número de nuestra REVISTA está lleno de interesantes temas y enfoques variados, que seguro llenarán las expectativas del lector. Sus artículos están escritos de tal forma que resultan una real asesoría sobre las técnicas y procedimientos quirúrgicos de la práctica clínico-quirúrgica, así como del conocimiento de la evolución del CDC. Además, para dar señales positivas de que nuestro órgano de difusión científica continuará con el apoyo generalizado de todo cirujano miembro.*

*En esta edición, tendrán la oportunidad de conocer la biografía del DR. JOSE DOMINGO CHANLATE BAIK, "Maestro de la Cirugía Dominicana", profesor de profesores, su legado; la evolución e historia de la Residencia de Cirugía General del Hospital Dr. Salvador B. Gautier; sus generaciones de egresados; Cirugía General y Trasplante Renal; Revisión de dos (2) casos de Linfangioma Esplénico; Soporte Nutricional en Síndrome de Intestino Corto; y por último, Plastrón Apendicular Resoluto. Revisión, biografía y manejo.*

*Finalmente, debo exhortar a la membresía, los cirujanos de otras especialidades quirúrgicas y especialidades afines, residentes en general y estudiantes de medicina a que visiten la Plataforma Virtual del COLEGIO DOMINICANO DE CIRUJANO, CDC, y ver en ella la "REVISTA", además de fortalecerla publicando en la misma trabajos de investigación.*

*Gracias por la gentileza de ocupar su precioso tiempo como lector de nuestra "REVISTA"; disfrutémosla, aprendamos de su contenido y apliquémoslo en la práctica médico-quirúrgica.*

**Dr. Julio Cesar Peña Encarnación**

*Equipo Editorial*

## Páginas para la Historia de la Cirugía Dominicana

# Sección I Maestros de la Cirugía Dominicana

**DR. JOSÉ DOMINGO  
CHANLATTE BAIK**  
(1933 a 2025)  
M.C.D. 2019



Tener la oportunidad de referirnos al Dr. José Chanlatte nos llena de orgullo, ya que somos parte de la gran cantidad de médicos que formó como profesor en las aulas universitarias y como cirujano en su mayor aporte a la medicina dominicana: la residencia de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier.

Nació en Santo Domingo en 1933 y, tras realizar los estudios correspondientes, ingresa a la Universidad Autónoma de Santo Domingo, de la que egresa como Doctor en Medicina en 1959. Ya para 1960 se traslada a los Estados Unidos y en la ciudad de Akron, Ohio, realiza un año de internado rotatorio y otro de Cirugía General. En 1962 inicia su residencia en Cirugía en Cleveland, en los hospitales St. Alexis y St. Luke, completándola en 1966. De inmediato se traslada a Dallas, Texas, donde en el Hospital Baylor y bajo la tutela del gran profesor Jesse Thompson, realiza un año de cirugía vascular periférica.

Desde 1967 a 1969 se forma en Traumatología y Medicina de Emergencia en el Delaware Hospital en la ciudad de Wilmington, Delaware.

Toda esa formación de 9 años en diferentes ramas de la cirugía le permite obtener el State Board de Medicina en el estado de Virginia y el Board Americano de Cirugía General. En 1973 fue designado Fellow del Colegio Americano de Cirujanos.

Comienza su ejercicio privado en el estado de Virginia y lo hace hasta 1978, viajando por periodos, para mantener su Board, ya que desde 1969 había regresado al país, integrándose al servicio de Cirugía General del Hospital Salvador B. Gautier, en donde su dedicación a la cirugía le hizo comprometerse a fondo con la calidad de la atención a los pacientes. Dándose cuenta de la ausencia de regulación para el ejercicio quirúrgico, inició, junto a otros cirujanos, las gestiones necesarias para la formación de nuestro Colegio Dominicano de Cirujanos, llegando a formar parte de su primera directiva como secretario.

Convencido de que, dadas las limitaciones de plazas en los Estados Unidos luego de terminar la guerra de Vietnam, era necesario iniciar la formación de personal quirúrgico adecuado para nuestro país. Esta inquietud lo llevó, junto a otros cirujanos formados en el exterior, a iniciar los programas de formación en cirugía general en el país. El Dr. Rubén Andújar inició en julio de 1975 la residencia del Hospital Dr. Luis E. Aybar; y el Dr. Chanlatte, junto al Dr. Félix Goico (jefe del servicio de Cirugía del Hospital Gautier) y los doctores Eduardo Rodríguez Lara y Zoilo Fernández Coste, en enero de 1976. Sin su

participación, este logro no hubiera sido posible, ya que fue el ideólogo, organizador y motor de nuestra residencia, ocupando el cargo de coordinador desde sus inicios hasta su pensión en el año 2012. Al fallecer el Dr. Goico en mayo de 1996, toma la jefatura del servicio, cargo que ocupó también hasta su retiro.

Pero no solo actuaba en la formación de postgrado, pues su afán de prodigar conocimientos lo llevó a ser profesor de distintas universidades del país; siendo profesor de patología quirúrgica y del internado de cirugía de la Universidad Autónoma de Santo Domingo; de anatomía y disección, semiología y patología quirúrgica en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; y profesor de la Universidad Unibe de las mismas materias desde su formación hasta su retiro en 2012.

Solo imaginar que, por décadas, miles de estudiantes recibieron sus conocimientos, nos permite valorar la grandeza de su aporte a la medicina dominicana. Coautor de libros, prolijo articulista y destacado conferencista en congresos nacionales e internacionales hacen que sea imposible detallar adecuadamente su producción científica. En 2006, el Poder Ejecutivo lo reconoció como Héroe de la Salud; en el 2008 fue reconocido como fundador del Colegio Dominicano de Cirujanos; en 2011 fue nombrado Miembro de Honor del Colegio Dominicano de Cirujanos y en el 2012 se le dedicó su XIX congreso. Pero estamos seguros de que su mayor orgullo lo representa la Residencia de Cirugía del Hospital Gautier. Siempre estaba investigando cómo aumentar el caudal de conocimientos que se impartía en la residencia y así fue posible que nos integráramos a procedimientos tan innovadores en su momento como la cirugía de trasplante renal y los accesos vasculares, de los que nuestro hospital era sede del programa. Cuando llegó como innovación la cirugía laparoscópica, el Dr. Chanlatte, sin importar su edad, fue de los primeros cirujanos del país en aceptarla y, desde luego, en incorporarla al trabajo de la residencia, permitiendo esto que desde entonces todo cirujano egresado estuviera dotado de los conocimientos básicos para practicar esta noble técnica.

Su afán por perfeccionar la residencia permitió agregar en nuestro hospital las subespecialidades en cirugía bariátrica y metabólica, coloproctología y cirugía vascular periférica; áreas que contribuyen a mejorar la atención de los pacientes quirúrgicos. Actualmente, estos programas están dirigidos por cirujanos entrenados en nuestra residencia y podemos testimoniar sus múltiples beneficios, tanto en la formación de los residentes actuales como en los tantos servicios prestados a nuestro universo de pacientes y, en general, al país.

Su dirección nos diseñó un ideal: la mejoría en la preparación de los residentes de cirugía de nuestro hospital y la sensación de estar lo suficientemente preparados para afrontar cualquier problema quirúrgico y resolverlo. Es esa la razón por la que todos los egresados, a modo de reconocer sus aportes, decidimos integrar la Sociedad de Cirujanos Dr. Chanlatte Baik, que aglutina el grueso de nuestros egresados y persigue eternizar el agradecimiento y cariño que sentimos por él las 56 promociones y 132 egresados: 4 coloproctólogos, 8 cirujanos bariátricos y metabólicos, 7 cirujanos vasculares y mínimamente invasivos formados en nuestro hospital y los múltiples subespecialistas formados luego en otras escuelas.

En enero del 2019, el Colegio Dominicano de Cirujanos, en reconocimiento a su trayectoria, le otorgó el máximo galardón académico y profesional de la institución: Maestro de la Cirugía Dominicana (MCD).

El Dr. Chanlatte falleció en octubre del 2025, dejándonos sin su presencia física, pero su legado continúa al reflejar en nosotros los conocimientos adquiridos por sus oportunas diligencias; en el salón de clases de cirugía donde a cada momento se pondera y recuerda su aporte; y en cada recinto quirúrgico donde uno de sus egresados realiza un procedimiento que mejora o salva una vida.

**HONOR AL DR. JOSÉ CHANLATTE BAIK.**

**Relatores**

Dr. Ceferino Brache

Dr. Nicolás Rizik

## Páginas para la Historia de la Cirugía Dominicana

# Sección II Historia de las Escuelas de Cirugía

## RESIDENCIA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SALVADOR B. GAUTIER

### 50 AÑOS. SU HISTORIA Y EVOLUCIÓN



### Los Inicios.

El Hospital S. B. Gautier fue inaugurado el 24 de octubre de 1951 con pretensiones de ser un referente de especialidades médicas y quirúrgicas en el Caribe, y creado para liderar la atención en salud de aquel nuevo sistema de seguridad social de la dictadura que gobernaba con puño fuerte y delirios de modernidad.

En sus primeros 10 años llegó a ser el hospital modelo de la República Dominicana, habiendo captado a muchos de los médicos especialistas más renombrados del país.

Los acontecimientos políticos de la década de los 60's no mermaron su calidad, debido quizás a su autonomía ligada al Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).

Habían transcurrido 10 años de la contienda civil de 1965 y 25 años de su fundación, cuando se da inicio el 2 de enero de 1976 a la Escuela

de Cirugía General que cumple ahora 50 años.

Sin la convicción del Dr. José Chanlatte Baik no hubiera sido posible; fue ideólogo, organizador y motor de esta escuela quirúrgica.

Dos años antes, junto a otros cirujanos, intervino en la creación del Colegio Dominicano de Cirujanos, formando parte de su primera directiva como secretario, en la cual estaban también otros dos cirujanos del Hospital S. B. Gautier, los doctores Eduardo Rodríguez Lara y Zoilo Fernández Coste, a los que se unió el Dr. Francisco García Pereyra. Siendo uno de los propósitos del nuevo Colegio Dominicano de Cirujanos el promover la formación académica de cirujanos en el país, ya que las opciones en otras naciones, como los Estados Unidos, se habían reducido con más requisitos después de la guerra de Vietnam y ya se contaba con unos pocos cirujanos formados en programas extranjeros,

el Dr. Chanlatte junto al Dr. Andújar planificaron en paralelo las dos residencias de cirugía general en el Hospital Luis E. Aybar y el Hospital S. B. Gautier, los dos principales del país. Ambas debían iniciar el 1ro julio de 1975, lo cual se logró en el antiguo Hospital Morgan, pero no a tiempo en el Hospital S.B. Gautier, ya que se requería la aprobación del legendario Dr. Félix Goico, jefe de los servicios quirúrgicos y cirujano jefe de cirugía del hospital, que en principio tuvo dudas de la viabilidad, pero convencido por su staff, finalmente él mismo gestionó la autorización del consejo directivo del I.D.S.S., del cual era miembro muy respetado, mediante una resolución. Así que la fecha de inicio se pospuso para enero de 1976, a fin de reclutar los residentes.

### **Entonces Empezamos.**

El programa había sido diseñado para 4 años al estilo piramidal norteamericano, con 8 residentes de primer año, de los cuales pasarían 4 al 2do año y, posteriormente, 2 residentes al 3er y 4to año que egresarían como cirujanos generales. Una manera de promover la buena competencia y decantar la calidad académica. También el programa establecía rotaciones de los R-I por subespecialidades quirúrgicas como Urología, Ortopedia, Cirugía Plástica y Neurocirugía. Es posible que estos rotantes fueran factor de estímulo, para que poco tiempo después estas especialidades empezaran a gestar sus propios programas de entrenamiento, con prerequisites de uno o dos años de cirugía general. También el programa contemplaba rotaciones en 2do año en cirugía cardiovascular y torácica, y en 3er año cirugía pediátrica y cirugía oncológica. Eventualmente, esta residencia fue impulsora de las rotaciones extranjeras en 3er y 4to año. Se asignaron 3 meses para asistir al Centro Médico de Río Piedras en Puerto Rico, Hospital Universitario (UDH) y hospital municipal. Logro por las relaciones de nuestros maestros con el doctor Gumersindo Blanco (Decano). Posteriormente, el Dr. Chanlatte consigue la rotación en el New England Deaconess Hospital, Boston, afiliado a Harvard Medical School of Medicine. Eventualmente, por asuntos de visados, idioma y restricciones

médico-legales, la rotación extranjera se mudó a México. La que sería la 1ra promoción de esta residencia empezó con un año adelantado, debido a que eran médicos internos asignados a Cirugía con más de 1 año de experiencia quirúrgica en el hospital y otros centros, y fueron convalidados. Además, se admitieron 8 residentes de 1er año examinados y entrevistados formalmente.

