Complejo Asistencial de Zamora

NUEVO HOSPITAL

Órgano de difusión de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora

Octubre 2026; Vol. XXII Nº3 *Versión digital* ISSN:1578-7516

EDITORIAL

1. Cruz Guerra NA. Director de la revista Nuevo Hospital.

ORIGINALES Y REVISIONES

2. El sistema sanitario: Valoración y propuestas de las promociones 2015-19 de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora. Montes-Villameriel FJ, Fermoso-Palmero MJ, García-Sánchez B, Alonso-Rodríguez MH, González-González E, Mínguez-González S.

CASOS CLÍNICOS

8. Melanoma vulvar: el desafío diagnóstico de una neoplasia infrecuente. Calvo Albarrán M, Grande Rubio B, Muñoz Virues T, Fernández Galguera MJ.

13. Apendicitis aguda complicada con absceso periapendicular: utilidad de la tomografía computarizada ante ecografía no concluyente. Gallués Caballero CJ, Pillajo Cevallos KE, Lenz Ruiz VC, Gonzalo Dominguez M.

18. Fracturas del macizo facial. Diagnóstico por imagen. Pillajo Cevallos KE, Cerdá Riche MP, Gallego García S, Joral del Hoyo S.

24. Fiebre con foco poco frecuente. Moreno González AM, Torres Triana JL, Barón Salvador B, Joral del Hoyo S.

25. Normas de publicación.

ISSN:1578-7516
NUEVO HOSP. (Versión digital)

Octubre 2026; Vol. XXII Nº 3

NUEVO HOSPITAL

Dirección

Nicolás Alberto Cruz Guerra

Secretaria

Beatriz Muñoz Martín

Comité Editorial

Lorena Folgado Temprano
Soledad Gracia Tejera
Sergio Martín Blanco
Emilia Martínez Velado
Jorge Moussallem González
Luis Miguel Palomar Rodríguez
Sonia F. Pozo González
Álvaro Sánchez Tabernero
Carolina Sanmartino González

Fundada en 2001 por el
Dr. José L. Pardal Refoyo

© Copyright 2011. Reservados todos los derechos.
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Edita:
Complejo Asistencial de Zamora
Avda. Requejo, 35
49022 Zamora (España)

Maquetación:
Emilia Martínez Velado

Nuevo Hospital, con ISSN 1578-7516 (versión digital), y de periodicidad cuatrimestral (3 nº al año) es el órgano de difusión de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora:
http://www.salud.jcyl.es/hospitales/cm/CAZamora
https://www.saludcastillayleon.es/CAZamora/es/publicaciones

Correo electrónico:
revistanuevohospital.hvcn@saludcastillayleon.es

Los trabajos publicados en *Nuevo Hospital* reflejan la opinión de sus autores. El Comité Editorial no se responsabiliza necesariamente de los criterios y afirmaciones expuestas.

ISSN:1578-7516
NUEVO HOSP. (Versión digital)

EDITORIAL

Con cada cuatrimestre, anunciamos la disponibilidad del nuevo número de la revista Nuevo Hospital correspondiente, en esta ocasión al mes de octubre de 2026.

Montes Villameriel, perteneciente al Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid con colaboradoras de dicho Servicio, así como de la Escuela Universitaria de Enfermería del Sacyl de Zamora nos envían un ilustrativo trabajo original en el que se plasman las valoraciones y propuestas de los alumnos de las promociones 2015-19 de la Escuela mencionada acerca del Sistema Sanitario.

En el apartado de casos clínicos, Calvo Albarrán y colaboradoras del Servicio de Ginecología y Obstetricia aportan un caso del poco frecuente melanoma vulvar. Gallués Caballero y colaboradores del Servicio de Radiodiagnóstico nos recuerdan el valor potencial del TAC en el diagnóstico de complicaciones de apendicitis cuando la ecografía no resulta concluyente. Del mismo Servicio, Pillajo Cevallos y colaboradores señalan las características definitorias de las fracturas de macizo facial en TAC. Moreno González, del Servicio de Medicina Interna y colaboradores de los Servicios de Cirugía General y Radiodiagnóstico nos remiten un caso de fiebre de foco infrecuente vinculado a origen esplénico.

Este número de octubre va acompañado de un nuevo número extraordinario correspondiente a los resúmenes de los trabajos presentados en la V Jornadas de Enfermería de Urgencias y Emergencias de Castilla y León, celebradas los días 16 y 17 de octubre de 2025 en nuestra la ciudad.

No quiero terminar sin animaros a participar en la VIII Jornada de Investigación GASZA, que se celebrarán el próximo 19 de noviembre. Es una oportunidad para compartir conocimiento, dar visibilidad a la actividad investigadora de nuestros centros y conocer el trabajo desarrollado por otros profesionales. Os animamos tanto a presentar vuestros trabajos como a asistir a las sesiones programadas. El programa completo puede consultarse en: https://acortar.link/Fh12fq

Como siempre, transmito el reconocimiento en nombre del resto de miembros del Comité Editorial, por el esfuerzo de los autores de los trabajos publicados. Animamos una vez más al resto de miembros de la GASZA para que continúen enviándonos el resultado de su actividad investigadora de cara a futuros números.

Nicolás Alberto Cruz Guerra
Director de revista Nuevo Hospital

ISSN:1578-7516
NUEVO HOSP. (Versión digital)

Octubre 2026; Vol. XXII Nº 3

El sistema sanitario: Valoración y propuestas de las promociones 2015-19 de la Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora.

Francisco Javier Montes Villameriel*, María José Fermoso Palmero, Belén García Sánchez***, María Hortensia Alonso Rodríguez[1]*, Esther González González[1]*, Susana Mínguez González[1]*.**

** LES. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid (España).*

*** Directora. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Salamanca. Zamora (España).*

**** Secretaria Académica. Escuela Universitaria de Enfermería de Zamora. Universidad de Salamanca. Zamora (España).*

[1] Enfermera. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid (España).*

Correspondencia: María José Fermoso Palmero. mjfermoso@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: El sistema sanitario evoluciona constantemente ante los cambios demográficos y las nuevas expectativas profesionales. El objetivo de este estudio es conocer la valoración y las propuestas de mejora del Sistema Sanitario Público de los alumnos de cuarto curso de la Escuela de Enfermería del Sacyl de Zamora (promociones del 2015 al 2019).

Material y métodos: Investigación cualitativa descriptiva realizada mediante cuestionarios de respuesta abierta (n=257) y debates en grupos focales. La toma de datos se realizó en el contexto de la asignatura de Administración y Gestión de Servicios, analizando las frecuencias de respuesta en cuatro dimensiones: aspectos positivos, negativos, mejoras realizables y mejoras ideales.

Resultados: Los pilares más valorados son la universalidad (67,3 %), gratuidad (54,5 %) y accesibilidad (44,4 %). Como aspectos negativos destacan las listas de espera (72,8 %) y la falta de personal (59,1 %). Las propuestas de mejora priorizan el aumento de recursos humanos (54,9 %) y el refuerzo de la Educación para la Salud (38,5 %).

Conclusiones: Los futuros profesionales muestran una alta valoración del modelo público, pero exigen una gestión de recursos humanos más robusta y un cambio de paradigma hacia la prevención y la educación sanitaria.

PALABRAS CLAVE

Sistemas de Salud. Investigación Cualitativa. Estudiantes de Enfermería. Actitud del Personal de Salud. Percepción.

REVISIÓN

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El sistema sanitario constituye un elemento de cohesión social y de crecimiento económico que atraviesa un momento crítico, en un contexto en el que confluyen importantes desafíos [1]. Éste necesita adaptarse a la nueva realidad sociodemográfica y epidemiológica de nuestro entorno, caracterizado por el aumento del envejecimiento poblacional, la cronicidad asociada y las comorbilidades, lo que conlleva una escalada progresiva de la demanda de cuidado [2,3], unido al continuo desarrollo de servicios y tecnologías en un entorno con recursos cada vez más limitados [3]. Se requiere asegurar un nivel de gasto y un sistema de financiación que garanticen de forma duradera la suficiencia y la adecuación de recursos para una prestación de servicios de calidad, eficiente y adaptada a los requerimientos de esta sociedad cambiante y cada vez más exigente [1].

El sistema sanitario actual está constituido por una serie de recursos y prestaciones que intentan asegurar

la atención de salud de los ciudadanos a través de la accesibilidad a los recursos de salud, cuya distribución configura el modelo de atención definido por las políticas de salud [1]. En este escenario, la representación social de los profesionales que sostienen dicho sistema ha cobrado un interés renovado, especialmente tras el impacto de la reciente crisis sanitaria [4]. Si bien la eficiencia global del sistema español ha resistido periodos de gran tensión, la falta de inversión en renovación tecnológica podría suponer una descapitalización futura; por ello, se han impulsado estrategias de sostenibilidad como la cultura del "no hacer", el fomento de los autocuidados, la educación sanitaria, la mejora de la atención domiciliaria y la interoperabilidad de los sistemas de información [3].

