

2. Distler M, Rückert F, Aust D, Saeger HD, Grützmann R. Pancreatic heterotopia of the duodenum: Anatomic anomaly or clinical challenge? *J Gastrointest Surg.* 2011;15:631-6.
3. Zhang Y, Sun X, Gold JS, Sun Q, Lv Y, Li Q, et al. Heterotopic pancreas: A clinicopathological study of 184 cases from a single high-volume medical center in China. *Hum Pathol.* 2016;55:135-42.
4. Klob L. Pancreas accessorium. *Zeitschrift der Kaiserl Konigl Gesellschaft der Aerzte zu Wien.* 1859;15:732.
5. Gokhale UA, Nanda A. Heterotopic pancreas in the stomach: A case report and a brief review of the literature. *JOP.* 2010;11:255-7.
6. Betzler A, Mees ST, Pump J, Schölch S, Zimmermann C, Aust DE, et al. Clinical impact of duodenal pancreatic heterotopia. Is there a need for surgical treatment? *BMC Surg.* 2017;17:53. <http://dx.doi.org/10.1186/s12893-017-0250-x>.
7. Ormarsson OT, Gudmundsdottir I, Marvik R. Diagnosis and treatment of gastric heterotopic pancreas. *World J Surg.* 2006;30:1682-9.
8. Jiang LX, Xu J, Wang XW, Zhou FR, Gao W, Yu GH, et al. Gastric outlet obstruction caused by heterotopic pancreas: A case report and a quick review. *World J Gastroenterol.* 2008;14:6757-9.
9. Eisenberger CF, Gocht A, Knoefel WT, Busch CB, Peiper M, Kutup A, et al. Heterotopic pancreas-clinical presentation and pathology with review of the literature. *Hepatogastroenterology.* 2004;51:854-8.
10. Kim DU, Lubner MG, Mellnick VM, Joshi G, Pickhardt PJ. Heterotopic pancreatic rests: Imaging features, complications, and unifying concepts. *Abdom Radiol (NY).* 2017;42:216-25.
11. Sadeghi NR, Godambe A, Shienbaum AJ, Alloy A. Premalignant gastric heterotopic pancreas. *Gastroenterol Hepatol.* 2008;4:218-21.
12. Hirasaki S, Kubo M, Inoue A, Miyake Y, Oshiro H. Jejunal small ectopic pancreas developing into jejunojejunal intussusception: a rare cause of ileus. *World J Gastroenterol.* 2009;15:3954-6.

Joshua Falckenheiner Soria<sup>a,\*</sup>, Diego Bernal Moreno<sup>a</sup>, Jose Miguel Flores Rivera<sup>a</sup>, Manuel Toro Guillen<sup>a</sup> y Jose Luis Lérida Vaca<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General, Hospital Virgen de las Montañas, Villamartin, Cádiz, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de San Rafael, Cádiz, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jfalckenheiner@gmail.com](mailto:jfalckenheiner@gmail.com) (J. Falckenheiner Soria).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.09.001>  
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Embolización selectiva de la arteria rectal superior, ¿alternativa a la cirugía hemorroidal? ☆



### Selective embolization of the superior rectal artery: An alternative to hemorrhoid surgery?

Las hemorroides son la enfermedad proctológica más frecuente. Su incidencia es difícil de establecer, ya que muchos pacientes no acuden al médico<sup>1</sup>. Existe una incidencia máxima entre los 45-60 años, con un pico del 50% en mayores de 50 años. Presentan una distribución similar por sexos<sup>2</sup>.

El tratamiento inicial se basa en medidas higiénico-dietéticas o instrumentales, pero actualmente hasta un 10% de los pacientes con persistencia clínica precisa intervención quirúrgica y la técnica de referencia sigue siendo la hemorroidectomía Milligan-Morgan<sup>3</sup>.