También colaboró en esos años iniciales como cirujano instructor, el Dr. Joaquín Montolío.

Los Drs. Magino Méndez, Milton Suarez y Francisco de la Rosa egresaron a final del 1978. De la 2da promoción solo se graduó el Dr. Hernán Cruz a finales de 1979. Este luego emprendería una brillante carrera, formándose en cirugía cardiovascular primero en México y luego en Boston, regresando después a reimplementar la cirugía cardiovascular en el Hospital S. B. Gautier. Su compañero, Juan Ramon Diaz Guzmán, había accedido a la reciente escuela de cirugía plástica, única que todavía existe en el país, y cuyo primer residente fue el Dr. Julio Cesar Peña Encarnación.

Entonces se estableció un nuevo calendario en el ciclo de residencia para empezar en julio y terminar en junio, y nos tocó a la 3ra promoción de los Dres. Marcelo Pomares y Nicolás Rizik, permanecer 6 meses más hasta junio del 1981 para obtener el título de Cirujano General.

Ya para entonces la Residencia estaba bien estructurada, habiendo saltado los obstáculos iniciales y provisto de requisitos de entrenamiento formal a varios médicos en especialidades quirúrgicas. Se había integrado el Dr. Jacinto Pérez Vidal, quien por muchos años fue un pilar importante en la enseñanza quirúrgica y en la disciplina, obtenida de su formación en España.

Por acuerdo con la dirección médica del I.D.S.S., se estableció lo que se designó como "Pasantía de Especialidad", mediante la cual la institución enviaba a los egresados a algunos de los hospitales del interior, con el fin de utilizar los recursos formados y proveer de trabajo a estos nuevos cirujanos. Esta iniciativa se extendió pronto a



*Dr. José Domingo Chanlatte Baik / MCD 2019*

las otras especialidades. A mediados de 1985 se produce el ingreso, ya como especialista, al servicio de cirugía del Dr. Nicolás Rizik, habiendo ganado concurso de una plaza vacante dejada por el Dr. García Pereyra, siendo el primer egresado de esta residencia que accede al staff de cirujanos profesores.

En septiembre de 1987, asignado por el Dr. Félix Goico para asistir al Dr. Ashley Baquero en los primeros 2 trasplantes renales en el hospital, se abre una puerta inesperada para un fellowship en el programa de trasplante renal de la Universidad de Puerto Rico (UPR), con el fin de dar seguimiento al primer programa de trasplante en el país, que continuaría por 24 años y 187 trasplantes renales, siempre con el apoyo del servicio de cirugía, urología y nefrología. Los residentes rotaban y participaban en los trasplantes junto a la rotación por cirugía cardiovascular.

Desde 1983 y en lo adelante, se modificó y amplió a 3 el programa de egresados para las próximas promociones. En 1993 se integran como cirujanos profesores los Dres. Miguel Brache y Darío de los Santos, para la tanda de cirugía vespertina

El 8 de mayo de 1996 fallece el Dr. Félix Goico, y asume la jefatura de Cirugía el Dr. Chanlatte, desempeñando ambas posiciones hasta el 2013, cuando recibe su pensión, aunque siguió asistiendo por varios años más a las sesiones académicas por iniciativa suya. Desde 1995 se

había adoptado la cirugía laparoscópica como parte del entrenamiento quirúrgico de los residentes con dos equipos y el apoyo del Dr. Danilo Espinal.

En 1998 egresa el Dr. Jiomar Figueroa Germosén, actual presidente del C.D.C., quien 10 años más tarde sería pionero en trasplante hepático y obtención de órganos cadavéricos para trasplantes. Actual jefe de Cirugía y Trasplante General Plaza de la Salud.

### **25 Años Después.**

El nuevo milenio abre un nuevo ciclo cuando se obtiene el aval académico de la Residencia de Cirugía General del Hospital S.B. Gautier, por la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por gestiones del Dr. Nicolás Rizik y el Dr. Chanlatte. A partir del 2003 se crean las subespecialidades de Cirugía Vascul Periférica con dos cirujanos egresados, los Dres. José Acosta y Andrés Marín, con fellowship de 2 años, incluyendo rotación de endovascular, en Saint Louis, Missouri. Dos años después se crea la subespecialidad de Coloproctología, coordinada por el Dr. Julio De Peña Díaz, y sus primeras fellows las Dras. María Cristina Fernández y Yesenia Ruiz.

Esta etapa ve un aumento significativo del interés de los egresados por obtener grados en diferentes subespecialidades quirúrgicas y, a medida que ellos retornaban al hospital y ocupaban posiciones en el plantel, ha seguido en aumento esta tendencia. Los Drs. Rafael González y Edgar Leino crean el fellowship de cirugía bariátrica. De 132 cirujanos generales egresados en estos 50 años, 61 han realizado diferentes subespecialidades quirúrgicas, la mayoría en los programas del Hospital S.B. Gautier, otros en el extranjero: 3 cirujanos cardiovasculares, 3 en cirugía de trasplante de órganos, 7 en coloproctología, 10 en cirugía vascular periférica, 12 en cirugía plástica, 7 en cirugía oncológica, 15 en cirugía metabólica-bariátrica, 3 en urología, 1 en cirugía pediátrica y 2 en emergenciológica.

Cabe destacar también que 3 egresados de esta residencia han presidido el Colegio Dominicano de Cirujanos. El Dr. Nicolás Rizik, el Dr. Eric Olivero y el actual, Dr. Jiomar Figueroa.



A partir del 2012, por la nueva ley de Seguridad Social, promulgada en 2003, se empieza el proceso de desmantelamiento del I.D.S.S. para entregar los hospitales al nuevo Servicio Nacional de Salud, rama hospitalaria del Ministerio de Salud Pública. Se producen cientos de pensiones del personal médico por antigüedad, forzando un retiro prematuro de algunos. La jubilación del Dr. Chanlatte deja la residencia y el Servicio de Cirugía en manos del Dr. Ceferino Brache en 2013, que luego traspasa por limitación de enfermedad al Dr. José Rolando Ramírez, quien desde el 2014 hasta la fecha la ha dirigido con un plantel que es totalmente egresado de nuestra residencia.

El 10 de enero del 2019, el Dr. José Chanlatte recibe el máximo galardón académico de “Maestro de la Cirugía Dominicana” por sus grandes méritos docentes y quirúrgicos, otorgado por el Colegio Dominicano de Cirujanos.

Esta mística se ha mantenido por años, porque también se constituyó hace más de 20 años la Sociedad de Cirujanos Egresados del Hospital

S.B. Gautier, Dr. José Chanlatte Baik, rindiendo homenaje y gratitud al protagonista principal de esta historia que ha sido trascendente en la práctica quirúrgica de nuestro país durante medio siglo.

#### **Relator**

Dr. Nicolas Rizik Cabral

#### **Colaboradores**

Dr. Ceferino Brache.

Dra. Gianna Ramos.

José Rolado Ramírez.

# Procedimientos Quirúrgicos de Cirugía General en Pacientes con Trasplante Renal 2014 - 2024

Nicolás Rizik<sup>a</sup>, José Miguel Taveras<sup>a</sup>, Dioel Jiménez<sup>a</sup>

a. Cirujano General, Centro Médico Universidad Central del Este. Santo Domingo, R. D.

## RESUMEN

El trasplante renal es reconocido como uno de los mayores avances en la medicina moderna, el cual provee gran mejoría en cuanto a calidad de vida a los pacientes con enfermedad renal irreversible en etapa final a nivel mundial. Los pacientes sometidos a trasplante renal suelen padecer otras comorbilidades, además de estar sujetos a los riesgos inherentes de complicaciones quirúrgicas locales y repercusiones sistémicas debido a la inmunosupresión que dicho proceso conlleva. En el seguimiento a 10 años de los pacientes con trasplante renal atendidos en el servicio de Patologías concurrentes y morbilidad relacionada con otras enfermedades en pacientes con trasplante renal. Objetivo: - Caracterizar los casos de afecciones en pacientes con trasplante renal, las cuales requieran manejo quirúrgico, independientemente de su relación o no con el procedimiento de trasplante. - Despejar posibles temores del cirujano general en el manejo quirúrgico de estos pacientes por su condición de ser trasplantados renales. - Estricto protocolo de seguridad perioperatorio.

**Palabras Clave:** Riñón, trasplante, cirugía, complicaciones, experiencia.

## ABSTRACT

Kidney transplantation is recognized as one of the greatest advances in modern medicine, which provides great improvements in quality of life to patients with end-stage irreversible kidney disease worldwide. Patients undergoing kidney transplantation usually suffer from other comorbidities, in addition to being subject to the inherent risks of local surgical complications and systemic repercussions due to the immunosuppression that this process entails. Objective: to characterize cases of conditions in patients with kidney transplants, which require surgical management, regardless of their relationship or not with the transplant procedure.

**Keywords:** Kidney, transplant, surgery, complications, experience.

## INTRODUCCIÓN

Desde que J. E. Murray realizó, en el año 1954, el primer trasplante renal exitoso en humanos, hasta nuestros días, el trasplante renal ha sufrido grandes avances, tanto en el ámbito médico (nuevos inmunosupresores, control sistemático de infecciones oportunistas, mayor precisión en el análisis de compatibilidad inmunológica...) como en el quirúrgico (progresos en la técnica, optimización de riñones subóptimos...). Los pacientes con insuficiencia renal tienen mayor riesgo de episodios cerebrovasculares, y el riesgo de infartos cardíacos es 10 veces más alto que el de la población general. No obstante, la calidad de vida después de un trasplante renal exitoso es por mucho superior a la diálisis.

## CASOS CLÍNICOS

En el presente artículo se presenta una revisión sistemática de la casuística quirúrgica de los autores en materia de procedimientos quirúrgicos realizados a pacientes con trasplante renal, los cuales, en su mayoría, no estuvieron relacionados con el trasplante ni con alguna complicación del mismo.

## RESULTADOS

Se evaluó un total de 15 casos correspondientes a pacientes con trasplante renal, de los cuales 9 (60%) correspondieron a pacientes femeninas, mientras que 6 (40%) correspondieron a masculinos, respectivamente. De los cuales solo 3 (20%) se debieron a complicaciones del procedimiento quirúrgico de trasplante.

## DISCUSIÓN ANALÍTICA

Los pacientes con trasplante renal pueden padecer de diferentes patologías que afectan a cualquier persona, por lo que necesitarán de un diagnóstico y un procedimiento quirúrgico, la mayoría de las veces no relacionado con el trasplante en sí.

Existe aprensión entre la generalidad de los cirujanos generales y los ginecólogos cuando se les presentan estos casos que pueden ser infrecuentes, pero cada vez en aumento a medida que la sobrevida aumenta en el tiempo y la cantidad de trasplantados renales se hace mayor.

En este grupo que presentamos como experiencia, de 15 casos, 9 correspondieron a la patología que maneja el cirujano general, 4 correspondían al ámbito de ginecología y 2 al área urológica. De todos, 11 fueron electivos y 4 de emergencia.

En todos intervino cirugía general.

Los de cirugía general (9) tuvieron la asistencia del cirujano de trasplante en 5 de ellos.

Los de ginecología tuvieron la asistencia del cirujano general en el total de los 4 casos.

De los 2 casos de urología:

En el ureteroceles con una reintervención por fuga urinaria postoperatoria, el urólogo fue asistido por el cirujano general. La nefrectomía, como era de un riñón trasplantado en rechazo crónico hematórico, fue realizada por el cirujano trasplantólogo asistido del cirujano general.

Todos los casos fueron resueltos sin mortalidad.

Los principales temores radican en dos factores:

- La fisiología y relativa fragilidad de estos pacientes.
- La anatomía modificada por el implante renal heterotópico en la fosa ilíaca, con un uréter de trayecto impreciso.

Estos factores hacen necesaria la colaboración entre las especialidades quirúrgicas que deben manejar y resolver estos casos con el mínimo riesgo.

## CONCLUSIONES

1. A medida que aumenta el número de trasplantes renales y se alarga su sobrevida, podemos encontrar ocasionalmente en nuestra práctica de cirugía

general casos no relacionados con el órgano trasplantado.