Dada la importancia de avanzar en el conocimiento de las necesidades y expectativas de los propios profesionales para prever el auge de la investigación en servicios de salud [5], se plantea el presente estudio utilizando una metodología cualitativa que permita profundizar en el discurso de los nuevos profesionales.

El objetivo de este trabajo es conocer la valoración y expectativas de futuros profesionales sanitarios, específicamente alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería del Sacyl de Zamora, en relación al Sistema Sanitario Público.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para dar respuesta al objetivo planteado, se diseñó un estudio cualitativo de corte descriptivo. Esta elección metodológica se fundamenta en la capacidad de la investigación cualitativa para profundizar en las experiencias y significados de los actores sociales dentro del ámbito sanitario [6, 7]. El periodo de estudio comprendió los años 2015 a 2019, centrándose en los alumnos de cuarto curso de la Escuela Universitaria de Enfermería del Sacyl de Zamora matriculados en la asignatura de Administración y Gestión de Servicios.

El muestreo fue de conveniencia, recolectando un total de 257 cuestionarios de respuesta abierta. Siguiendo los criterios de rigor y calidad en investigación cualitativa en salud [8], la recogida de información se estructuró en dos fases: una primera de respuesta individual escrita y una segunda de contraste mediante grupos focales (6 a 10 personas). El instrumento de recogida de datos, tras una breve sección de contextualización sociodemográfica, constó de las siguientes cuatro preguntas abiertas:

1. ¿Qué aspectos positivos destacarías del sistema sanitario público actual?
2. ¿Qué aspectos negativos o debilidades identificas en el sistema?
3. ¿Qué propuestas de mejora consideras que son realizables en el contexto actual?
4. ¿Qué propuestas de mejora propondrías en un escenario ideal de recursos?

Para el procesamiento de los datos se utilizó Microsoft Excel, aplicando un análisis de contenido temático. Para garantizar la trazabilidad de los hallazgos y el rigor del proceso, se mantuvieron registros de auditoría (*audit trails*) durante toda la fase de codificación y categorización [9].

Aspectos éticos: El estudio se realizó siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los participantes en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales. La participación fue voluntaria y el tratamiento de los datos se realizó exclusivamente con fines investigadores vinculados a la asignatura de Administración y Gestión de Servicios.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se describen las características sociodemográficas de la muestra analizada, donde destaca un claro predominio femenino (85,6 %) y una edad media estable cercana a los 23 años (rango 18-55). Respecto a la procedencia, la mayoría de los participantes procedía de Castilla y León (83 %), con una presencia significativa de alumnos de la provincia de Zamora (55 %). En total, se analizaron 257 cuestionarios con una participación media de 51,4 alumnos por curso académico, tal como se detalla en la Tabla 2.

Tras el análisis de contenido temático de las respuestas abiertas y su posterior validación en los grupos focales, se identificaron las categorías más frecuentes para cada dimensión analizada:

1. Valoración positiva del sistema sanitario: Según se observa en la Tabla 3, el aspecto más valorado es la universalidad (67,3 %), seguido de la gratuidad en el punto de servicio (54,5 %) y la accesibilidad (44,4 %). Estas valoraciones coinciden con la percepción de satisfacción ciudadana recogida en informes nacionales recientes [10]. Los futuros profesionales destacan también la alta cualificación y formación de los profesionales (31,5 %), la calidad asistencial y el carácter público del sistema, subrayando la equidad (20,2 %) y la integración de niveles (11,7 %) como fortalezas del modelo.

2. Valoración negativa del sistema sanitario: Los resultados de la Tabla 4 muestran que la principal crítica se centra en las listas de espera (72,8 %) y la falta de profesionales (59,1 %). Esta preocupación por el déficit de plantillas y la presión asistencial es una constante en los informes sectoriales actuales [11, 12]. Los alumnos identifican además la escasez de recursos materiales y económicos (37,7 %), la falta de inversión en investigación o prevención (30 %), el mal uso o abuso de los servicios (23 %) y las desigualdades territoriales entre comunidades autónomas (12,5 %).

3. Propuestas de mejoras realizables: Como se detalla en la Tabla 5, la prioridad para los encuestados es el aumento de las plantillas (54,9 %), seguida de la potenciación de la Educación para la Salud, promoción y prevención (38,5 %). Proponen además incrementar los recursos materiales y económicos (27,6 %), agilizar las listas de espera (23,3 %) y mejorar la coordinación entre niveles asistenciales. La importancia de estas demandas se ve confirmada por los informes profesionales actuales, que señalan que la adecuación de las ratios enfermeras y la mejora de la estructura organizativa son los factores críticos que permiten a los profesionales garantizar la seguridad clínica del paciente y la sostenibilidad del sistema [13, 14].

4. Propuestas de mejoras ideales: En cuanto a las metas de mayor complejidad asistencial descritas en la Tabla 6, los futuros profesionales abogan como prioridad por un incremento de recursos (32,7 %), la disminución de las listas de espera (29,2 %) y el aumento estructural de personal (28 %). Los encuestados destacan también la importancia de implementar un modelo de seguimiento personalizado y humanizado (18,3 %), aumentar los presupuestos e inversión económica (17,5 %) y potenciar la prevención y educación para la salud (14,8 %). Finalmente, se identifican propuestas orientadas a la investigación y formación (12,1 %, respectivamente), la mejora de los sistemas tecnológicos (8,9 %) y el incremento de las retribuciones salariales (5,8 %). Esta visión de los alumnos se alinea con la evidencia científica actual, que vincula directamente la mejora de los entornos laborales y la dotación de las plantillas con una mayor seguridad clínica y mejores resultados de salud en los pacientes [15].

CONCLUSIONES

El sistema sanitario español ha gozado tradicionalmente de una excelente reputación, con resultados favorables en salud y esperanza de vida superiores a la media internacional [1]. No obstante, la percepción ciudadana muestra signos de desgaste; según el último Barómetro Sanitario, la satisfacción media es de 6,28 sobre 10, y un 15,6 % de la población demanda cambios profundos [10]. Nuestros hallazgos se alinean con esta tendencia: los futuros profesionales valoran la esencia del sistema (universalidad y gratuidad), pero se muestran críticos con su gestión operativa.

La literatura científica en enfermería ha priorizado históricamente la satisfacción del paciente, dejando un vacío en la investigación de sistemas y servicios de salud desde la óptica profesional [5]. Este estudio valida la necesidad de analizar la percepción del entorno y la identidad profesional, elementos que han cobrado una relevancia crítica tras la crisis sanitaria, redefiniendo la representación social de la enfermera y su papel en la optimización de los cuidados [4, 11]. Al realizar la encuesta el primer día de la asignatura de Administración y Gestión, se evitó el sesgo de influencia docente, obteniendo una visión genuina de los alumnos que, tras sus prácticas clínicas, poseen ya un marco de referencia próximo a la realidad asistencial [12, 14].

Es reseñable la "paradoja de la formación" detectada: aunque los estudiantes valoran la alta cualificación de los profesionales, identifican como aspecto negativo el inmovilismo asistencial ("siempre se ha hecho así") y la falta de reciclaje, factores que impactan en la imagen de la profesión descrita en estudios recientes [4]. Asimismo, identifican brechas estructurales preocupantes, como la desigualdad entre Comunidades Autónomas y la precariedad de recursos en el medio rural.

Un hallazgo de gran valor es que solo un 5,8 % de los encuestados considera prioritario el aumento de sueldo. Esto denota que las preocupaciones de los futuros enfermeros están centradas en la calidad de la atención, la humanización y la suficiencia de recursos humanos para garantizar la seguridad del paciente [15]. A pesar de las mejoras en el desarrollo competencial [2], persisten retos en la definición de carteras de servicios y el ajuste de plantillas que el sistema debe resolver [13, 14].

En conclusión, los alumnos de último curso de Enfermería de Zamora mantienen una visión positiva y comprometida con el Sistema Sanitario Público. Sus expectativas de mejora no son meramente económicas, sino que apuestan por un cambio de paradigma hacia la prevención, la Educación para la Salud y el refuerzo de la Atención Primaria.

En definitiva, la visión de estos futuros profesionales invita a continuar fortaleciendo el talento interno y a profundizar en estrategias de gestión que refuercen la

esencia humana del sistema, asegurando así una respuesta eficaz y equilibrada ante los nuevos escenarios de la sanidad.

BIBLIOGRAFÍA

1.Consejo Económico y Social. Informe 01/2024: El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. Madrid: CES; 2024.

2.Lafuente-Robles N, Fernández-Salazar S, Rodríguez-Gómez S, Casado-Mora MI, Morales-Asencio JM, Ramos-Morcillo AJ. Desarrollo competencial de las enfermeras en el sistema sanitario público de Andalucía. Enferm Clin. 2019;29(2):83-9.

3.Fundación Economía y Salud. 100 medidas que mejoran el sector de la salud. Madrid: Fundación Economía y Salud; 2017.