Existe un grupo significativo de pacientes afectados por otras enfermedades en los cuales el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal sería desaconsejable. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pueden presentar hemorroides, con una incidencia estimada del 7% en los pacientes con enfermedad de Crohn<sup>4</sup>. Sin embargo, muchos pacientes no consultan por sintomatología hemorroidal, achacando sus molestias a la EII. En estos pacientes, sobre todo en

caso de presentar crisis inflamatorias locales, la hemorroidectomía o incluso la ligadura puede estar gravada con complicaciones importantes<sup>5,6</sup>. La tasa de complicaciones descrita oscila entre el 15-40% en la enfermedad de Crohn (EC)<sup>7,8</sup>.

Otro grupo de riesgo para la realización de hemorroidectomía, son aquellos pacientes con cierto grado de incontinencia fecal o que han sido sometidos a procedimientos de cirugía anal, como fistulotomías o esfinterotomías internas. La escisión de los plexos hemorroidales, podría desencadenar o agravar la incontinencia existente.

Tampoco son buenos candidatos para la cirugía los pacientes inmunodeprimidos inducidos por fármacos o por enfermedad vírica.

Vidal et al.<sup>9,10</sup> describen en 2014 la técnica llamada «Emborroid», consistente en la oclusión selectiva de la arteria rectal superior, disminuyendo el hiperflujo sanguíneo en las almohadillas hemorroidales. Se basa en los mismos principios técnicos que la ligadura selectiva de los pedículos

☆ El trabajo fue presentado como póster en la Reunión Nacional de Coloproctología de 2016 tras la realización de 2 casos.

arteriales hemorroidales detectados por Doppler, no obstante, mediante el tratamiento endovascular se evita la manipulación anorrectal.

Presentamos los 3 primeros casos de pacientes con hemorroides internas grado II-III con fracaso del manejo conservador y tratados mediante embolización selectiva de arterias rectales superiores (EARS), todos ellos sin incontinencia fecal, medida según la escala de Wexner:

- Caso 1: mujer de 46 años con EC, sin afectación perianal y clínica de rectorragia, proctalgia y prolapso intermitente. Diarreas frecuentes.
- Caso 2: mujer de 43 años con colitis ulcerosa (CU) y espondilitis anquilosante, con adecuado control rectal con adalimumab. Clínica de rectorragia y proctalgia diaria.
- Caso 3: varón de 72 años diagnosticado de CU y VIH positivo con adecuado recuento de linfocitos CD4. Clínica de rectorragia y prolapso que precisa reducción manual.

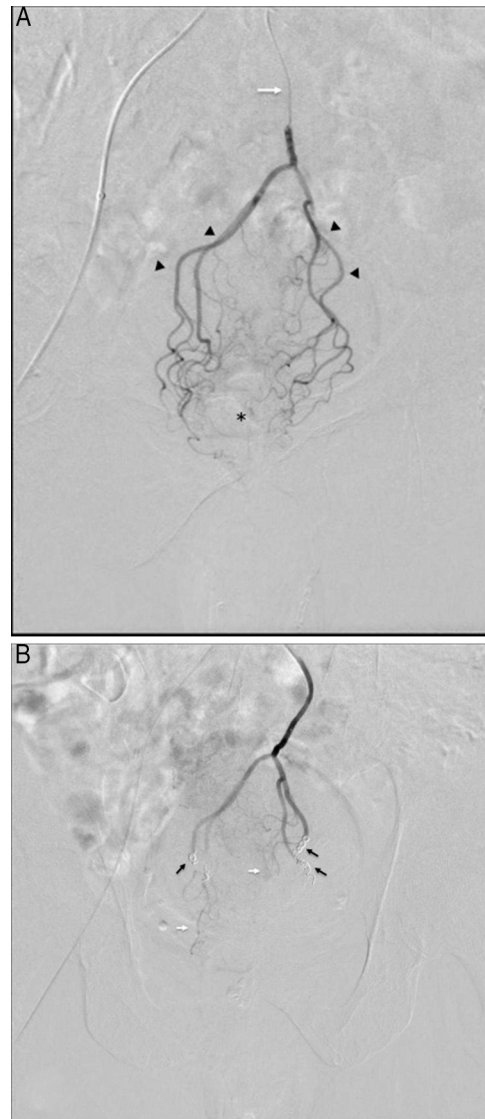
Antes de la embolización, los 3 pacientes presentaban episodios casi diarios de sangrado postevacuación.