2. Estas podrían hacerse abiertas o mínimamente invasivas.

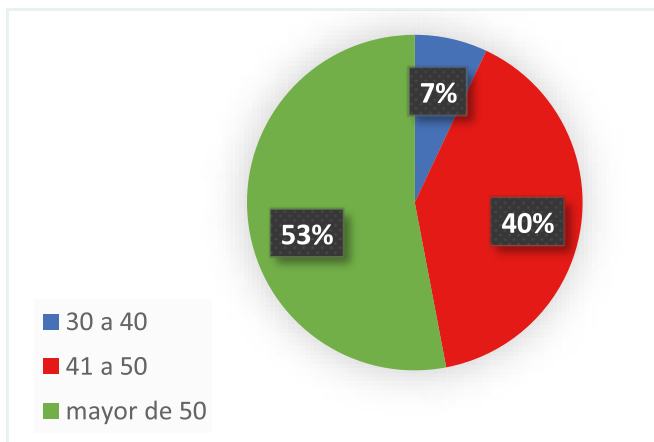
### RECOMENDACIONES

1. Deberán tomarse en cuenta una buena evaluación preoperatoria y preanestésica debido a que casi todos son hipertensos o tienen algún grado de enfermedad cardiovascular.

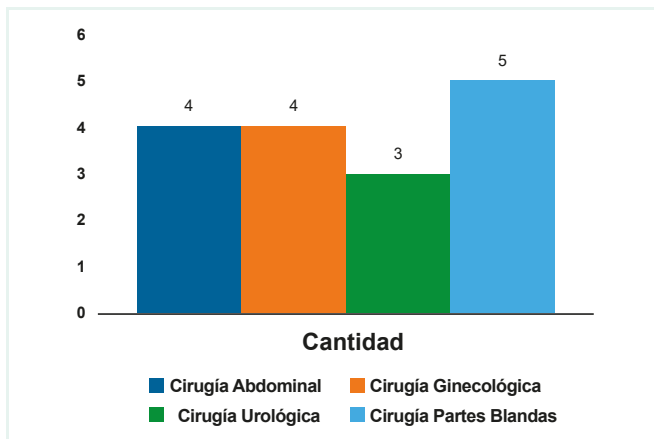
2. Tomar en cuenta una mayor cobertura de antibioterapia debido a su condición de inmunosupresión.

3. Profilaxis transanestesia y operatoria de hidro cortisona por su condición de esteroide-dependencia.

### INFORMACIONES ESTADÍSTICAS



Gráfica 1.



Gráfica 2.

Data	No. (%)
<b>Sexo</b>	
Femenino	9 (60)
Masculino	6 (40)
<b>Total</b>	15 (100)
<b>Edad</b>	
30 a 40	1 (6.67)
41 a 50	6 (40)
Mayor de 50	8 (53.33)
<b>Total</b>	15 (100)
<b>Total</b>	56 (100)
<b>Procedimientos</b>	
Apendicetomía	2
Laparoscopia diagnóstica	1
Colecistectomía	1
Ooforectomía derecha	1
Histerectomía total	2
Salpingoclasia bilateral	1
Resección de ureterocele	2
Nefrectomía	1
Hernioplastia inguinal	1
Hernioplastia ventral	1
Herniorrafia umbilical	2
Drenaje de seroma	1
<b>Total</b>	16 (100)

Tabla 1. Data General.

Fuente: Propia

### REFERENCIAS:

- 1 B. Mesnard, G. K. et al / Trasplante renal y complicaciones/ EMC – Urología, Volume 56, Issue 1, 2024, Pages 1-14, ISSN 1761-3310, [https://doi.org/10.1016/S1761-3310\(23\)48763-4](https://doi.org/10.1016/S1761-3310(23)48763-4). (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761331023487634>)
- 2 Gómez Sánchez/Complications of patients with kidney transplantation in the first 48 hours in a third level hospital/ Revista de enfermería y servicios de salud/2019, 27(3), 154-82
- 3 Gómez Sánchez/Complications of patients with kidney transplantation in the first 48 hours in a third level hospital/ Revista de enfermería y servicios de salud/2019, 27(3), 154-82

# Linfangioma Esplénico, Un Tumor Benigno Raro. Reporte de Casos y Revisión de la Literatura.

Rafael Estévez Reyes<sup>a</sup>, Rafael Estévez Castro<sup>b</sup>,  
Gabriela Martínez Bisonó<sup>c</sup>

a. Cirujano torácico.

b. Patólogo, Clínica Corominas, Santiago de los Caballeros, República Dominicana.

c. Doctor en Medicina, Clínica Corominas, Santiago de los Caballeros, República Dominicana.

#### CORRESPONDING AUTHOR:

Rafael Estévez Reyes.  
<https://orcid.org/0009-0005-7547-0036>

#### COLLABORATORS:

Rafael Estévez Castro.  
<https://orcid.org/0000-0002-3062-6253>

Gabriela Martínez Bisonó.  
<https://orcid.org/0009-0008-3973-3144>

#### Financiamiento:

Los autores declaran que no recibieron fondos específicos de agencias de financiación en los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro para la realización de esta investigación.

#### Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

#### Consideraciones éticas:

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación de su caso e imágenes, garantizando su anonimato.

## RESUMEN

**Problema:** El linfangioma esplénico es un tumor benigno y poco frecuente, caracterizado por la proliferación de vasos linfáticos. Su presentación en adultos es inusual y suele descubrirse de forma incidental o por síntomas inespecíficos.

**Caso clínico:** Se presentan dos casos de linfangioma esplénico en adultos jóvenes, con síntomas inespecíficos o sin sintomatología evidente. Los estudios imagenológicos mostraron lesiones quísticas multiloculadas en el bazo. **Hallazgos:** Se realizó esplenectomía abierta mediante incisión subcostal izquierda en ambos casos. Las piezas quirúrgicas presentaban múltiples cavidades quísticas con contenido seroso. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de linfangioma esplénico.

**Conclusión:** El linfangioma esplénico, aunque infrecuente en adultos, debe incluirse dentro del diagnóstico diferencial de las esplenopatías quirúrgicas. La esplenectomía constituye el tratamiento de elección, permitiendo la confirmación diagnóstica y la resolución clínica.

**Palabras Clave:** Linfangioma esplénico. Esplenectomía. Malformaciones vasculares. Tumor esplénico benigno. Cirugía abdominal.

## ABSTRACT

**Problem:** Splenic lymphangioma is a rare, benign tumor characterized by lymphatic vessel proliferation. Its presentation in adults is unusual and is usually discovered incidentally or due to nonspecific symptoms. **Clinical case:** We present two cases of splenic lymphangioma in young adults: one female and one male, with nonspecific symptoms such as mild abdominal pain or no apparent symptoms. Imaging studies showed multiloculated cystic lesions in the spleen. **Findings:** Open splenectomy was performed through a left subcostal incision in all cases. The surgical specimens presented multiple cystic cavities with serous contents. Histopathological examination confirmed the diagnosis of splenic lymphangioma. **Conclusion:** Splenic lymphangioma, although uncommon in adults, should be included in the differential diagnosis of cystic splenic lesions. Splenectomy is the treatment of choice, allowing for diagnostic confirmation and clinical resolution.

**Keywords:** Splenic lymphangioma, splenectomy, benign splenic tumor, vascular malformations, abdominal surgery.

## INTRODUCCIÓN

El linfangioma esplénico primario fue documentado por primera vez por Frink en 1885. Es una lesión tumoral benigna infrecuente, con una incidencia estimada menor al 0.007% entre todas las neoplasias esplénicas reportadas<sup>1,2</sup>. Solo el cinco por ciento de todos los linfangiomas del cuerpo se encuentran en el bazo<sup>3</sup>.

Desde el punto de vista histológico, estos tumores se componen de canales linfáticos dilatados, que pueden tener un origen congénito o desarrollarse secundariamente, adoptando morfologías quísticas simples o multilobuladas. En estudios imagenológicos, suelen visualizarse como formaciones bien delimitadas, de baja densidad, sin componentes sólidos ni captación significativa de contraste.

Su diagnóstico es más habitual en la edad pediátrica; su identificación en pacientes adultos es sumamente rara y en muchos casos, accidental. En el registro documental de los 70 años previos al 2015 se contabilizaron 209 casos en adultos y casi un tercio de todos los casos conocidos en adultos se han reportado o reclasificado en los últimos 10-15 años, gracias a las mejoras en técnicas de imagen<sup>2,3</sup>.

Los casos reportados de 2015 a 2025 evidencian que el linfangioma esplénico primario continúa siendo una entidad de extrema rareza. Se estima que el número de casos documentados a nivel mundial en este periodo es de aproximadamente 95 nuevos reportes<sup>2,3</sup>.

Aunque es una patología predominantemente infantil, se ha visto un aumento en reportes de adultos, con pacientes de 35, 43, 46 y 56 años con hallazgos incidentales por TC o Resonancia Magnética realizados por otros motivos<sup>1,3</sup>.

En 2025, se documentó el caso de una mujer de 35 años con esplenomegalia masiva tratada mediante esplenectomía abierta tras un intento laparoscópico. En el mismo año se documenta otro caso con el uso de cirugía mano-asistida exitosa para tratar un linfangioma difuso<sup>2</sup>.

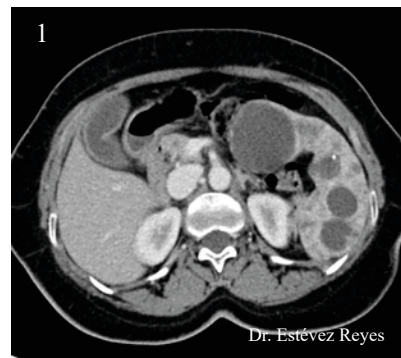
Publicaciones recientes en portales como SciELO y Dialnet describen casos en pacientes adultos en Perú y Colombia, resaltando la dificultad del diagnóstico preoperatorio<sup>4,5</sup>.

La mayoría de los registros recientes se centran en el linfangioma quístico solitario, mientras que la forma difusa (que afecta a todo el órgano) sigue siendo el hallazgo más excepcional. Dado su carácter poco común y la ausencia de síntomas específicos, el diagnóstico certero generalmente se obtiene tras la resección quirúrgica del bazo y el análisis anatomopatológico correspondiente<sup>2,3,6</sup>.

## PRESENTACIÓN DE CASOS

Se presentan los casos de dos pacientes con diagnóstico de linfangioma esplénico, quienes fueron manejados quirúrgicamente mediante esplenectomía abierta a través de una incisión subcostal izquierda.

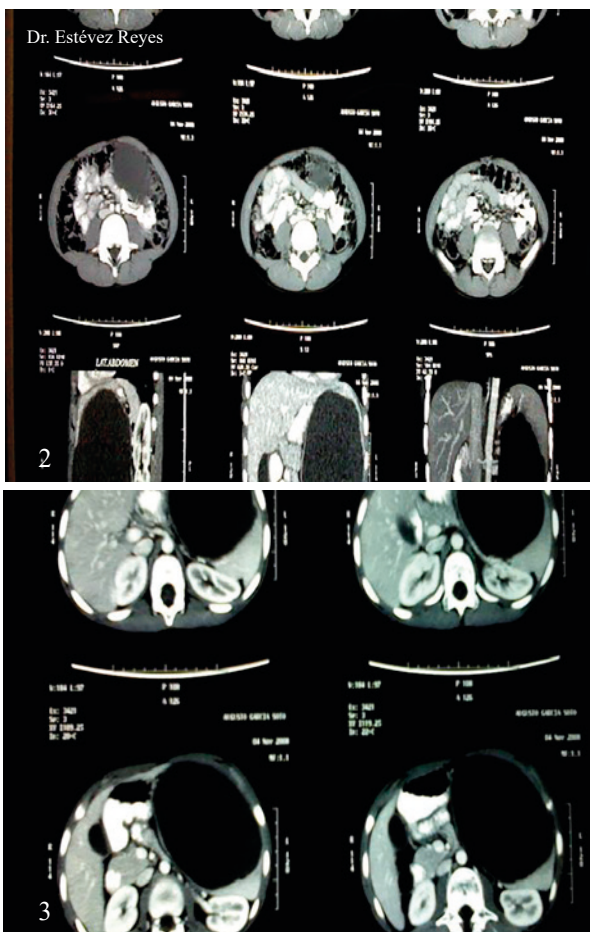
**Paciente N°1:** Sexo masculino, 14 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos, acudió por dolor en hipocondrio izquierdo de aparición reciente, sin irradiación ni síntomas constitucionales asociados. Al examen físico, presentaba sensibilidad localizada en el hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal ni visceromegalias. Los estudios de laboratorio, incluyendo hemograma, pruebas hepáticas y función renal, fueron normales. La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal evidenció una masa esplénica bien delimitada, heterogénea, hipodensa, de aproximadamente 7 × 5 × 3 cm, sin calcificaciones ni invasión de estructuras vecinas, lo cual apoyó el diagnóstico presuntivo de linfangioma esplénico (**Figura 1**).