4.Solera-Gómez S, Sancho-Cantus D, Benedito-Monleón A, Llinares-Insa LI, Cunha-Pérez C. Representación social de la enfermería tras la epidemia por COVID-19. ¿Qué ha cambiado? Index Enferm [Internet]. 2024;33(2): e14727.

5.Martínez Trujillo N. Las investigaciones en sistemas y servicios de salud por enfermería en las revistas científicas. Rev Cubana Enferm. 2011;27(3):228-38.

6.Quecedo Lecanda R, Castaño Garrido C. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. Rev Psicodidact. 2003;(14):5-40.

7.Conde F, Pérez Andrés C. La investigación cualitativa en Salud Pública. Rev Esp Salud Publica. 1995;69(2):145-9.

8.Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. Rev Esp Salud Publica. 2002;76(5):473-82.

9.Cutliffe JR, McKenna HP. Expert qualitative researchers and the use of audit trails. J Adv Nurs. 2004;45(2):126-33.

10.Ministerio de Sanidad. Informe Barómetro Sanitario 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.

11.Ministerio de Sanidad. Informe sobre la necesidad de especialistas sanitarios en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.

12.Consejo General de Enfermería. Informe de presión asistencial y situación de las plantillas enfermeras 2024. Madrid: CGE; 2024.

13.Ministerio de Sanidad. Informe de necesidad de enfermeras en España y ratios por CCAA 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.

14.Consejo General de Enfermería. Informe de ratios enfermeras en España 2024. Madrid: CGE; 2024.

15.Lake ET, Sanders J, Duan R, Riman KA, Schoenauer KM, Chen ID. A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. Med Care. 2019;57(5):353-61.

TABLAS Y FIGURAS

CURSO	MUJERES	%	HOMBRES	%	EDAD MEDIA	RANGO	ZAMORA	CYL	FUERA CYL
2015-16	52	92,9	4	7,1	23,1	21-34	26	48	8
2016-17	45	76,3	14	23,7	21,9	18-55	34	54	5
2017-18	49	87,5	7	12,5	22,5	22-50	31	49	7
2018-19	44	80	11	20	23,5	22-50	16	35	20
2019-20	41	71,9	16	28,1	22,6	22-50	21	46	11

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de alumnos de 4º curso (periodo 2015-2019). Distribución de la muestra por género, edad (media y rango) y procedencia geográfica. CYL: Castilla y León. Los datos reflejan un claro predominio femenino y una edad media estable cercana a los 23 años.

ENCUESTAS REALIZADAS	
AÑO	**NÚMERO**
2015	**56**
2016	**51**
2017	**47**
2018	**49**
2019	**54**
	257

Tabla 2. Distribución de encuestas realizadas por curso académico. Volumen total de participación (n=257) durante el periodo de estudio. Se observa una media de participación de 51,4 alumnos por año académico.

Pregunta 1: ¿Qué ves positivo del sistema sanitario?	N.º	%
1: Universal	173	67,3
2: Gratuito	140	54,5
3: Accesible	114	44,4
4. Profesionales (cualificados, formación)	81	31,5
5: De calidad	76	29,6
6: Público	69	26,8
7: Cartera de servicios	68	26,5
8: Sistema equitativo/ igualitario	52	20,2
9: Integral	49	19,1
10: Buena integración entre niveles asistenciales/ coordinación	30	11,7

Tabla 3. Categorías con mayor frecuencia de respuesta sobre los aspectos positivos del sistema sanitario. Análisis de las diez valoraciones más frecuentes. Se observa que los pilares fundacionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) son los elementos más reconocidos por los futuros profesionales.

Pregunta 2: ¿Qué ves negativo del sistema sanitario?	N.º	%
1: Listas espera	187	72,8
2: Falta profesionales	152	59,1
3: Falta escasez recursos materiales /económicos	97	37,7
4: Falta recursos para (investigación, promoción, prevención)	77	30,0
5: Mal uso/ abuso de servicios/ recursos	59	23,0
6: Mala comunicación/ coordinación entre AP y AH	50	19,5
7: Falta de formación / reciclaje/ eficacia de profesionales	50	19,5
8: Desigualdad/ diferencias entre CC.AA.	32	12,5
9: Desmotivación / insatisfacción laboral	29	11,3
10: Escasez / precariedad/ dificultad en medio rural	24	9,3

Tabla 4. Categorías con mayor frecuencia de respuesta sobre los aspectos negativos del sistema sanitario. Identificación de debilidades del sistema. Las listas de espera y la gestión de recursos humanos emergen como las principales áreas de insatisfacción entre los encuestados.

Pregunta 3: ¿Qué mejoras, realizables, propondrías?	N.º	%
1: Aumento de personal	141	54,9
2: Promoción / Prevención / Educación para la Salud	99	38,5
3: Aumento de recursos materiales/ económicos	71	27,6
4: Agilizar lista de espera	60	23,3
5: Formación de profesionales	49	19,1
6: Inversión en investigación	47	18,3
7: Coordinación/ igualdad entre CC.AA.	30	11,7
8: Mejorar infraestructuras	29	11,3
9: Coordinación AP y AH	28	10,9
10: Potenciar / mejorar Atención Primaria	22	8,6

Tabla 5. Propuestas de mejoras consideradas realizables por los encuestados. Priorización de intervenciones factibles a corto/medio plazo. Destaca la importancia otorgada al refuerzo de las plantillas y a las estrategias de salud pública y preventiva.

Pregunta 4: ¿Qué mejoras ideales propondrías?	N.º	%
1: Aumentar recursos	84	32,7
2: Disminuir lista de espera	75	29,2
3: Aumentar personal	72	28,0
4: Seguimiento personalizado del paciente/ Humanización / Atención individualizada	47	18,3
5: Aumentar Presupuestos / Inversión económica	45	17,5
6: Prevención / Educación para la Salud	38	14,8
7: Investigación	31	12,1
8: Formación de profesionales	31	12,1
9: Mejorar sistemas tecnológicos	23	8,9
10: Aumentar el sueldo	15	5,8

Tabla 6. Propuestas de mejoras consideradas ideales por los encuestados. Exploración de metas a largo plazo o de difícil implementación inmediata. Los resultados reflejan una aspiración hacia un modelo con mayor dotación presupuestaria y tecnológica, donde la humanización y el seguimiento personalizado del paciente cobran un protagonismo especial.

ISSN:1578-7516
NUEVO HOSP. (Versión digital)

Melanoma vulvar: el desafío diagnóstico de una neoplasia infrecuente

María Calvo Albarrán*, Blanca Grande Rubio*, Teresa Muñoz Virues*, María José Fernández Galguera**

** MIR. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*
***LES. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

Correspondencia: María Calvo Albarrán. mcalvoal@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: El melanoma vulvar es una neoplasia poco frecuente que representa entre el 2 y el 10% de los tumores malignos de la vulva y alrededor del 1-2% de todos los melanomas. Se caracteriza por un comportamiento agresivo y un pronóstico desfavorable. El objetivo es presentar un caso clínico y revisar los principales aspectos diagnósticos y terapéuticos de esta entidad.

Exposición del caso: Mujer de 84 años que consulta por lesión vulvar sangrante de tres semanas de evolución. A la exploración se objetiva una lesión exofítica pigmentada, friable y vascularizada en región paraclitorídea derecha. La biopsia confirma melanoma vulvar con índice de Breslow de 3 mm y sin ulceración ni afectación linfovascular. El estudio de extensión fue negativo. Se realizó vulvectomía parcial con márgenes libres; la paciente rechazó la valoración ganglionar. Evolución postoperatoria favorable, en seguimiento ambulatorio.

Diagnóstico y discusión: El diagnóstico del melanoma vulvar requiere un elevado índice de sospecha clínica ante cualquier lesión vulvar nueva, especialmente en mujeres de edad avanzada, debido a su baja incidencia y presentación variable. El estudio histopatológico es fundamental para la confirmación diagnóstica y la estadificación. Actualmente, el tratamiento se basa en la resección quirúrgica con márgenes adecuados y la valoración ganglionar cuando está indicada. La afectación ganglionar y el espesor tumoral constituyen los principales factores pronósticos.

PALABRAS CLAVE

Melanoma vulvar. Neoplasia vulvar. Oncología ginecológica. Melanoma mucoso.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

El melanoma vulvar (MV) es una entidad infrecuente dentro de la patología oncológica ginecológica, representando entre el 2-10% de los tumores primarios de la vulva y entre el 1-2% del total de melanomas [1,2]. A pesar de su baja incidencia, se caracteriza por un comportamiento biológico agresivo y un peor pronóstico en comparación con el melanoma cutáneo [1]. La evidencia disponible es limitada y procede fundamentalmente de estudios retrospectivos, lo que dificulta la estandarización de su manejo [2].