Realizamos cateterización selectiva de la arteria rectal superior con embolización de las ramas anterior, posterior y derecha, mediante microcoils de 0,018" Interlock™ (Boston Scientific, EE.UU.). Las figuras 1A y B muestran la vascularización pre y postembolización. El acceso se realizó por arteria femoral común derecha. Se utilizó anestésico local, analgesia IV y sedación consciente. Los pacientes permanecieron ingresados durante 24 h.

Realizamos seguimiento clínico durante el ingreso, al alta y en la consulta externa hasta el 10.º día. Se realizó valoración del dolor mediante escala visual analógica (EVA), episodios de rectorragia y posibles complicaciones. Los pacientes fueron revisados en consultas externas de cirugía en el 1.º, 3.º y 6.º mes tras el procedimiento, con revisión clínica y rectoscopia en caso de persistencia de la sintomatología.

El éxito técnico fue del 100%. Se consiguió embolizar correctamente las ramas de la arteria rectal superior en los 3 pacientes. En la evaluación del éxito clínico, definiendo este como la disminución significativa o desaparición de la sintomatología hemorroidal, los resultados obtenidos fueron dispares con un seguimiento de 3-6 meses. Durante los primeros 10 días tras el procedimiento, los 3 pacientes presentaron rectorragias aisladas sin proctalgia asociada (3-6 episodios de sangrado en 10 días). Si valoramos el dolor tras el procedimiento, tan solo la paciente 1 (EC) experimentó molestias (EVA 3) en el día de la embolización y que disminuyeron progresivamente hasta desaparecer completamente en el 5.º día. Los pacientes 2 (CU) y 3 (CU y VIH+), no experimentaron ningún tipo de dolor. No se han observado complicaciones isquémicas ni inflamatorias locales. Tampoco aparecieron complicaciones a nivel femoral. En la evaluación mensual y a los 3 meses, las 2 primeras pacientes referían disminución importante de los episodios de rectorragia (menos de un episodio semanal) y ausencia de prolapso. Esta mejoría clínica evidente se ha mantenido en los controles posteriores.

En la revisión del 3.º mes, el paciente número 3 presentaba episodios frecuentes de rectorragia y prolapso asociado, mante-



**Figura 1 – A) Arteriografía selectiva por sustracción digital desde el microcatéter (flecha blanca) al inicio de la arteria rectal superior, mostrando ramas proximales (puntas de flecha) y pequeñas ramas distales dependientes de dichas arterias (asterisco). B) Control postembolización. Nótese la ausencia de captación global de contraste en el territorio distal del recto tras la liberación de los coils (flechas negras), con pequeñas ramas remanentes no ocluidas (flechas blancas), las cuales ayudan a mantener la irrigación suficiente para evitar la isquemia.**

niendo una situación clínica similar a la previa. La rectoscopia rígida mostró una mucosa rectal con nula o escasa inflamación, con presencia de plexos hemorroidales ingurgitados y con estigmas de sangrado, por lo que se indicó reembolización.