**Figuras 1.** Tomografía axial computarizada (TAC) del abdomen del paciente N°1. Se observa una masa esplénica bien delimitada, de baja densidad, localizada en el polo superior del bazo, sin calcificaciones ni compromiso de órganos adyacentes. Compatible con linfangioma esplénico.

Dr. Estévez Reyes

**Paciente N°2:** Femenina, 24 años de edad, sin antecedentes personales de relevancia, que fue evaluada por esplenomegalia encontrada de forma incidental durante un examen físico rutinario. La paciente se encontraba asintomática, y la única alteración en el examen físico era la palpación de una masa no dolorosa en el hipocondrio izquierdo, compatible con bazo aumentado de tamaño. Los análisis de laboratorio no revelaron anomalías. La TAC abdominal mostró una masa esplénica multilocular, de aspecto quístico, con septos internos y áreas hipodensas, ocupando casi la totalidad del bazo. El tamaño aproximado fue de 11 × 7 × 5 cm, sin evidencia de adenopatías, ni compromiso de órganos adyacentes (*Figuras 2 y 3*).

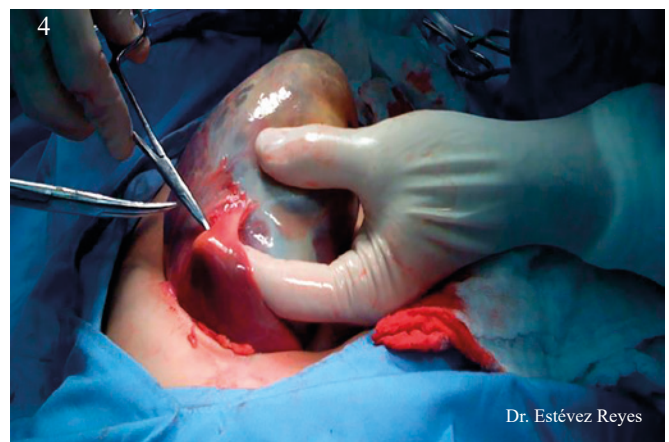


**Figuras 2-3.** Corte axial de TAC abdominal en paciente N°2. Muestra esplenomegalia con múltiples áreas hipodensas, quísticas, de bordes definidos. No se evidencia invasión a estructuras vecinas.

En ambos pacientes, se descartó la realización de biopsia debido a la clara imagenología compatible con lesión benigna, y se optó por el tratamiento quirúrgico mediante esplenectomía abierta, dada la localización, tamaño tumoral y el riesgo potencial de rotura o hemorragia.

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Los pacientes fueron intervenidos bajo anestesia general con profilaxis antibiótica con cefazolina 1 g por vía venosa con metronidazol de 500 mg por vía oral, administrada en el preoperatorio. Luego de realizar asepsia y antisepsia del campo operatorio, se llevó a cabo una incisión subcostal izquierda tipo Kehr modificada. Se procedió a la disección por planos anatómicos hasta alcanzar la cavidad peritoneal, donde se identificó el bazo aumentado de tamaño con superficie externa lisa y multinodular (*Figura 4*).



**Figuras 4.** Apertura de cavidad abdominal con exposición del bazo aumentado de tamaño. Se evidencia superficie esplénica lisa y brillante, multinodular, en contexto de esplenomegalia de causa tumoral benigna.

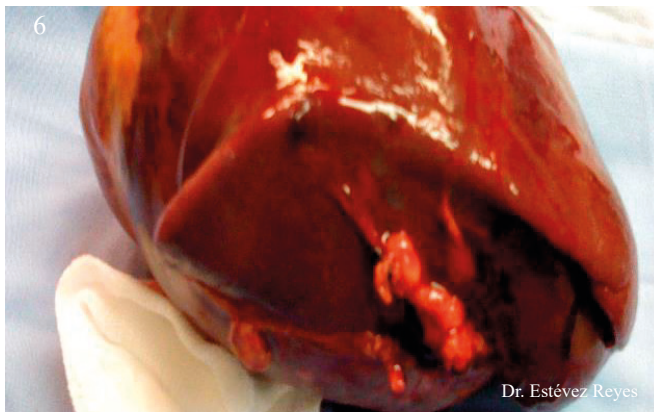


**Figuras 5.** Extracción quirúrgica del bazo. Se observa órgano esplénico de gran tamaño, firme y multilobulado, sostenido por el cirujano durante su exéresis.

Se realizó una movilización esplénica cuidadosa mediante la sección del ligamento esplenocólico, esplenorrenal y gastroesplénico. La arteria y vena esplénica fueron individualizadas, ligadas y seccionadas con sutura de seda 2-0. El bazo fue extraído sin complicaciones, verificando la integridad de la cápsula y la ausencia

de sangrado (**Figura 5**). Se irrigó el lecho esplénico con solución salina estéril y se colocó un dren tubular en cavidad. El cierre abdominal se realizó por planos: peritoneo y fascia profunda, tejido celular subcutáneo y piel.

Durante la intervención se extrajo un bazo de gran tamaño, encapsulado, con superficie externa multinodular y consistencia firme (**Figura 6**). Al corte macroscópico, se observaron múltiples cavidades quísticas de paredes delgadas, con contenido seroso claro (**Figura 7**). El peso aproximado de la pieza fue de 700 gramos.



**Figuras 6.** Masa tumoral encapsulada, de superficie lisa y multilobulada, correspondiente al espécimen resecado.



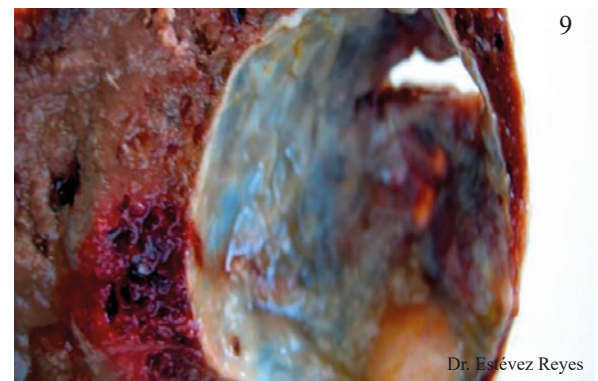
**Figuras 7.** Corte macroscópico del bazo resecado, donde se evidencian múltiples cavidades quísticas distribuidas a lo largo del parénquima esplénico, con contenido seroso.

La pérdida hemática intraoperatoria fue estimada en 400 ml, y la duración total del procedimiento quirúrgico fue de aproximadamente dos horas. La herida fue cubierta con antibiótico tópico y un apósito estéril. El estudio anatomopatológico confirmó una resección completa (R0), sin compromiso de los márgenes quirúrgicos, con la lesión localizada a una distancia segura de los bordes de resección, lo que respalda un

pronóstico favorable en este tipo de tumores benignos. Ambos pacientes presentaron una evolución postoperatoria adecuada, sin complicaciones inmediatas. La alimentación oral se reinició de forma progresiva, y el dren fue retirado al tercer día, sin evidencias de colección ni sangrado. Fueron dados de alta en condiciones clínicas estables y con seguimiento ambulatorio planificado.

## REPORTE DE PATOLOGÍA

El estudio histopatológico del linfangioma esplénico muestra múltiples espacios quísticos dilatados de paredes delgadas, tapizados por células endoteliales aplanadas y ocupados por material linfático claro o, en ocasiones, sanguinolento. Las paredes de los quistes están conformadas por tejido fibroconectivo, en el que pueden observarse fibras musculares lisas dispuestas de forma irregular. En algunas áreas se identifican nódulos linfoides, así como cambios secundarios tales como hemorragias, trombosis, tejido de granulación, células gigantes y depósitos de cristales de colesterol.



**Figuras 8-9.** Imágenes del análisis macroscópico del espécimen esplénico, donde se observa una lesión encapsulada con paredes engrosadas y contenido interno denso, compatible con tumor benigno quístico.

**Descripción Microscópica:**

Se observan múltiples espacios quísticos dilatados e irregulares, de tamaño variable, que contienen material linfático claro o en ocasiones sanguinolento. Las paredes de los quistes son delgadas, compuestas por tejido fibroconectivo y revestidas por una capa de células endoteliales aplanadas. Se identifican fibras musculares lisas dispuestas de forma irregular en las paredes quísticas, así como nódulos linfoides dispersos dentro de la lesión. Las técnicas inmunohistoquímicas pueden confirmar el origen endotelial de los quistes mediante la detección de marcadores como D2-40 (marcador de endotelio linfático) y el factor VIII.



Dr. Estévez Reyes

10



11

Dr. Estévez Reyes

**Figuras 10-11.** Cortes secuenciales del espécimen, que muestran múltiples cavidades de distintos tamaños, de bordes bien definidos algunas con contenido hemático o seroso, en patrón multinodular.

**DISCUSIÓN**

El linfangioma esplénico es una malformación vascular benigna de baja incidencia, más frecuente en edad pediátrica, aunque también se han descrito casos en adultos, generalmente como hallazgos

incidentales o presentaciones sintomáticas por masas de gran tamaño<sup>7,8,9</sup>. Su asociación con síndromes genéticos como Noonan, Turner, linfangioleiomiomatosis y trisomías 13, 18 y 21 resaltan su origen congénito<sup>10</sup>.

Radiológicamente, los linfangiomas esplénicos se presentan como lesiones quísticas multiloculadas, hipoeoicas en ecografía y de baja atenuación en tomografía computarizada, sin realce significativo tras contraste. La resonancia magnética puede mostrar hiperseñal en T2 con tabiques internos<sup>9,11</sup>. Sin embargo, la confirmación diagnóstica requiere el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, donde la inmunohistoquímica con marcadores como D2-40, CD31 y CD34 es útil para diferenciar de otros tumores vasculares esplénicos<sup>11,12,13</sup>.

En pacientes con linfangiomas pequeños y asintomáticos, el manejo conservador mediante vigilancia periódica puede ser apropiado. No obstante, la mayoría de los casos publicados corresponde a tumores sintomáticos o de gran volumen que requieren tratamiento quirúrgico<sup>7,12</sup>. La esplenectomía, total o parcial, sigue siendo el pilar terapéutico. En las últimas décadas, la técnica laparoscópica ha desplazado en gran medida al abordaje abierto debido a sus beneficios en reducción de sangrado, menor dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria y mejor recuperación funcional<sup>11,12,13,14</sup>.

La esplenectomía parcial laparoscópica ha ganado protagonismo como alternativa en lesiones focales, permitiendo preservar tejido esplénico funcional, lo cual es crucial especialmente en pacientes pediátricos y jóvenes, ya que reduce el riesgo de infecciones graves asociadas a la esplenectomía total<sup>15,16</sup>.

Casos recientes muestran que esta técnica es segura y factible, incluso en masas de tamaño considerable y en adultos<sup>13, 16</sup>. Por otro lado, la esplenectomía laparoscópica total sigue siendo válida en casos donde la localización o el tamaño del tumor impide la resección parcial segura. La decisión final debe basarse en la evaluación del volumen esplénico residual funcional,

la vascularización segmentaria y la experiencia quirúrgica del equipo tratante<sup>11,13,16</sup>.

## CONCLUSIÓN

El linfangioma esplénico es un tumor benigno infrecuente cuya presentación clínica suele ser asintomática o inespecífica. El diagnóstico preoperatorio es difícil y requiere un alto índice de sospecha, apoyado por estudios de imagen. La confirmación histológica sigue siendo el estándar diagnóstico definitivo.

La esplenectomía continúa siendo el tratamiento de elección, y su abordaje (abierto o laparoscópico) dependerá del tamaño de la lesión, localización y experiencia del equipo quirúrgico. Reportar casos contribuye al mejor entendimiento de esta rara entidad y a la toma de decisiones clínicas más informadas.