Este tipo de tumor afecta predominantemente a mujeres de edad avanzada, con un pico de incidencia en la sexta y séptima décadas de la vida [3,4]. Desde el punto de vista epidemiológico, aunque muchos casos se diagnostican en estadios localizados, una proporción significativa presenta enfermedad regional o avanzada en el momento del diagnóstico [3]. El retraso diagnóstico es frecuente y se relaciona con la localización anatómica, la inespecificidad de los síntomas y la baja sospecha clínica [4].

El MV forma parte del grupo de melanomas mucosos, cuya etiopatogenia difiere del melanoma cutáneo al no estar relacionada con la exposición solar [5]. A nivel molecular, estos tumores presentan con mayor frecuencia mutaciones en KIT y NRAS y menor frecuencia en BRAF, lo que condiciona su

comportamiento biológico [6]. La caracterización molecular adquiere especial relevancia en enfermedad avanzada o recurrente, ya que la identificación de alteraciones en KIT puede permitir el empleo de terapias dirigidas con inhibidores tirosina-cinasa en pacientes seleccionados [6].

Clínicamente, el MV puede presentarse como una lesión pigmentada irregular; sin embargo, un porcentaje significativo son amelanóticos, dificultando el diagnóstico precoz [4]. Los síntomas más habituales incluyen prurito, dolor o sangrado [1].

El tratamiento primario es quirúrgico, pero ha evolucionado desde procedimientos radicales hacia un enfoque conservador basado en la resección local amplia y la biopsia selectiva del ganglio centinela [7]. Este cambio ha permitido reducir la morbilidad quirúrgica sin comprometer el control oncológico [8].

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 84 años, con antecedentes obstétricos de dos gestaciones culminadas en dos partos eutócicos, sin abortos ni antecedentes ginecológicos de interés. Entre sus antecedentes personales destaca deterioro cognitivo leve tipo enfermedad de Alzheimer. Como antecedentes quirúrgicos y oncológicos presenta carcinoma basocelular en nariz y espalda.

Acude a consulta por una lesión con sangrado intermitente de tres semanas de evolución, localizada entre labio mayor y menor derechos. La paciente niega episodios previos similares y episodios de sangrados.

A la exploración ginecológica se observan genitales y vagina atróficos. Se objetiva, en la región vulvar derecha paraclitorídea y lateral a labio menor derecho, una lesión exofítica de aproximadamente 0,5 cm de diámetro, de coloración marrón-negruzca, de aspecto vascularizado y friable al tacto. Tras infiltración de anestésico local se realiza biopsia de la lesión.

El estudio anatomopatológico del material remitido informa de melanoma vulvar, con las siguientes características:

- Índice de Breslow: 3 mm.
- No identifica ulceración evidente en la mucosa de revestimiento.
- Nivel anatómico de Clark: IV.
- Índice mitótico: 1 mitosis/mm^2.
- Ausencia microsatélites.
- Ausencia invasión linfovascular.
- Ausencia neurotropismo.
- Presencia de infiltrado linfocitario tumoral (TILs), escaso y de forma local.
- Ausencia de regresión tumoral.

Se completa el estudio de extensión mediante TAC abdominotoracopélvico, sin evidencia de imágenes sugestivas de metástasis a distancia ni adenopatías retroperitoneales, mesentéricas ni en cadenas ilíacas.

El caso se presenta en el comité oncológico, donde se decide tratamiento quirúrgico: resección local amplia (vulvectomía parcial) con márgenes de seguridad y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC).

Dado el espesor de 3 mm y la ausencia de ulceración, el caso corresponde a la categoría pT3a según la clasificación AJCC para melanoma (*Tabla 1*) y, por tanto, la paciente presentaba un riesgo significativo de afectación ganglionar regional por lo que la estadificación ganglionar habría aportado información pronóstica relevante [9]. No obstante, tras explicar los riesgos y beneficios, la paciente rechaza BSGC y la linfadenectomía inguinal por temor al linfedema.

Finalmente, la pieza quirúrgica definitiva confirma márgenes libres de enfermedad. La evolución postoperatoria es favorable y se establece seguimiento ambulatorio estrecho.

Hay que señalar que se aplica la clasificación AJCC de melanoma cutáneo al melanoma vulvar porque no existe un sistema específico para éste [10].

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El caso que se expone muestra las dificultades diagnósticas que el MV puede plantear dificultades derivadas de su presentación clínica variable y de su localización anatómica, lo que contribuye a un retraso diagnóstico significativo [4,7]. Por ello, es fundamental mantener un alto índice de sospecha ante cualquier lesión vulvar atípica, pigmentada o no, especialmente en mujeres de edad avanzada [4,7]. El diagnóstico diferencial incluye lesiones benignas y malignas pigmentadas de la vulva, entre ellas melanosis vulvar, nevus melanocítico, angioqueratoma, queratosis seborreica, enfermedad de Paget extramamaria y carcinoma escamoso pigmentado. Asimismo, los melanomas amelanóticos pueden presentarse como lesiones eritematosas o ulceradas, dificultando aún más el reconocimiento clínico precoz [4]. Aunque los criterios ABCDE pueden ser útiles como orientación inicial, su aplicabilidad en mucosas es limitada y debe complementarse con una evaluación clínica exhaustiva [1].

La confirmación diagnóstica se basa en el estudio histopatológico mediante biopsia [1,5]. El espesor tumoral medido por el índice de Breslow constituye el

principal factor pronóstico en melanoma, incluyendo el vulvar [1,11]. Este parámetro mide la profundidad de invasión en milímetros y presenta una correlación directa con el riesgo de diseminación metastásica y la supervivencia [1,4,12]. Por otro lado, el nivel de invasión de Clark (*Tabla 2*), que describe la afectación de las distintas capas cutáneas, ha sido tradicionalmente utilizado como marcador pronóstico [1]. Aunque actualmente ha sido parcialmente desplazado por el índice de Breslow, sigue teniendo utilidad en ciertos contextos, especialmente en tumores de bajo espesor [1,11]. En la actualidad, la estadificación del melanoma se basa fundamentalmente en el espesor tumoral, la ulceración y el estado ganglionar. Aunque la clasificación AJCC fue desarrollada para melanoma cutáneo, continúa utilizándose de forma extrapolada en el MV debido a la ausencia de un sistema específico ampliamente validado [1,4,9].

En casos de morfología dudosa o lesiones amelanóticas, la inmunohistoquímica puede contribuir al diagnóstico mediante la expresión de marcadores melanocíticos como S100, SOX10, Melan-A y HMB-45, los cuales presentan una elevada sensibilidad diagnóstica en melanoma mucoso [13].

Además del índice de Breslow, otros factores histológicos asociados a peor pronóstico incluyen la ulceración, el índice mitótico y la invasión linfovascular [11]. Asimismo, la afectación ganglionar regional continúa siendo uno de los determinantes más importantes de supervivencia [3,12]. La correcta estadificación inicial incluye pruebas de imagen, como TAC o PET-TAC, para valorar diseminación de la enfermedad [2].

Desde el punto de vista terapéutico, la cirugía constituye el pilar fundamental del tratamiento [2,14]. Históricamente, el abordaje consistía en vulvectomías radicales con linfadenectomía inguinal bilateral, lo que se asociaba a una elevada morbilidad [9]. En la actualidad, se ha demostrado que la resección local amplia con márgenes adecuados ofrece resultados oncológicos comparables, pero con menor impacto funcional y mejor calidad de vida [14]. Los márgenes quirúrgicos recomendados suelen situarse entre 1 y 2 cm en función del espesor tumoral [14].

La introducción de la BSGC ha supuesto un avance significativo en el manejo del MV. La BSGC se recomienda habitualmente en pacientes sin adenopatías clínicamente evidentes y con melanomas de espesor superior a 1 mm, o en lesiones más delgadas asociadas a factores de riesgo histológicos [11]. Esta técnica permite una estadificación precisa con menor morbilidad que la linfadenectomía completa [7,14]. Se ha demostrado que un ganglio centinela negativo se asocia con bajo riesgo de recurrencia regional, evitando procedimientos más agresivos [14]. Por el contrario, la afectación ganglionar se relaciona con un peor pronóstico y puede condicionar la necesidad de tratamientos adyuvantes [11]. En nuestro caso, pese a estar indicada la valoración ganglionar por el espesor tumoral, la paciente rechazó tanto la biopsia selectiva del ganglio centinela como la linfadenectomía inguinal, por lo que se optó por seguimiento estrecho.

Respecto al tratamiento sistémico, los melanomas mucosos presentan tasas de respuesta inferiores con inmunoterapia que las observadas en los melanomas [15]. No obstante, los inhibidores de puntos de control inmunitario, como pembrolizumab y nivolumab, constituyen una opción terapéutica en enfermedad avanzada [16].

El pronóstico global del MV sigue siendo desfavorable [1]. El espesor tumoral, la ulceración, el estadío y la afectación ganglionar influyen de forma significativa en la supervivencia [12, 16]. Las series publicadas muestran una supervivencia global a cinco años que oscila entre el 25 y el 50%, claramente inferior a la observada en el melanoma cutáneo [1,13]. La recurrencia, tanto local como a distancia, es frecuente, especialmente durante los primeros años tras el diagnóstico, lo que justifica la necesidad de un seguimiento estrecho [4].