Nuestros datos no permiten extraer conclusiones, no obstante, la técnica Emborrhoid parece una alternativa segura, que consigue una mejoría clínica en pacientes (2/3) con EII donde la cirugía queda desaconsejada. Hacen falta más estudios y mayor seguimiento para aportar alguna conclusión firme.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abcarian H, Alexander-Williams J, Christiansen J, Johanson J, Killingback M, Nelson RL, et al. Bening anorectal disease: Definition, characterization and analysis of treatment. *Am J Gastroenterol.* 1994;89 Suppl 8:S182-93.
2. Nivatvongs S. Hemorrhoids. En: Gordon Philip, editor. *Principles and Practice Of Surgery.* 3ª edición. Nueva York: Informa Healthcare; 2007. p. 143-66.
3. Madoff RD, Fleshman JW, Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology.* 2004;126:1463-73.
4. Lewis RT, Maron DJ. Anorectal Crohn's disease. *Surg Clin North Am.* 2010;90:83-97.
5. Radcliffe AG, Ritchie JK, Hawley PR, Lennard-Jones JE, Northover JM. Anovaginal and rectovaginal fistulas in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum.* 1988;31:94-9.
6. Morrison JG, Gathright JB Jr, Ray JE, Ferrari BT, Hicks YC, Timmcke AE. Results of operation for rectovaginal fistula in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum.* 1989;32:497-9.
7. Cracco N, Zinicola R. Is haemorrhoidectomy in inflammatory bowel disease harmful? An old dogma re-examined. *Colorectal Dis.* 2014;16:516-9.
8. D'Ugo S, Franceschilli L, Cadeddu F, Leccesi L, Blanco G del V, Calabrese E, et al. Medical and surgical treatment of haemorrhoids and anal fissure in Crohn's disease: A critical appraisal. *BMC Gastroenterol.* 2013;13:47.
9. Vidal V, Sapoval M, Sielezneff Y, de Parades V, Tradi F, Louis G, et al. Emborrhoid: A new concept for the treatment of hemorrhoids with arterial embolization: The first 14 cases. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2015;38:72-8.
10. Vidal V, Louis G, Bartoli JM, Sielezneff I. Embolization of the hemorrhoidal arteries (the emborrhoid technique): A new concept and challenge for interventional radiology. *Diagn Interv Imaging.* 2014;95:307-15.

Vicent Primo Romaguera<sup>a\*</sup>, Abel Gregorio Hernández<sup>b</sup>, Luís Andreo Hernández<sup>b</sup> y Eduardo de la Morena Valenzuela<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de Dénia Marina-Salud, Dénia, Alicante, España

<sup>b</sup>Servicio de Radiología, Hospital de Dénia Marina-Salud, Dénia, Alicante, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sentopr@gmail.com](mailto:sentopr@gmail.com) (V. Primo Romaguera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.08.005>  
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Tratamiento quirúrgico de la recidiva supraclavicular y a nivel de la mamaria interna por un carcinoma de mama



### Surgical Treatment of Supraclavicular and Internal Mammary Recurrence of Breast Cancer

Brito et al.<sup>1</sup> trataron con intención curativa mediante terapia multimodal (quimioterapia [QT], cirugía y radioterapia) a pacientes que presentaban afectación ganglionar supraclavicular. De esta forma, obtuvieron mejores resultados que en las pacientes que presentaban enfermedad a distancia distinta de la supraclavicular. Estos resultados llevaron a revisar y cambiar la clasificación American Joint Committee on Cancer (AJCC-TNM). Desde su sexta edición, las metástasis en los ganglios linfáticos supraclaviculares ipsolaterales dejaron de considerarse metástasis a distancia (M1) y pasaron a clasificarse como enfermedad locorregional (N3c)<sup>2,3</sup>. A día de hoy, persiste el debate y no existe consenso acerca del tratamiento que deben recibir estas pacientes.

Asimismo, la afectación axilar contralateral debe considerarse como un estadio IV y por ello el tratamiento de estas pacientes debería ser paliativo<sup>4</sup>. Sin embargo, existe la hipótesis de que la diseminación a la axila contralateral se

podría producir por vía linfática, estando entonces justificado el tratamiento curativo locorregional<sup>5</sup>. Por ello, el manejo de esta situación no está estandarizado y debe ser individualizado para cada caso.

Se presenta un caso clínico controvertido en cuanto al tratamiento multimodal, asociando cirugía en un carcinoma metastásico de mama con ganglios contralaterales y supraclaviculares ipsolaterales.

Mujer de 57 años con un tumor ulcerado de 10 cm que infiltra piel y pared torácica en mama derecha. Mediante mamografía, resonancia magnética con gadolinio y biopsia con aguja gruesa se diagnostica de carcinoma ductal infiltrante (CDI) de mama derecha con afectación ganglionar axilar ipsilateral y contralateral (cT4c cN1c M1). La inmunohistoquímica describía: receptores estrógenos (RE) +++, receptores progesterona (RP) +, *cerbB2* ++ (FISH positivo), *Ki 67* 20%.