## REFERENCIAS

1. Reyes, D., Woodward, C., et al. An Atypical Case of Splenic Lymphangioma. *Journal of Radiology Case Reports*, 19(4), 1-9. 2025.
2. Cázares-Montañez JE, et al. Esplenectomía mano asistida para el tratamiento de linfangioma difuso. *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica*, 26(1-4), 34-38. (2025).
3. Soleimani, N., Pouraminaee, F., Anbardar, M. H., Bahador, A., Rahimi, B., Mohammadzadeh, S., Aghakhaninejad, F., Farahmand, M., & Hasani, M. Splenic Lymphangioma Mimicking Lymphomatous Involvement: A Case Report with Review of the Literature. *Case Reports in Medicine*, vol. 2023, Article ID 9969213.
4. Salgado-Nesme, N., Green-Renner, D., Sánchez-García, J., & Morales-Maza, J. (2022). Linfangioma quístico intraabdominal en adultos: serie de casos. *Cirujano General*, 44(2), 65-71.
5. Jiménez-Canizales, C. E., et al. (2022). Linfangiomatosis esplénica en un paciente adulto: Reporte de caso. *Acta Médica Peruana*, 39(4), 392-395.

6. Perez A, et al. Splenic lymphangioma in adulthood: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 67, 250–253. 2020.
7. Lee HJ, Kim JW, Hong JH, et al. Cross-sectional imaging of splenic lesions. *Radiographics*. 2018; 38(2): 435-456. doi: 10.1148/rg.2018170119. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29432287>
8. Rodríguez-Montes JA, Collantes-Bellido E, Marín-Serrano E, Prieto-Nieto I, Pérez-Robledo JP. Linfangioma esplénico. Un tumor raro. Presentación de 3 casos y revisión de la bibliografía. 2016;84(2):154–9. doi: 10.1016/j.circir.2015.06.016
9. Efareed B, Atsame-Ebang G, Zabeirou A, Hammas N, Mazaz K, El Fatemi H, et al. Isolated splenic lymphangioma presenting as a huge mass causing anemia and abdominal distension in an adult patient: a case report. *BMC Surg*. 2022;22(1):446. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
10. Abbott RM, Levy AD, Aguilera NS, et al. Primary vascular neoplasms of the spleen: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2004; 24(4): 1137-63. doi:10.1148/rg.244045006. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15328695>
11. Thorat S, Shaji FM. Splenic lymphangioma masquerading as splenic abscess managed by laparoscopic splenectomy: a case report. *World J Clin Oncol*. 2023;14(10):440 444. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/2218-4333/full/v14/i10/440.htm>
12. Wang X, Wang M, Zhang H, Peng B. Laparoscopic partial splenectomy is safe and effective in patients with focal benign splenic lesion. *Surg Endosc*. 2014;28(11):3273 3278. doi:10.1007/s00464-014-3600-0. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00464-014-3600-0>
13. Shi R, Yang P, Guo Y, Tang Y, Luo H, Qin C, et al. Laparoscopic anatomical partial splenectomy for extremely rare isolated splenic lymphangioma in an adult: a case report and literature review. *Front Oncol*. 2024;14:1460566. Disponible en:

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2024.1460566/full>

14. Kwon AH, Inui H, Tsuji K, Takai S, Imamura A, Kamiyama Y. Laparoscopic splenectomy for a lymphangioma of the spleen: report of a case. *Surg Today*. 2001;31(3):258-261. doi:10.1007/s005950170182. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s005950170182>

15. Kimura K, Kurashima Y, Tanaka K, et al. Laparoscopic partial splenectomy for splenic lymphangioma: a case report. *Surg Case Rep*. 2020;6:140. Disponible en: <https://surgicalcasereports.springeropen.com/articles/10.1186/s40792-020-00882-1>

16. Li Y, Tian Y, Meng L, Cai H, Wang X, Cai Y, et al. The safety and feasibility of laparoscopic partial splenectomy: analysis of perioperative indications from different vascular subtypes and improvement of surgical approach. *Surg Endosc*. 2024;38:7329-7340. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-024-11270-3>

# Elefantiasis Complicada con Infección de Tejidos Blandos Tratada con Terapia VAC e Injerto Cutáneo de Miembro Inferior. A Propósito de un Caso

José Miguel Paniagua<sup>a</sup>, Perla Bismarck Mercado Cuevas<sup>b</sup>,  
Michely Lizbania Pichardo Ángeles<sup>b</sup>, Renato Rivas Vicioso<sup>b</sup>,  
Pamela Cristina Pérez Tejada<sup>b</sup>

a. Cirujano General y Vascular,  
Hospital Docente Padre Billini

b. Residente de Cirugía  
General, Hospital Docente  
Padre Billini

## RESUMEN

Presentamos el caso clínico de una paciente femenina con diagnóstico de elefantiasis crónica de miembro inferior derecho, que se complicó con una infección severa de tejidos blandos y posterior necrosis extensa, por lo cual fue asistida y tratada por nosotros en el Hospital Docente Padre Billini, Santo Domingo, Rep. Dominicana. El manejo de la herida requirió un enfoque multidisciplinario, destacando el uso de la Terapia de Presión Negativa (Terapia VAC) para el desbridamiento, control infeccioso y preparación óptima del lecho. Posteriormente, se realizó un injerto cutáneo de espesor parcial, logrando la cobertura definitiva y una excelente integración. Este caso subraya la complejidad del manejo de heridas crónicas en el contexto de patologías linfáticas avanzadas y el papel crucial de la Terapia VAC en la optimización del lecho para el injerto.

**Palabras Clave:** Elefantiasis, infección de tejidos blandos, terapia de presión negativa, Terapia VAC, injerto cutáneo.

## ABSTRACT

We present the clinical case of a female patient diagnosed with chronic right lower limb elephantiasis, which was complicated by a severe soft tissue infection and subsequent extensive necrosis, therefore, she was assisted and treated by us at the Padre Billini Hospital, Santo Domingo, Dominican Republic. Wound management required a multidisciplinary approach, highlighting the use of Negative Pressure Wound Therapy (VAC Therapy) for debridement, infection control, and optimal wound bed preparation. Subsequently, a split-thickness skin graft was performed, achieving definitive coverage and excellent integration. This case underscores the complexity of managing chronic wounds in the context of advanced lymphatic pathologies and the crucial role of VAC Therapy in optimizing the bed for grafting.

**Keywords:** Elephantiasis, soft tissue infection, negative pressure therapy, VAC Therapy, skin graft.

## INTRODUCCIÓN

La elefantiasis constituye la manifestación avanzada del linfedema crónico, caracterizada por engrosamiento masivo de la piel y del tejido subcutáneo secundario a la obstrucción o daño del sistema linfático. En regiones no endémicas de filariasis, sus causas más frecuentes son infecciones bacterianas recurrentes, cirugías, radioterapia, trauma, insuficiencia venosa crónica y neoplasias<sup>1</sup>.

El estancamiento linfático crónico induce fibrosis progresiva, hiperqueratosis e inmunosupresión local, lo que favorece infecciones recurrentes como erisipela y celulitis, generando un ciclo de inflamación, necrosis y ulceración crónica de difícil manejo<sup>2</sup>.

El tratamiento quirúrgico se basa en tres etapas fundamentales:

- Control agresivo de la infección y desbridamiento exhaustivo.
- Preparación del lecho de la herida, reduciendo el edema, eliminando tejido no viable y optimizando la perfusión.
- Cobertura definitiva mediante injerto cutáneo o colgajo, tras estabilización del lecho y control infeccioso<sup>3</sup>.

La Terapia de Presión Negativa (TPN/VAC) se ha consolidado como herramienta adyuvante eficaz; metaanálisis recientes demuestran que mejora la tasa de integración del injerto, reduce la pérdida del mismo y disminuye la incidencia de reintervención<sup>4,5</sup>. Su mecanismo incluye la estimulación del tejido de granulación, la reducción del edema y exudado, y el control de la carga bacteriana<sup>6</sup>.

En conclusión, la elefantiasis avanzada requiere un manejo multidisciplinario que combine control infeccioso, cirugía reconstructiva y uso de TPN, seguido de terapia compresiva y cuidados prolongados para prevenir recurrencias y preservar la función del miembro.

## CASO CLÍNICO

### Evaluación Inicial.

Paciente femenina de 60 años de edad, con historia de elefantiasis de larga data en el miembro inferior derecho, que acude al centro por un cuadro de aumento de volumen, rubor, dolor intenso, limitación de la movilidad y solución de continuidad desepidermizante en el tercio inferior de la pierna derecha, con salida de secreciones serosas en abundante cantidad, de un mes de evolución.

En el examen físico se evidenció un estado febril, taquicárdica, moderadamente deshidratada y con franco deterioro del estado general. El miembro inferior derecho presentaba un edema masivo, induración cutánea (paquidermia) y una solución de continuidad desepidermizante que abarcaba la cara anterior y lateral de la pierna derecha, con signos de celulitis ascendente y secreción serosa en abundante cantidad.

Los antecedentes personales patológicos correspondían a hipertensión arterial de 32 años de evolución y diabetes mellitus de 2 años de evolución.

Los antecedentes medicamentosos correspondían a:

- Clonidina 0,200 mg (2 veces al día)
- Nifedipina 60 mg (3 veces al día)
- Irbesartán 300 mg (2 veces al día)
- Bisoprolol 10 mg (2 veces al día)
- Furosemida 40 mg (2 veces al día)
- Minoxidil 10 mg (1 vez al día)

Los antecedentes quirúrgicos correspondían a cesárea (hace 26 años) e histerectomía total abdominal (hace 24 años).

Los antecedentes tóxicos correspondían al consumo de tres tazas de café al día.

### Manejo Médico y Quirúrgico Inicial.

La paciente fue ingresada con diagnóstico de elefantiasis de miembro inferior derecho

complicada con fascitis necrotizante (descartada posteriormente) / infección necrosante de tejidos blandos.

**Manejo infeccioso:** Se inició antibioticoterapia de amplio espectro por vía intravenosa, ajustada posteriormente según los resultados del cultivo.

**Manejo quirúrgico** (lavados y desbridamientos quirúrgicos): Se realizó desbridamiento quirúrgico urgente en quirófano. La extensión y profundidad de la necrosis (hasta el tejido celular subcutáneo y fascia) requirió múltiples procedimientos de lavado y desbridamiento seriados para eliminar el tejido desvitalizado, controlar la infección y alcanzar un lecho de herida viable y sangrante.

### **Evolución y Terapia de Presión Negativa (Terapia VAC).**

Tras los desbridamientos iniciales, se estableció una herida de gran tamaño con pérdida de sustancia y exposición de planos profundos. En esta fase, se implementó la Terapia de Presión Negativa (VAC) para optimizar la preparación del lecho de la herida, con los siguientes objetivos:

1. Drenaje de fluidos: Controlar el exudado abundante y el edema local.
2. Estimulación de granulación: Promover la proliferación de tejido de granulación uniforme y sano.
3. Control de carga bacteriana: Mantener un ambiente de herida sellado y controlado.

La terapia VAC se mantuvo con cambios programados cada 48-72 horas. Durante esta fase, el lecho de la herida progresó satisfactoriamente, mostrando una disminución significativa del exudado y una formación robusta de tejido de granulación rojo y sangrante, un indicador clave para la preparación exitosa del injerto.