Por último, es importante considerar el impacto de esta patología en la calidad de vida, ya que incluso con técnicas quirúrgicas conservadoras pueden existir secuelas funcionales y psicológicas relevantes que afectan a la esfera sexual y a la imagen corporal [8].

BIBLIOGRAFÍA

1.Falcicchio G, Vinci L, Cicinelli E, Loizzi V, Arezzo F, Silvestris E, et al. Vulvar malignant melanoma: a narrative review. Cancers (Basel). 2022;14(21):5217.

2.Leitao MM Jr. Management of vulvar and vaginal melanomas: current and future strategies. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2014;(34):e277-84.

3.Erickson MK, Pontes D, Memon R, Schlosser BJ, West DP, Nardone B. A US population-based epidemiologic study of vulvar melanoma from the SEER database. J Am Acad Dermatol. 2020;83(4):1175-8.

4.Wohlmuth C, Wohlmuth-Wieser I. Vulvar melanoma: molecular characteristics, diagnosis, surgical management, and medical treatment. Am J Clin Dermatol. 2021;22(5):639–651.

5.Spencer KR, Mehnert JM. Mucosal melanoma: epidemiology, biology and treatment. Cancer Treat Res. 2016;167:295-320.

6.Wróblewska JP, Dias-Santagata D, Ustaszewski A, Wu CL, Fujimoto M, Selim MA, et al. Prognostic roles of BRAF, KIT, NRAS and other mutations in mucosal melanomas. Cells. 2021;10(9):2216.

7.Bainvoll L, Brunette LL, Muderspach LI, Roman LD, Klar M, Matsuo K. Sentinel lymph node biopsy for vulvar melanoma: trends in tumor stage-specific utilization. Am J Obstet Gynecol. 2022;226(3):438-440.

8.Mansini A, Aarohi S, Della Mura M, et al. Sentinel lymph node biopsy in melanoma: overview and updates. Int J Mol Sci. 2025;26(19):9469.

9.Giannini A, D'Oria O, Chiofalo B, et al. The giant steps in surgical downsizing toward a personalized treatment of vulvar cancer. J Obstet Gynaecol Res. 2022;48(3):533-40.

10.Teo AYT, Yau CE, Low CE, Pereira JV, Ng JYX, Soong TK, Lo JYT, Yang VS. Effectiveness of immune checkpoint inhibitors and other treatment modalities in patients with advanced mucosal melanomas: a systematic review and individual patient data meta-analysis. EClinicalMedicine. 2024 Oct 4;77:102870.

11.Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, Sondak VK, Long GV, Ross MI, et al. Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. CA Cancer J Clin. 2017;67(6):472–492.

12.Capria A, Tahir N, Fatehi M. Vulvar Cancer. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567798/

13.Zapardiel I, Gracia M, Diez J, Buda A, Noya MC, Iaco P, et al. Prognostic factors for recurrence and survival in uncommon variants of vulvar cancer. Arch Gynecol Obstet. 2021;303(3):759-66.

14.Albert AA, Allbright RM, Vijayakumar S. Vulvar melanoma: prognostic factors and treatment patterns. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2019;105(1 Suppl):E358.

15.Robert C, Long GV, Brady B, Dutriaux C, Maio M, Mortier L, et al. Nivolumab in previously untreated melanoma without BRAF mutation. N Engl J Med. 2015;372(4):320-30.

16.Ohsie SJ, Sarantopoulos GP, Cochran AJ, Binder SW. Immunohistochemical characteristics of melanoma. J Cutan Pathol. 2008;35(5):433-444.

TABLAS Y FIGURAS

T		Espesor	Ulceración
TX: No es posible evaluar el espesor del tumor primario		No aplicable	No aplicable
T0: No existe evidencia de tumor primario		No aplicable	No aplicable
Tis (melanoma in situ)		No aplicable	No aplicable
T1 (≤1.0 mm)	T1a	<0,8 mm	No
	T1b	<0,8 mm	Si
		0.8-1.0 mm	Si o no
T2 (<1-2mm)	T2a	(<1-2mm)	No
	T2b	(<1-2mm)	Si
T3 (>2-4mm)	T3a	(>2-4mm)	No
	T3b	(>2-4mm)	Si
T4 (>4mm)	T4a	(>4mm)	No
	T4b	(>4mm)	Si

Tabla 1. Definición de tumor primario (T) según la AJCC [9].

ISSN:1578-7516
NUEVO HOSP. (Versión digital)

Apendicitis aguda complicada con absceso periapendicular: utilidad de la tomografía computarizada ante ecografía no concluyente.

Carlos Javier Gallués Caballero, Karina Elizabeth Pillajo Cevallos, Valentina Constanza Lenz Ruiz, Miguel Gonzalo Domínguez.

** MIR. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*
*** LES. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

Correspondencia: Carlos Javier Gallués Caballero. cjgallues@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: La apendicitis aguda constituye una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico. Aunque el diagnóstico puede ser clínico en casos típicos, las presentaciones atípicas o evolucionadas pueden requerir apoyo radiológico. El objetivo de este trabajo es describir un caso de apendicitis aguda complicada y resaltar el papel de la tomografía computarizada (TC) ante una ecografía no concluyente.

Exposición del caso: Mujer de 28 años que acudió a urgencias por dolor abdominal inicialmente mesogástrico, náuseas y posterior migración del dolor a fosa ilíaca derecha. En la analítica destacaba elevación de reactantes de fase aguda. La radiografía simple de abdomen no mostró hallazgos relevantes y la ecografía abdominal no permitió identificar el apéndice ni signos concluyentes de apendicitis. Ante la persistencia de la sospecha clínica, se realizó TC abdominopélvica con contraste intravenoso, que evidenció apéndice aumentado de calibre, marcada estriación de la grasa periapendicular y colección hidroaérea compatible con absceso periapendicular.

Diagnóstico y discusión: Los hallazgos fueron compatibles con apendicitis aguda evolucionada complicada. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, confirmándose el diagnóstico anatomopatológico de apendicitis aguda con periapendicitis. La TC resulta fundamental en casos de discordancia clínico-ecográfica, permitiendo confirmar el diagnóstico, detectar complicaciones y orientar el manejo terapéutico.

PALABRAS CLAVE

Apendicitis aguda. Tomografía computarizada. Ecografía. Absceso periapendicular.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas abdominales más frecuentes y una causa habitual de consulta en los servicios de urgencias [1,2]. Puede presentarse a cualquier edad, aunque su incidencia es mayor durante la segunda y tercera décadas de la vida [2]. Desde su descripción como entidad quirúrgica por Reginald Fitz en 1886, continúa siendo una patología de gran relevancia clínica por su frecuencia, potencial evolución hacia formas complicadas y necesidad de diagnóstico precoz [2].

En las formas clásicas, el diagnóstico puede establecerse mediante la combinación de anamnesis, exploración física y parámetros analíticos. Sin embargo, existen presentaciones clínicas atípicas o incompletas que pueden retrasar el diagnóstico y aumentar la morbilidad, especialmente en casos evolucionados con perforación, absceso o peritonitis [1,6].

En este contexto, las técnicas de imagen han adquirido un papel fundamental. La ecografía abdominal suele emplearse como prueba inicial, **especialmente en niños, mujeres jóvenes y** embarazadas, debido a su disponibilidad, bajo coste y ausencia de radiación ionizante [3,5]. No obstante, su rendimiento depende de múltiples factores, entre ellos la experiencia del operador, la constitución del

paciente, la presencia de gas intestinal y la localización del apéndice [3,5].

La tomografía computarizada (TC) abdominopélvica presenta una elevada rentabilidad diagnóstica y permite valorar no solo la presencia de apendicitis, sino también sus complicaciones y posibles diagnósticos alternativos [4,7]. Su utilidad es especialmente relevante cuando existe discordancia entre la sospecha clínica y una ecografía no concluyente.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de apendicitis aguda complicada con absceso periapendicular, destacando la aportación de la TC en el diagnóstico definitivo y en la planificación terapéutica.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 28 años que acudió al servicio de urgencias derivada por su médico de familia por dolor abdominal de 24 horas de evolución, inicialmente localizado en mesogastrio y asociado a náuseas. No refería vómitos, diarrea, fiebre ni clínica miccional. La paciente desconocía la posibilidad de gestación y refería fecha de última regla el 16 de enero de 2026. La exploración clínica inicial no mostró otros hallazgos relevantes.

Se administró tratamiento analgésico intravenoso, con mejoría parcial, y la paciente fue dada de alta con tratamiento analgésico oral. Al día siguiente acudió nuevamente por intensificación del dolor, esta vez localizado en fosa ilíaca derecha, asociado a un episodio aislado de vómito. En la analítica destacaba elevación de reactantes de fase aguda, con leucocitosis, neutrofilia y PCR elevada. En la exploración física presentaba signos de irritación peritoneal, con Blumberg, Rovsing y maniobra del psoas positivos, siendo Murphy negativo. Ante estos hallazgos, ingresó con sospecha clínica de apendicitis aguda.