### **Injerto Cutáneo y Resultado Final**

Una vez que el lecho de la herida se consideró óptimo (100% tejido de granulación sano, ausencia de signos de infección y mínima carga bacteriana),

se procedió a la cobertura definitiva:

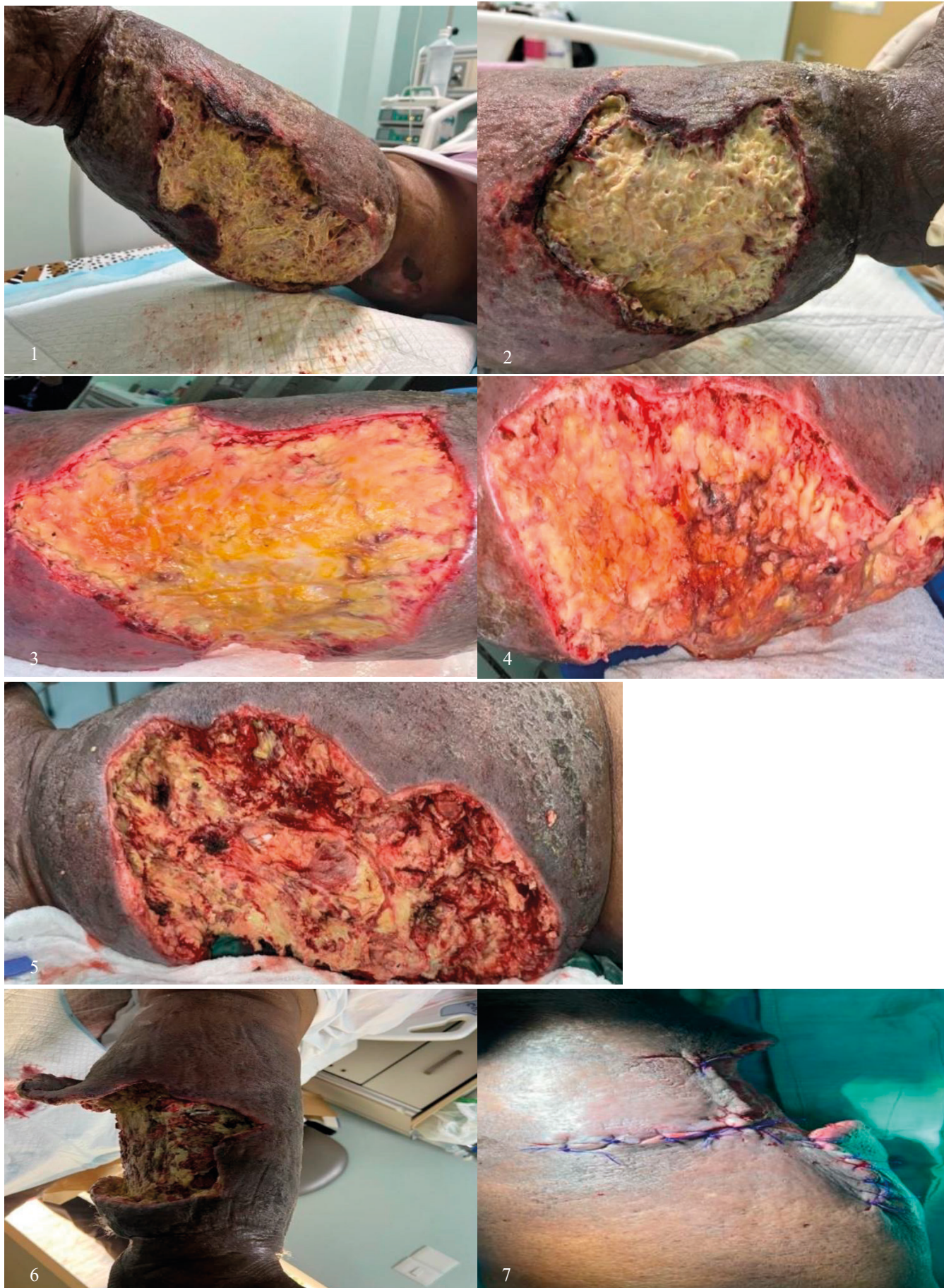
- **Obtención del injerto:** Se tomó un injerto cutáneo de espesor parcial de la región del muslo contralateral (zona dadora).
- **Colocación del injerto:** El injerto fue expandido y cuidadosamente colocado sobre el lecho de granulación del miembro inferior derecho.
- **Fijación y protección:** El injerto fue fijado y cubierto con apósitos compresivos y una nueva aplicación de Terapia VAC a presión baja para asegurar el contacto uniforme y la inmovilización, esencial para la prendida (integración) del injerto.

La evolución postinjerto fue favorable, con una prenda del injerto superior al 95%. La paciente fue dada de alta para continuar con el manejo ambulatorio, que incluyó la terapia compresiva para el control del linfedema de base.

## IMÁGENES



Figura 1. Aspecto inicial *Elefantiasis* de miembro inferior derecho complicada.



**Figura 2. Desbridamiento.**

1,2. Aspecto de la herida posterior al desbridamiento quirúrgico inicial. / 3,4. Aspecto de herida posterior al segundo desbridamiento quirúrgico. / 5,6. Aspecto de herida posterior al tercer desbridamiento quirúrgico / 7. Aspecto de herida posterior al cuarto desbridamiento quirúrgico.



**Figura 3. Desbridamiento.**

8-11. Aspecto de herida posterior al quinto desbridamiento quirúrgico.



**Figura 4. Evolución con Terapia VAC e injerto.**

12,13. Aplicación de la Terapia de Presión Negativa. / 14,15. Evolución del tejido de granulación más recambio de Terapia VAC.



**Figura 5. Evolución con Terapia VAC e injerto.**

16,17. Colocación y fijación del injerto cutáneo de espesor parcial. / 18,19 Integración temprana del injerto.



**Figura 6. Resultado final postinjerto cutáneo.**

20-22. Vista clínica del miembro inferior derecho, mostrando la completa integración y el resultado estético final del injerto.

## DISCUSIÓN

El manejo de las úlceras y heridas complejas en el contexto de la elefantiasis representa un desafío significativo. La fisiopatología del linfedema crónico crea un medio rico en proteínas y un ambiente local de inmunosupresión que facilita la colonización bacteriana y la progresión rápida de infecciones de tejidos blandos. La presencia de fibrosis, hiperqueratosis y el drenaje linfático deficiente comprometen la viabilidad de los colgajos e incluso la prendida de injertos, lo que exige una preparación exhaustiva del lecho.

El uso de la Terapia VAC fue fundamental en este caso. El mecanismo de acción de la presión negativa ayuda a contraer la herida, mejora la perfusión local al reducir el edema intersticial (característico de la elefantiasis) y facilita la eliminación continua del exudado, rico en bacterias y detritus. Este manejo activo contrasta con el de las curas húmedas tradicionales, logrando un tejido de granulación de mayor calidad y en un tiempo reducido, lo cual es vital para el éxito del injerto en un tejido comprometido por la patología de base.

La decisión de realizar un injerto de espesor parcial se basó en la necesidad de lograr una cobertura rápida y definitiva con mínima morbilidad en la zona dadora, siendo el tratamiento estándar para grandes pérdidas de sustancia con lechos bien granulados. El buen resultado del injerto confirma la eficacia de la Terapia VAC como puente terapéutico entre la fase de desbridamiento y la reconstrucción.

## CONCLUSIONES

La elefantiasis complicada con infección necrotizante de tejidos blandos es una condición que requiere intervención quirúrgica agresiva y un manejo post-desbridamiento optimizado. La Terapia de Presión Negativa (Terapia VAC) es una herramienta esencial y altamente efectiva para el control infeccioso, la reducción del edema y la promoción de un tejido de granulación sano, elementos cruciales para garantizar el éxito del injerto cutáneo en un miembro afectado por linfedema crónico.

## REFERENCIAS

1. Rockson SG. Lymphedema. *N Engl J Med.* 2018;379(20):1937-44.
2. Mortimer PS, Rockson SG. New developments in clinical aspects of lymphatic disease. *J Clin Invest.* 2014;124(3):915-21.
3. Brorson H, Ohlin K, Svensson H. The management of elephantiasis nostras. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2019;72(3):412-20.
4. Sun W, Chen Z, Chen Z, He X, Lin Y, Li S, et al. Negative pressure wound therapy for skin grafts: a systematic review and meta-analysis. *Int Wound J.* 2023;20(6):2285-97.
5. Scherer LA, Shiver S, Chang M, Meredith JW, Owings JT. The vacuum-assisted closure device: a method of securing skin grafts and improving graft survival. *Ann Plast Surg.* 2017;78(6 Suppl 1):S11-5.
6. Gottlieb LJ, Furman J. Principles of negative pressure wound therapy in grafting. *Wounds Int.* 2023;14(1):43-7.

# Soporte Nutricional en Síndrome de Intestino Corto

Dilcia Rodríguez P.<sup>a</sup>, Jorge Soto C.<sup>a</sup>

El síndrome del intestino corto (SIC) es un síndrome clínico-patológico devastador que resulta de la pérdida de longitud intestinal debido a una enfermedad o una resección quirúrgica.

Clínicamente, se caracteriza por diarrea, malabsorción, pérdida de peso y alteraciones electrolíticas.

Existe un acuerdo general: longitud residual del intestino delgado de 200 cm o menos cumple los criterios del SIC. Otros informes sugieren que una longitud residual de 150 cm o menos puede ser más apropiada.

El síndrome de intestino corto se clasifica de acuerdo a la presencia o no de colon.

Es importante que antes de continuar que definamos algunos conceptos:

**Síndrome de intestino corto:** Pérdida de la longitud intestinal debida a una enfermedad o resección quirúrgica única o múltiple con menos de 200 cm de intestino remanente.

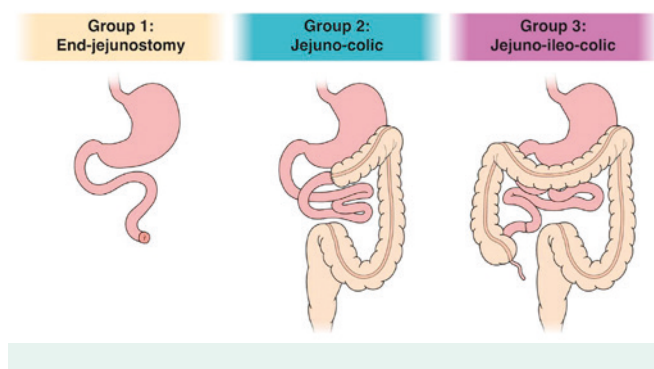
**Síndrome de intestino corto funcional:** Remanente de intestino mayor de 200 cm, pero con las mismas complicaciones.

**Insuficiencia Intestinal:** Reducción de la absorción intestinal que no requiere de la suplementación intravenosa.

**Falla Intestinal:** Disminución de la absorción intestinal de electrolitos y agua por el mínimo necesario y que necesita de la suplementación intravenosa para mantener la salud y el crecimiento.

La falla intestinal se puede clasificar desde el punto de vista funcional en:

1. Obstrucción mecánica.
2. Fístula intestinal.
3. Dismotilidad mucosa intestinal.
4. Enfermedad extensa de la mucosa intestinal.
5. Síndrome de intestino corto. Por lo tanto, el síndrome de intestino corto es un tipo de falla intestinal.



a. Medicina Interna, Nutriología Clínica

Uno de los objetivos primordiales en el manejo nutricional del intestino corto es la adaptación intestinal; la misma se define como la respuesta importante a la resección masiva del intestino delgado que lleva a una expansión compensatoria de la superficie digestiva y de absorción de la mucosa por unidad de longitud. Este fenómeno se anuncia con tolerancia gradual de la nutrición enteral que no se podía tolerar en puntos temporales anteriores.

La cascada de eventos que sucede para que se dé la adaptación intestinal es la siguiente:

- Hipertrofia
- Aumento del diámetro
- Aumento del tamaño de velocidades

Todo se da por el estímulo de nutrientes, secreciones biliopancreáticas y hormonas intestinales.

La adaptación intestinal varía dependiendo del tipo de resección; así, en pacientes con síndrome de intestino corto tipo 1, se dará en un 20 %; en el tipo 2, en un 40 %; y el de mejor pronóstico, que es el de tipo 3, se da en un 80 % de los casos.

Dentro de los factores que influyen en la adaptación intestinal están el tipo de edad, la cantidad de intestino remanente, el tipo de resección proximal o distal, si hay o no válvula ileocecal, si hay enfermedad intestinal residual y la citrulina, que es un marcador de la masa y la función del intestino delgado.

El manejo nutricional del síndrome de intestino corto empieza haciendo evaluación nutricional cuidadosa, determinando déficit de nutrientes que son críticos, los cuales se harán de manera periódica; dentro de los que están: Vitamina A, B12, D, E, folatos, hierro, zinc, selenio. Peso, evaluar electrolitos séricos, pruebas de función renal y hepática.

Además de evitar la desnutrición con un aporte de calorías y de proteínas adecuado y un manejo de los líquidos de manera óptima.

## Dieta Oral.

La dieta oral debería iniciarse tan pronto como se pueda y se deben incluir todos los grupos de alimentos. La liberalización de la dieta puede ocurrir con el tiempo, a medida que progresa la adaptación intestinal. Para lograr la adaptación intestinal y contrarrestar la malabsorción postoperatoria, puede ser necesaria la hiperfagia adaptativa (consumir el 150 % de las necesidades nutricionales basales). Se ha demostrado que consumir seis comidas pequeñas y frecuentes a lo largo del día reduce los vómitos, la sensación de plenitud y la hinchazón en pacientes con diversos trastornos gastrointestinales y en individuos sanos para aumentar la ingesta calórica.

Las proteínas se deben optimizar en estos pacientes y no está indicado el uso de fórmulas elementales (péptidos o aminoácidos).

En cuanto a los hidratos de carbono y sabiendo que los azúcares son osmóticamente activos y atraen agua al tracto gastrointestinal, esto aumenta la producción de las heces, aumentando el volumen de éstas, y debería evitarse la recomendación de bebidas azucaradas. Generalmente, se contraindica la lactosa en estos pacientes, pero se ha determinado que 20 gramos de lactosa son bien tolerados en adultos con síndrome de intestino corto (20 gramos de lactosa representan 1 y media taza de leche aproximadamente). Dado que los productos lácteos son una buena fuente de proteínas y calcio, su incorporación a la dieta puede ser valiosa si se toleran bien. Si aparece intolerancia, se reduce la cantidad de estos productos o se opta por productos bajos en lactosa.

En los pacientes que tienen yeyunostomía terminal existe el riesgo de depleción de sal (hasta 1 cucharadita de sal por litro de heces); en estos casos se anima a los pacientes a comer alimentos con alto contenido de sal.

Se debe vigilar de manera estrecha la hidratación por posible daño renal. El riesgo de nefrolitiasis aparece, ya que los oxalatos se unen al calcio y se excretan en las heces, pero en el contexto

de malabsorción de grasas y colon en continuidad, los ácidos grasos libres se unen alternativamente al calcio, dejando los oxalatos sin unir. Los oxalatos libres entran al colon, se absorben a través de la mucosa y finalmente llegan al riñón, lo que aumenta el riesgo de nefrolitiasis.

El uso de triglicéridos de cadena media (TCM) como aporte calórico se recomienda a menudo en el síndrome de intestino corto, ya que no requieren emulsión de sales biliares antes de su absorción, a menos que se ingieran en grandes cantidades. Estas grasas parecen promover una reducción de la producción de grasa fecal y el aumento de peso; se recomienda no exceder 1-3 cucharadas.

Se elegirá nutrición enteral por sonda si por la vía oral no se complementa la cantidad de calorías y proteínas. Se puede elegir una fórmula polimérica, lo que puede favorecer la adaptación intestinal y permitir el destete de la nutrición parenteral. Si es posible, se recomienda administrar la alimentación al estómago con una bomba de infusión para permitir una administración lenta de la fórmula, maximizar el contacto de la mucosa con los nutrientes.

### Manejo de Líquidos en Síndrome de Intestino Corto.

Para manejar los líquidos en esta patología se debe conocer la anatomía específica de cada tipo.

Quienes tienen un colon en continuidad serán más fáciles de hidratar, ya que este absorbe con avidez sodio y agua. Por el contrario, quienes tienen una yeyunostomía terminal tendrán un mayor volumen de heces y una mayor pérdida de sodio por litro.

La ingesta adecuada de líquidos juega un papel importante ya que la deshidratación crónica puede provocar fatiga, nefrolitiasis, lesión renal aguda, enfermedad renal crónica y, en el peor de los casos, insuficiencia renal que requiere diálisis. Se recomienda lograr una producción de orina  $>$  o igual 1,000-1,200 ml/d y sodio urinario en más de 20 meq/L, si el sodio urinario está mayor de menos de 20 meq/l indica la necesidad de optimizar la ingesta de sodio.

El tipo de líquido es importante ya que los líquidos hipertónicos (Jugos/bebidas de frutas, refrescos, tés dulces o bebidas de café, jarabes, helados, gelatina sin azúcar y otros líquidos endulzados con alcoholes de azúcar como eritritol, isomaltosa, lactitol, maltitol, manitol, sorbitol, xilitol) son los más problemáticos para el paciente con síndrome de intestino corto ya que el gradiente osmótico atrae agua hacia la luz intestinal, lo que provoca una secreción neta de agua que diluye el líquido hipertónico hasta alcanzar la isotonicidad. Los líquidos hipotónicos ( Agua natural, sin azúcar, saborizada, bebidas de frutas diluidas, té sin azúcar, café, alcohol, bebidas dietéticas, etc ) atraen sodio y agua hacia el intestino para ajustar el contenido luminal y lograr la isotonicidad. Por lo tanto, tanto los líquidos hipertónicos como los hipotónicos causan una pérdida neta de líquidos, lo que agrava la deshidratación, en este momento algunos pacientes restricción de líquidos vía oral y suplementaria líquidos endovenosos para disminuir el volumen de las heces y lograr algún grado de adaptación.

### Muchos Errores en el que Incurrimos los Médicos.

Se le dice al paciente simplemente que “beba más”, esto lo que provoca un aumento de pérdidas de heces o de ostomía, empeorando la deshidratación.

El paciente descubre que produce menos por la ostomía si bebe menos, esto lleva a producción menos de orina lo que lleva a lesión renal.

El paciente decide beber “mucho” pues tiene “mucho diarrea” o mucha pérdida por la ostomía, de nuevo esto aumenta aun mas las pérdidas.

## REFERENCIAS

1. Bering, J. and DiBaise, J.K. (2023) ‘Short bowel syndrome: Complications and management’, *Nutrition in Clinical Practice*, 38(S1). doi:10.1002/ncp.10978.
2. Pogatschnik, C. and Russell, L. (2025) ‘Dietary interventions for short bowel syndrome in adults’,

- Nutrients, 17(13), p.2198. doi:10.3390/nu17132198.
3. Roberts, K. et al. (2023) ‘Navigating nutrition and hydration care in the adult patient with short bowel syndrome’, *Nutrition in Clinical Practice*, 38(S1).doi:10.1002/ncp.10951.
  4. Pironi, L. et al. (2023) ‘Espen guideline on chronic intestinal failure in adults – update 2023’, *Clinical Nutrition*, 42(10), pp. 1940–2021. doi:10.1016/j.clnu.2023.07.019.
  5. Katime, I. et al. (2023) ‘Consenso colombiano de falla intestinal crónica en síndrome de Intestino Corto’, *Revista Colombiana de Cirugía*, pp. 704–723. doi:10.30944/20117582.2425.

# Plastrón Apendicular Resoluto: Revisión Bibliográfica y Reporte de Caso Manejado con Cirugía Diferida

Alejandro Roque<sup>a</sup>, Jacinto Pérez<sup>b</sup>, Carlos Lazala Lamarche<sup>c</sup>

a. Especialista adscrito del Departamento de Cirugía General y Cirugía Metabólica del Hospital Docente Padre Billini

b. Especialista adscrito del Departamento de Cirugía General del Hospital Docente Padre Billini

c. Residente de cuarto año de Cirugía General del Hospital Docente Padre Billini, RD

AFILIACIÓN:  
Servicio de Cirugía General,  
Hospital Docente Padre  
Billini, Santo Domingo,  
República Dominicana.

FECHA:  
22 Noviembre 2025

## RESUMEN

**Introducción:** El plastrón apendicular se presenta en un contexto de apendicitis aguda complicada, donde la reacción inflamatoria local induce la formación de una masa organizada sin colección purulenta definida. Su manejo continúa siendo motivo de debate, especialmente en relación con la indicación de apendicectomía diferida luego de un tratamiento conservador (no operatorio) exitoso, existiendo diferencias entre las más importantes guías de manejo.

**Objetivo:** Revisar la evidencia contemporánea sobre el manejo del plastrón apendicular, con énfasis en la cirugía diferida, y presentar un caso clínico tratado mediante esta estrategia.

**Métodos:** Se realizó una revisión narrativa basada en guías internacionales de diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda (WSES 2020, SAGES 2024 y más revisiones sistemáticas). Se integra esta evidencia al análisis de un caso atendido en el Hospital Docente Padre Billini.

**Resultados:** La literatura demuestra que el manejo no operatorio presenta altas tasas de éxito (70–90%, WSES 2020), se asocia a menor morbilidad perioperatoria, pero con recurrencia de hasta 24%. La decisión de realizar o no apendicectomía diferida depende de la edad, sintomatología, riesgo de recurrencia y sospecha de patología neoplásica, siempre y cuando el paciente sea un buen candidato, donde los riesgos no superen los beneficios relativos. El caso presentado corresponde a una paciente joven con plastrón resoluto manejado de forma no operatoria, seguida de apendicectomía laparoscópica diferida sin complicaciones.

**Conclusión:** El abordaje óptimo del plastrón apendicular requiere individualización del paciente y valoración equilibrada del riesgo-beneficio. La cirugía diferida constituye una alternativa válida, especialmente en pacientes jóvenes sintomáticos o con riesgo de recurrencia.

## INTRODUCCIÓN

El plastrón apendicular es una entidad compleja, de naturaleza inflamatoria, organizada, resultado de la progresión de una apendicitis complicada. Se caracteriza por la formación de una masa sólida, generalmente compuesta por epiplón mayor, asas del intestino delgado y estructuras pericecales que intentan contener la perforación o la necrosis apendicular. Su incidencia alcanza entre el 5 y el 10% de los pacientes con apendicitis aguda, y se asocia con presentaciones atípicas y diagnósticos tardíos<sup>1,2</sup>.

En las últimas décadas, el manejo del plastrón apendicular ha evolucionado desde la cirugía inmediata hacia estrategias no operatorias basadas en antibióticos, drenaje percutáneo (cuando es necesario) y evaluación diferida del apéndice. Persisten controversias importantes: la guía WSES 2020 cuestiona la necesidad de apendicectomía diferida rutinaria en pacientes jóvenes asintomáticos tratados de manera no operatoria con éxito; mientras que la guía SAGES 2024 sugiere considerar la cirugía diferida para ofrecer diagnóstico y tratamiento definitivo, eliminando en teoría la posibilidad de recurrencia y descartar malignidad en grupos de riesgo<sup>1,3</sup>.

El presente artículo integra una revisión narrativa de la evidencia vigente y discute un caso clínico tratado en nuestro centro, entendiendo estas diferencias y la condición de la paciente en cuestión.

## FISIOPATOLOGÍA

Para pocos es un secreto que la progresión fisiopatológica del desarrollo del cuadro de apendicitis aguda incluye obstrucción luminal, congestión vascular, isquemia y perforación, a veces, como en estos casos, contenida. La respuesta inflamatoria local en el individuo inmunocompetente favorece la organización de un plastrón compuesto por epiplón mayor, ciego, íleon terminal, pared interna de la cavidad abdominal y estructuras adyacentes. Este proceso puede evolucionar hacia resolución o hacia formación de absceso, en los casos más sombríos

y desfavorables<sup>1,3</sup>.

Con respecto a su epidemiología, debemos saber que entre el 5–10% de los pacientes con apendicitis aguda desarrollan un plastrón apendicular y entre el 2–7% evolucionan hacia absceso apendicular. Los factores de presentación asociados incluyen fecalito persistente, elevación significativa de proteína C reactiva (PCR), leucocitosis, edad avanzada, diabetes mellitus, inmunosupresión y necrosis mural extensa<sup>1,2,3,4</sup>.

La presentación típica incluye fiebre, de manera característica una masa palpable en fosa ilíaca derecha (o cuadrante inferior derecho), anorexia, náuseas. Todo esto sobre una evolución prolongada del cuadro. La tomografía computarizada representa el estándar diagnóstico, con sensibilidad cercana al 100%, permitiendo determinar la presencia de plastrón, absceso y relación anatómica de la inflamación<sup>1,3</sup>.

## MANEJO TERAPÉUTICO ACTUAL

### Manejo no operatorio (MNO, NOM):

El manejo no operatorio constituye la primera línea terapéutica en pacientes con plastrón apendicular que se presentan hemodinámicamente estables y sin signos de sepsis. Consiste en la administración de antibióticos con cobertura para flora entérica, analgesia adecuada, hidratación y vigilancia clínica estrecha. La literatura reporta tasas de éxito entre 70% y 90%, con clara mejoría clínica en las primeras 48 horas cuando el paciente está correctamente seleccionado. Las guías WSES 2020 respaldan esta estrategia como la opción inicial, señalando que la ausencia de fiebre, la disminución del dolor, la mejoría de la leucocitosis y la reducción de reactantes de fase aguda indican una respuesta favorable. No obstante, la recurrencia del cuadro puede presentarse en 7%–20% de los pacientes, lo cual debe discutirse en la planificación terapéutica y en la educación al egreso<sup>1,3</sup>.