Inicialmente se realizó radiografía simple de abdomen, sin hallazgos significativos. Posteriormente se practicó ecografía abdominal, en la que no se identificó el apéndice cecal ni se observaron signos directos o indirectos concluyentes de apendicitis.

Dada la persistencia de la sospecha clínica, se completó el estudio mediante TC abdominopélvica urgente tras administración de contraste intravenoso. La TC mostró una estructura apendicular aumentada de calibre, con diámetro transverso máximo de 10 mm (Figura 1A), asociada a marcada estriación de los planos grasos adyacentes (Figura 1B). Además, se identificó una colección hidroaérea medial a la pared apendicular, de aproximadamente 30 x 18 x 18 mm, compatible con absceso periapendicular (Figura 2A). Se observaron pequeños ganglios ileocólicos de tamaño no patológico, de probable carácter reactivo (Figura 2B). El resto de la exploración abdominal no mostró hallazgos relevantes.

Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico radiológico de apendicitis aguda evolucionada complicada con absceso periapendicular. Tras la confirmación diagnóstica, la paciente ingresó en el servicio de Cirugía General y fue intervenida quirúrgicamente sin complicaciones. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de apendicitis aguda con periapendicitis.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

La apendicitis aguda se define como la inflamación del apéndice vermiforme, habitualmente secundaria a obstrucción luminal y sobreinfección bacteriana. Su presentación clínica clásica comienza con dolor abdominal difuso, periumbilical o mesogástrico, que posteriormente migra a la fosa ilíaca derecha conforme progresa la irritación del peritoneo parietal [1,6].

A pesar de esta descripción típica, el diagnóstico puede resultar complejo. Las presentaciones clínicas atípicas, la localización variable del apéndice y la coexistencia de otras patologías abdominales o pélvicas pueden generar dudas diagnósticas y retrasar el tratamiento. Este retraso puede favorecer la progresión hacia formas complicadas, como perforación, plastrón inflamatorio, absceso periapendicular o peritonitis [1,6].

Hallazgos radiológicos:

-Radiografía simple de abdomen: No debe utilizarse de forma rutinaria en la sospecha de apendicitis aguda, debido a su baja sensibilidad. Puede mostrar hallazgos indirectos, como íleo localizado, apendicolito, borramiento de planos grasos o, de forma infrecuente, neumoperitoneo. Sin embargo, su utilidad principal queda limitada a casos con clínica atípica o cuando se sospechan diagnósticos alternativos [1,4]. En el caso presentado, la radiografía fue anodina.

-Ecografía abdominal: Técnica ampliamente empleada como primera prueba de imagen, especialmente en niños, mujeres jóvenes y embarazadas, por no utilizar radiación ionizante y permitir una valoración dinámica del abdomen [3,5]. La técnica de compresión gradual ha mejorado la

visualización del apéndice, al desplazar el gas intestinal y aproximar la estructura a la sonda [3].

El apéndice normal se describe como una estructura tubular, colapsable, de extremo ciego, con diámetro habitualmente inferior a 6 mm y pared fina. En la apendicitis aguda, los hallazgos ecográficos característicos incluyen una estructura tubular no compresible, de extremo ciego, con diámetro mayor de 6 mm, engrosamiento parietal, hiperemia mural en Doppler, apendicolito, líquido periapendicular y alteración inflamatoria de la grasa adyacente [3,5].

En fases evolucionadas pueden identificarse colecciones líquidas, plastrón inflamatorio o signos indirectos de perforación. No obstante, la ecografía tiene limitaciones importantes. Es una técnica operador-dependiente y su rendimiento disminuye en pacientes obesos, con abundante gas intestinal, dolor intenso que dificulta la compresión o localización retrocecal/pélvica del apéndice [3,5].

Entre las causas de falsos negativos se incluyen la inflamación limitada a la punta apendicular, la apendicitis retrocecal, el apéndice lleno de gas, la perforación con desestructuración de la pared y los casos en los que el apéndice aumentado de tamaño puede confundirse con un asa intestinal [5]. En nuestra paciente, la ecografía no permitió identificar el apéndice ni detectar signos inflamatorios, por lo que no fue suficiente para descartar la enfermedad.

-Tomografía computarizada: La TC abdominopélvica con contraste intravenoso presenta una elevada sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de apendicitis aguda, con cifras superiores a las descritas para la ecografía en numerosos estudios [4,7,8]. A diferencia de la ecografía, es menos dependiente del operador y permite valorar de forma global la cavidad abdominal, detectar complicaciones y establecer diagnósticos alternativos.

Los criterios diagnósticos más aceptados en TC incluyen diámetro apendicular mayor de 6 mm, aunque algunas bibliografías señalan un diámetro mayor a 8 mm y engrosamiento de la pared superior a 3 mm, realce mural, edema submucoso o signo de la diana, apendicolito, estriación de la grasa periapendicular, engrosamiento focal del ciego y adenopatías reactivas [4,7].

En casos de apendicitis complicada, la TC puede demostrar signos de perforación, como colección o flemón periapendicular, gas extraluminal, apendicolito extraluminal o defectos focales en el realce de la pared apendicular [7,9]. Estos datos son de gran importancia para el cirujano, ya que pueden modificar el abordaje terapéutico y orientar la necesidad de manejo quirúrgico urgente, drenaje o tratamiento conservador en casos seleccionados [4,9].

En el caso descrito, la TC fue determinante al demostrar aumento del calibre apendicular, marcada estriación de la grasa periapendicular y una colección hidroaérea compatible con absceso periapendicular. Estos hallazgos permitieron establecer el diagnóstico de apendicitis aguda evolucionada complicada, no evidente en la ecografía previa.

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda es amplio y depende de la edad y el sexo del paciente. En población pediátrica deben considerarse adenitis mesentérica, invaginación intestinal, divertículo de Meckel, gastroenteritis, obstrucción intestinal o infarto omental. En mujeres jóvenes es fundamental descartar patología ginecológica, como embarazo ectópico, torsión ovárica, rotura de quiste ovárico, enfermedad inflamatoria pélvica o absceso tuboovárico. También deben considerarse procesos urinarios y digestivos, como infección del tracto urinario, cólico renoureteral, ileítis terminal, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, pancreatitis, pielonefritis o úlcera péptica perforada [1,4].

Por este motivo, la TC tiene un valor añadido cuando la presentación clínica no es completamente típica, ya que permite evaluar otros órganos y estructuras abdominales, incrementando la seguridad diagnóstica.

Este caso pone de manifiesto la importancia de integrar clínica, analítica e imagen en la sospecha de apendicitis aguda. Una ecografía no concluyente no excluye el diagnóstico cuando persiste una alta sospecha clínica. En estas situaciones, la TC permite confirmar la enfermedad, identificar complicaciones y aportar información esencial para el manejo terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1.Apendicitis aguda. Med Leg Costa Rica. 2012;29(1):83-90.

2.Cuervo JL. Apendicitis aguda. Rev Hosp Niños (B Aires). 2014.

3.Del Cura JL. La radiología en urgencias. 1.ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006.

4.Del Cura J, Oleaga L, Grande D, Vela A, Ibáñez A. Indicación de las técnicas de imagen en la sospecha de apendicitis aguda: propuesta de protocolo diagnóstico. Radiología. 2001;43:478.

5.Rivera A. Validez diagnóstica de la ecografía y la tomografía computarizada de abdomen en la apendicitis aguda. Factores clínicos y epidemiológicos [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2017.

6.Ferreras R. Enfermedades del aparato digestivo: gastroenterología y hepatología. 17.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2014.

7.Arévalo Espejo OJ, Moreno Mejía ME, Ulloa Guerrero LH. Apendicitis aguda: hallazgos radiológicos y enfoque actual de las imágenes diagnósticas. Rev Colomb Radiol. 2014;25(1):3877-88.

8.Taylor GA, Callahan MJ, Rodriguez D, Smink DS. CT for suspected appendicitis in children: an analysis of diagnostic errors. Pediatr Radiol. 2006;36(4):331-7.

9.Sierra Torres SR, Bernardo Palomar SR, Rodríguez Uribe ST, González-Ruano Iriarte SM. Las distintas caras de la apendicitis aguda. Seram. 2022;1(1).

TABLAS Y FIGURAS

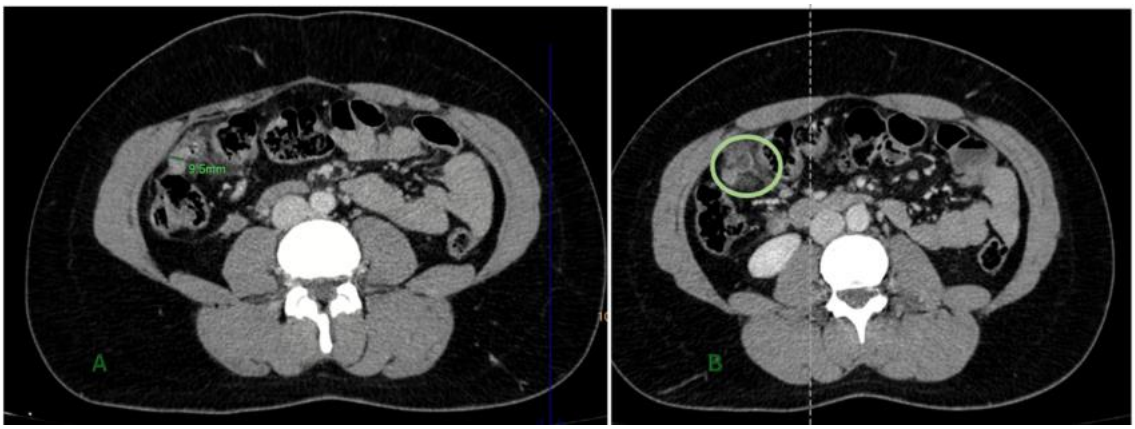


Figura 1. A. Corte axial con contraste intravenoso fase portal, se observa estructura apendicular aumentada de calibre, con diámetro transverso máximo de 10 mm. **B.** corte axial (circulo verde) se identifica estriación de la grasa periapendicular como signo inflamatorio asociado a apendicitis aguda.

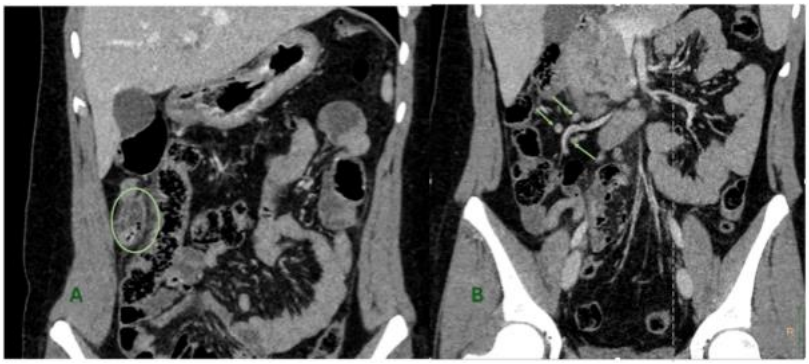


Figura 2. A. Corte coronal con contraste intravenoso (circulo verde) se aprecia una colección hidroaérea medial a la pared apendicular, de aproximadamente 30 x 18 x 18 mm, compatible con absceso periapendicular. **B.** corte coronal (flechas verdes) se objetivan unos pequeños ganglios ileocólicos de tamaño no patológico, probablemente reactivos.

ISSN:1578-7516
NUEVO HOSP. (Versión digital)

Octubre 2026; Vol. XXII Nº 3

Fracturas del macizo facial. Diagnóstico por imagen.

Karina Elizabeth Pillajo Cevallos*, María del Pilar Cerdá Riche, Susana Gallego García**, Sofía Joral del Hoyo****

** MIR. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*
*** LES. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

Correspondencia: Karina Elizabeth Pillajo Cevallos. kepillajo@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: Las fracturas faciales son una causa frecuente de atención en urgencias y suelen relacionarse con traumatismos de alta energía, como accidentes, agresiones o caídas. Su importancia radica tanto en las alteraciones estéticas como en el posible compromiso funcional de la vía aérea, la visión y la oclusión dental. El diagnóstico puede ser complejo debido a la anatomía del esqueleto facial y a las dificultades para obtener imágenes adecuadas, por lo que la radiología desempeña un papel fundamental. Este trabajo revisa los principales patrones de fractura del macizo facial, su clasificación anatómica y los hallazgos radiológicos más relevantes desde el punto de vista clínico y quirúrgico.

Exposición del caso: Se presenta el caso de un paciente de 81 años con demencia avanzada y parkinsonismo que sufrió una caída desde una silla de ruedas con fuerte impacto facial. La tomografía computarizada (TC) craneofacial mostró múltiples fracturas faciales junto con hemorragia subaracnoidea y subdural. Neurocirugía descartó tratamiento quirúrgico, mientras que el servicio de maxilofacial realizó una valoración diferida y posterior reducción de las fracturas.

Diagnóstico y discusión: La TC multicorte es la técnica de elección para el diagnóstico de las fracturas del macizo facial, al permitir una valoración precisa de los trazos de fractura, desplazamientos óseos y lesiones asociadas. Las reconstrucciones multiplanares y 3D facilitan la planificación quirúrgica. Un análisis sistemático basado en tercios faciales y contrafuertes mejora la detección de lesiones complejas. El diagnóstico radiológico precoz es clave para prevenir secuelas funcionales y estéticas.

PALABRAS CLAVE

Fracturas. Le Fort. Tomografía computarizada.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos faciales son una causa frecuente de consulta en urgencias y se producen principalmente por traumatismos contusos o penetrantes de fuerza moderada/alta en el contexto de accidentes de tráfico y laborales, agresiones o caídas accidentales [1-3]. Los huesos faciales son delgados y relativamente frágiles, lo que los hace más susceptibles a las lesiones.

La mortalidad global es del 15-20% y se asocian a traumatismo múltiple en el 60% de los casos, por lo que se deben descartar lesiones en otras localizaciones que puedan tener mayor gravedad y cuyo tratamiento sea prioritario [1,2].

Históricamente, la evaluación de estas lesiones se basaba en radiografía convencional [1,3,4,5]; sin embargo, la introducción de la TC ha supuesto un cambio significativo, permitiendo una caracterización detallada de las fracturas y sus complicaciones asociadas. En la actualidad, la TC constituye el estándar diagnóstico [1,3], especialmente gracias a su capacidad para generar reconstrucciones multiplanares y tridimensionales.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 81 años con antecedentes de demencia avanzada y parkinsonismo, institucionalizado, que es derivado de su residencia por caída desde silla de

ruedas con impacto facial, sin pérdida de conocimiento ni crisis convulsiva post caída. A su ingreso el paciente se encuentra consciente, desorientado en espacio sin otras aparentes alteraciones neurológicas. A la exploración física evidencian heridas inciso-contusas en región interciliar y en labio superior, hematoma periocular derecho con crepitación en región cigomática ipsilateral y deformidad de huesos propios de la nariz, evidenciándose epistaxis. La figura 1 muestra TC de cráneo y la figura 2 recoge un TC de macizo facial, identificándose signos de hemorragia subaracnoidea (HSA) postraumática de fosa posterior, frontobasal supratentorial y pequeño hematoma subdural frontobasal. Se visualizan también fracturas faciales múltiples, en relación con fractura LeFort II bilateral y de complejos naso-orbito-etmoidales (NOE).

Ante los hallazgos radiológicos se realiza interconsulta al servicio de Neurocirugía que desestiman el tratamiento quirúrgico, y al servicio de maxilofacial, que no considera tratamiento quirúrgico urgente e indica valoración diferida en el Hospital Universitario de Salamanca. Posteriormente el paciente es valorado por el servicio de maxilofacial, quienes realizan reducción de fracturas óseas en maxilar superior y osteosíntesis mediante dos miniplacas de titanio en "L" tipo KLS MARTIN 2.0. Ante la estabilidad hemodinámica y la resolución de las fracturas, el paciente es dado de alta sin complicaciones inmediatas de la cirugía.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

La TC es la técnica de elección para el diagnóstico y evaluación de las fracturas faciales [1,2-5] debido a su fácil acceso, rápida adquisición y alta precisión en la detección incluso de fracturas sutiles. Es importante destacar que también se utiliza para evaluar simultáneamente patologías intracraneales agudas, que pueden ser más urgentes.

- Identificación precisa de los trazos de fractura
- Evaluación de desplazamientos óseos
- Análisis de la afectación de contrafuertes
- Detección de complicaciones orbitarias, neurológicas y vasculares

Técnica: la exploración se realiza con el paciente en decúbito supino. Se debe incluir desde los senos frontales hasta la sínfisis mandibular. No es necesaria la administración de contraste por vía intravenosa, a menos que se quiera descartar la presencia de una lesión vascular asociada [1-3-5,6]. Así mismo, las reconstrucciones multiplanares y tridimensionales aportan información clave para la planificación quirúrgica.

Las reconstrucciones multiplanares permiten visualizar el macizo facial en planos axial, coronal y sagital, mejorando la detección de trazos de fractura complejos, especialmente en regiones anatómicas difíciles como el suelo orbitario, el complejo cigomático-maxilar y los senos paranasales. Además, facilitan la valoración del desplazamiento óseo y de las lesiones asociadas de partes blandas. Por su parte, las reconstrucciones 3D ofrecen una representación global de la anatomía facial y de la relación espacial entre los fragmentos óseos. Aunque no sustituyen el análisis detallado de los cortes axiales y multiplanares, son especialmente útiles para comprender fracturas complejas, comunicar hallazgos al equipo quirúrgico y planificar procedimientos reconstructivos. También mejoran la identificación de fragmentos desplazados y deformidades faciales extensas.