### **Drenaje percutáneo de absceso apendicular:**

El drenaje percutáneo guiado por imagen se reserva para pacientes con abscesos apendiculares mayores de 3–4 cm o cuando existe evidencia de colección creciente a pesar del tratamiento antibiótico. Esta intervención ofrece un control adecuado de la sepsis local, disminuye el riesgo de falla del manejo conservador y evita en muchos casos la necesidad de cirugía urgente. Sin embargo, su efectividad depende de la accesibilidad anatómica del absceso: las colecciones profundas, lobuladas o con múltiples compartimentos pueden limitar el éxito del procedimiento. Aun así, cuando está indicado, el drenaje percutáneo demuestra baja morbilidad y es una herramienta relevante en el manejo escalonado de la apendicitis complicada<sup>1,3</sup>.

### **Apendicectomía urgente:**

La apendicectomía en el contexto inflamatorio agudo se indica principalmente en pacientes en los que el manejo no operatorio no es posible, está contraindicado o ha fracasado, así como en los casos de sepsis, perforación franca no contenida o deterioro clínico progresivo. La vía laparoscópica constituye el estándar actual, ofreciendo beneficios en tasa de complicaciones, recuperación funcional y evaluación de la cavidad abdominal. Sin embargo, la cirugía temprana en presencia de plastrón o absceso incrementa la dificultad técnica, aumenta el riesgo de lesiones iatrogénicas y puede asociarse con mayor morbilidad perioperatoria; por lo tanto, se debería considerar en los medios donde existan cirujanos altamente experimentados en el abordaje de esta entidad. Revisiones sistemáticas recientes han demostrado que la cirugía urgente, aunque efectiva para evitar recurrencias, conlleva mayor tasa de complicaciones en comparación con el manejo diferido<sup>1,3</sup>.

### **Apendicectomía diferida (Interval Appendectomy):**

La apendicectomía diferida se realiza típicamente entre 6 y 12 semanas después de la resolución clínica del cuadro complicado. Su principal ventaja radica en eliminar el riesgo de recurrencia de apendicitis, el cual puede alcanzar 20–30% según diversas series, y en permitir un abordaje

quirúrgico técnicamente menos complejo debido a la resolución del proceso inflamatorio. La evidencia es contradictoria: las guías WSES 2020 no la recomiendan de rutina en pacientes menores de 40 años asintomáticos tras un manejo conservador exitoso, argumentando un balance desfavorable entre recurrencia y costos /complicaciones de una segunda intervención. Por otro lado, la guía SAGES 2024 respalda realizar cirugía diferida en pacientes que previamente cursaron con apendicitis complicada, especialmente cuando se busca un diagnóstico definitivo o existe riesgo de neoplasia (particularmente en mayores de 40 años). Estudios comparativos y metaanálisis muestran que la cirugía diferida ofrece baja morbilidad perioperatoria y un procedimiento técnicamente más favorable en comparación con la cirugía aguda<sup>1,3</sup>.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO**

Paciente femenina de 26 años, residente en Herrera, República Dominicana. Antecedentes personales negativos, salvo dos cesáreas previas (2015, 2018). Sin comorbilidades ni alergias conocidas. Como hábito tóxico solo se reporta alcohol, con consumo ocasional. La misma acude a nuestro centro vía sala de emergencias describiendo un cuadro de 4 días de evolución con dolor abdominal inicialmente epigástrico, migración a fosa ilíaca derecha (FID) e hipogastrio, donde se ha fijado desde los últimos 2 días, intensidad inicial 10/10 en escala subjetiva del dolor, disminuyendo a 4/10 de manera progresiva. Automedicación con paracetamol (dosis no especificada) por fiebre no termometrada. Náuseas y anorexia. Sensación de masa palpable en FID desde 2 días antes del ingreso.

En el examen físico, evidenciamos una paciente afebril, estable hemodinámicamente, sin alteraciones en signos vitales; sin embargo, muestra un abdomen con peristalsis disminuida en tono, frecuencia e intensidad, dolor en cuadrante inferior derecho y masa dolorosa móvil a la palpación en la misma localización. También un tacto rectal y vaginal sin alteraciones.

Dentro de los laboratorios se nos reporta:

WBC  $10 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Neutrófilos 60%,  
plaquetas  $400 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Hb 12 g/dL.

PCR cuantitativa 71.9 mg/L, eritrosedimentación 82 mm/h, procalcitonina 0.02 ng/mL

Resto de pruebas sin alteraciones significativas.

Recibimos un reporte de una TAC abdominopélvica con contraste oral, realizada en un centro de renombre de nuestra ciudad, en la cual se describe como hallazgo: “colección pericecal y periapendicular de 2 cm, edema de la grasa pericecal, apéndice distendido y no permeable, engrosamiento inflamatorio de ciego e íleon terminal” (Imagen 1). Como también un reporte de ultrasonido pélvico, el cual menciona un discreto líquido libre pélvico.

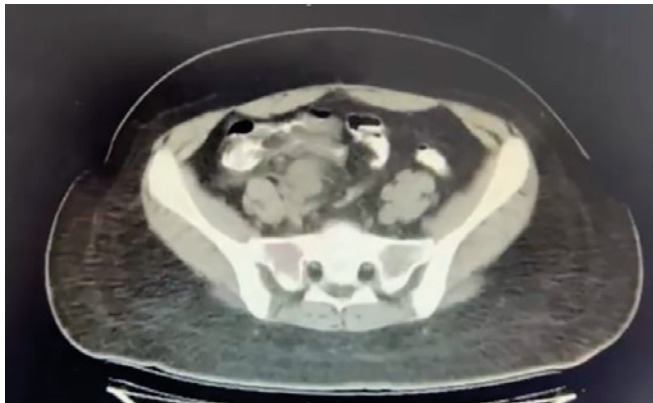


Imagen 1. TAC Abdominopélvica con contraste oral a la llegada de paciente.

## DIAGNÓSTICO, MANEJO Y RESOLUCIÓN

En vista del cuadro clínico reportado y evidenciado, analíticas realizadas y hallazgos imagenológicos, se decide el ingreso de la paciente bajo diagnóstico de Plastrón Apéndice. Se estableció manejo no operatorio con hidratación, analgesia y antibióticos EV (ciprofloxacina + metronidazol). Debido a la evolución favorable con resolución del dolor, desaparición de la fiebre y normalización de marcadores biológicos en analíticas realizadas de manera seriada, incluyendo reactantes de fase aguda, como también aparente disminución de la masa intraabdominal evidenciada

en el examen físico de su llegada, se decide el egreso de la paciente al quinto día, abordando con la misma riesgos respecto a recurrencia, empeoramiento del cuadro y vigilancia clínica con la que sería seguida y que también ella misma debía poner en práctica. Sin embargo, en este momento nos encontramos ante la dicotomía de seguir el manejo no operatorio y solo reservarnos a observar versus llevar a cabo una apendicectomía laparoscópica tradicional diferida.

Tras resolución completa del cuadro y tras discusión basada en evidencia, se planificó apendicectomía laparoscópica diferida, considerando: Edad joven, inmunocompetencia puesta en manifiesto, síntomas iniciales marcados, restablecimiento de las funciones y autonomía de la paciente, y deseo del paciente de tratamiento definitivo, sin que los costos asociados a un nuevo internamiento y operación disuadieran a la paciente.

## EVOLUCIÓN Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

A las 6 semanas se realizó una TAC abdominopélvica contrastada oralmente de forma control, la cual se reporta libre de hallazgo patológico, por lo que, tras optimización de la paciente y aptos quirúrgicos para cirugía electiva, planificada y ambulatoria por diversos departamentos clínicos, se realiza una apendicectomía laparoscópica diferida convencional, teniendo como hallazgo y pasos transquirúrgicos la presencia de adherencias entre pared interna de la cavidad abdominal, ciegol y apéndice (este último se encuentra con características macroscópicas de color blanquecino, textura gomosa, relativamente dura y aumento del perímetro de la grasa periapendicular, sin absceso ni colección asociada), para llevar a cabo dicha cirugía realizamos con asistencia de tecnologías la lisis de adherencias con pinza Enseal® Maryland, doble ligadura del muñón con clips Hem-o-lok® 10 mm. Y la extracción de la pieza quirúrgica mediante endobolsa. La paciente fue dada de alta a las 24 horas sin eventos adversos. A la fecha, la misma goza de una buena salud, sin complicaciones,

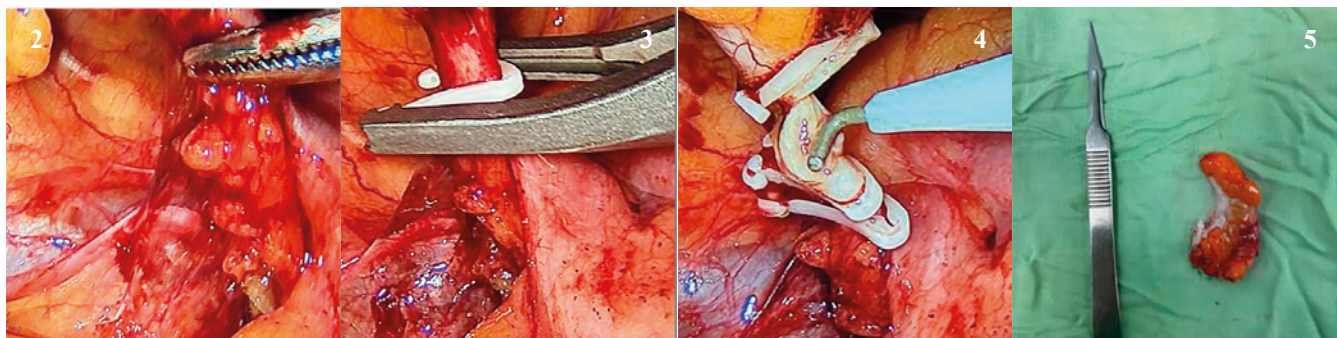


Imagen 2-5. Apendicectomía Laparoscópica Diferida Convencional

6 meses después de la aparición del plastrón apendicular. (Imágenes 2, 3, 4, 5)

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El manejo del plastrón apendicular continúa siendo un tema de notable heterogeneidad en la literatura. Si bien el manejo no operatorio es seguro y efectivo en la mayoría de los casos, la indicación de apendicectomía diferida permanece sujeta a matices clínicos.

Las guías WSES 2020 desaconsejan la cirugía diferida rutinaria en menores de 40 años tras un MNO exitoso debido a la baja tasa de recurrencia y al costo e invasividad de una segunda intervención. Sin embargo, SAGES 2024 incorpora evidencia más reciente e indica que, en pacientes previamente asintomáticos que han cursado con apendicitis complicada, que, sin embargo, fue reclutada de manera no quirúrgica, la cirugía diferida puede prevenir recurrencias, facilitando la técnica quirúrgica y permitir diagnóstico definitivo, especialmente en mayores de 40 años con riesgo de malignidad <sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>.

En este caso, la decisión de realizar cirugía diferida fue consistente con un enfoque individualizado basado en la buena respuesta clínica a MNO, ausencia de contraindicación quirúrgica, preferencia de la paciente, posibilidad de reducir riesgo (en teoría al 0%) de recurrencia en una mujer joven con síntomas intensos iniciales. Los hallazgos quirúrgicos corroboraron la presencia de un plastrón resolutivo, y el procedimiento transcurrió con facilidad técnica relativa, tal como reportan estudios observacionales recientes.

El plastrón apendicular requiere una estrategia terapéutica individualizada fundamentada en los principios de la medicina basada en evidencia. El manejo no operatorio constituye la primera línea en pacientes estables, pero la apendicectomía diferida continúa siendo una opción válida para lograr tratamiento definitivo, reducir recurrencia y facilitar la resolución quirúrgica.

El caso presentado ejemplifica un escenario donde la cirugía diferida representó una alternativa segura, efectiva y concordante con la preferencia del paciente.

## REFERENCIAS:

1. Di Saverio S, et al. WSES 2020: Diagnosis and treatment of acute appendicitis.
2. Suzuki T, et al. Interval appendectomy as a safe and feasible treatment. 2023.
3. SAGES. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Appendicitis. Systematic Review and Guideline Publication. 2024.
4. Lee HG, et al. Clinical outcomes and optimal indications for nonoperative management. 2025.
5. Zhou S, et al. Early versus delayed appendectomy for appendiceal phlegmon or abscess: systematic review. 2024.
6. Akingboye AA, et al. Early vs interval appendectomy-systematic review & meta-analysis. 2021.
7. Cirugía Española. Therapeutic management of inflammatory appendiceal masses. 2023.