Las fracturas faciales se han clasificado según diversos esquemas, siendo el más conocido la clasificación simplificada de Le Fort de tres niveles para fracturas complejas del macizo facial [1-3,4]. Esta organización facilita su evaluación sistemática. Dichos niveles son: el ***tercio superior:*** hueso frontal y seno frontal, ***tercio medio:*** órbitas, complejo cigomático-maxilar, huesos nasales y maxilar superior y ***tercio inferior:*** mandíbula. No obstante, desde un punto de vista biomecánico, adquiere especial relevancia el concepto de contrafuertes faciales [1-3], que corresponden a columnas óseas verticales y horizontales encargadas de transmitir y disipar las fuerzas generadas durante el impacto.

Los principales contrafuertes incluyen:

- Verticales: nasomaxilar, cigomaticomaxilar y pterigomaxilar
- Horizontales: reborde orbitario, arco cigomático y maxilar alveolar

La integridad de estos elementos determina la estabilidad facial y orienta tanto el diagnóstico como la reconstrucción quirúrgica.

Clasificación y patrones de fractura [1-3, 4-6]:

- Fracturas del tercio superior: afectan principalmente al seno frontal, pudiendo comprometer su pared anterior o posterior. Las fracturas de la pared posterior tienen mayor gravedad por su asociación con complicaciones intracraneales, como neumoencéfalo o fístulas de líquido cefalorraquídeo. La afectación del conducto nasofrontal es un elemento clave, ya que su

obstrucción puede condicionar complicaciones tardías como mucoceles.

- Fracturas del tercio medio: constituyen el grupo más complejo y clínicamente relevante. Incluyen:
    - Fracturas tipo Le Fort: patrones clásicos que reflejan traumatismos de alta energía con disrupción del maxilar:
        - Le Fort I: fractura horizontal que separa el maxilar inferior del resto de la cara (paladar flotante).
        - Le Fort II: patrón piramidal con afectación del puente nasal y órbitas
        - Le Fort III: disyunción craneofacial completa.

En la práctica clínica, estos patrones suelen presentarse de forma combinada o incompleta. La identificación de la afectación de las apófisis pterigoides es esencial para confirmar este tipo de fracturas.

- Fracturas orbitarias: pueden comprometer la función visual y requieren una evaluación detallada de sus paredes:
    - **Fracturas "blow-out" (puras)**: afectan principalmente al suelo o pared medial, respetando el reborde orbitario
    - **Fracturas complejas (impuras)**: incluyen el reborde orbitario

Entre sus complicaciones destacan la diplopía por atrapamiento muscular del recto inferior y el enoftalmos por herniación de contenido orbitario.

- Fracturas naso-órbito-etmoidales (NOE): afectan la región central de la cara y se caracterizan por la fragmentación del complejo etmoidal, incluyendo huesos nasales, etmoides y órbita medial. Se asocian a alteraciones del tendón cantal medial y del sistema lagrimal, con deformidad nasal característica.
- Fracturas del complejo cigomático-maxilar: comprometen el pómulo y sus articulaciones, produciendo aplanamiento facial y posibles alteraciones orbitarias.
- Fracturas nasales y del maxilar superior: las primeras son las más frecuentes debido a la prominencia de los huesos nasales, generalmente asociadas a traumatismos de baja energía. Por otro lado, las fracturas del maxilar superior tienen especial relevancia en la alteración de la oclusión dental, siendo necesario valorar su alineación y estabilidad.
    - Fracturas del tercio inferior (mandíbula): la mandíbula es una de las estructuras más frecuentemente afectadas. Debido a su configuración en anillo, es habitual la presencia de múltiples trazos de fractura. Estas lesiones tienen un impacto significativo sobre la masticación, el habla y la oclusión. Las localizaciones más habituales incluyen el cóndilo mandibular, ángulo y cuerpo mandibulares y sínfisis.

La evaluación radiológica se centra en la alineación de los fragmentos, la afectación de la articulación temporomandibular y la integridad del canal mandibular (nervio alveolar inferior).

La TC ha revolucionado el diagnóstico de estas lesiones, permitiendo una evaluación detallada que supera ampliamente a la radiología convencional. No obstante, el reto actual no reside únicamente en la detección de las fracturas, sino en la elaboración de informes estructurados que integren hallazgos clínicamente relevantes para la toma de decisiones terapéuticas.

Asimismo, la identificación de lesiones asociadas, como afectación orbitaria, alteraciones de la oclusión o complicaciones intracraneales, resulta esencial para optimizar el manejo multidisciplinar del paciente [1,2-5].

Los aspectos clave a evaluar incluyen la localización y extensión de las fracturas, grado de desplazamiento, afectación de contrafuertes, compromiso de estructuras orbitarias y presencia de complicaciones intracraneales.

En conclusión, el conocimiento sistemático de los patrones de fractura y su adecuada evaluación mediante técnicas de imagen avanzadas, así como la elaboración de informes estructurados ha demostrado mejorar la comunicación con el equipo clínico, el diagnóstico preciso y facilitar la planificación quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1.Dualde-Beltrán D, Cervera-Miguel JI. El informe estructurado del traumatismo maxilofacial [Internet]. Radiología. 2022 [citado 2026 Abr 30]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-el-informe-estructurado-del-traumatismo-S0033833822000467

2.Cueto Álvarez LS, Ruiz García MT, García de la Oliva A. Traumatismo maxilofacial y del cuello. En: del Cura JL, Pedraza S, Gayete Á, Rovira Á, editores. Radiología esencial. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2018. p. 2133-2141.

3.Ponce Gomez V, Franco Castellanos R. Anales de Radiología México. Traumatismo Traumatismo maxilofacial: Revisión de la clasificación actual mediante tomografía computada multicorte [Internet]. 2012 [citado 2026 Abr 30]. Disponible en: https://www.analesderadiologiamexico.com/previos/ARM%202012%20Vol.%2011/ARM_12_11_4_Octubre-Diciembre/arm_12_11_4_228-236.pdf

4.Congreso Chileno de Radiología. Fracturas faciales [Internet]. [citado 2026 Abr 30]. Disponible en: https://congresochilenoradiologia.cl/wp-content/uploads/cfdb7_uploads/1697073262-poster-FXFACIALES.pdf

5.Ibrahim D, Facial fractures. [Internet] Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 30 Apr 2026) https://doi.org/10.53347/rID-31189. Disponible en: https://radiopaedia.org/articles/facial-fractures

6.Winegar BA, Murillo H, Tantiwongkosi B. Spectrum of critical imaging findings in complex facial skeletal trauma. Radiographics. 2013 Jan-Feb;33(1):3-19. doi:10.1148/rg.331125080

TABLAS Y FIGURAS

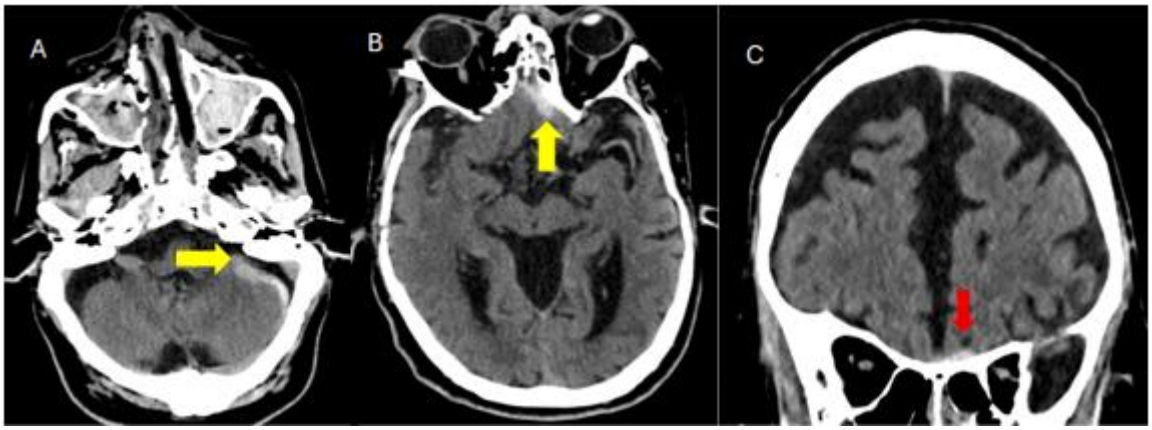


Figura 1. TC de cráneo sin contraste intravenoso ventana cerebral: *A y B.* Cortes axiales donde se visualizan HSA frontobasal y en cerebelo izquierdo que se introduce por alguno de los surcos del hemisferio cerebeloso, mostrando un espesor máximo de 4 mm (flechas amarillas). *C.* Corte coronal del mismo paciente donde se observa pequeño hematoma subdural laminar frontobasal de predominio izquierdo asociado, con un espesor máximo de 3 mm (flecha roja).

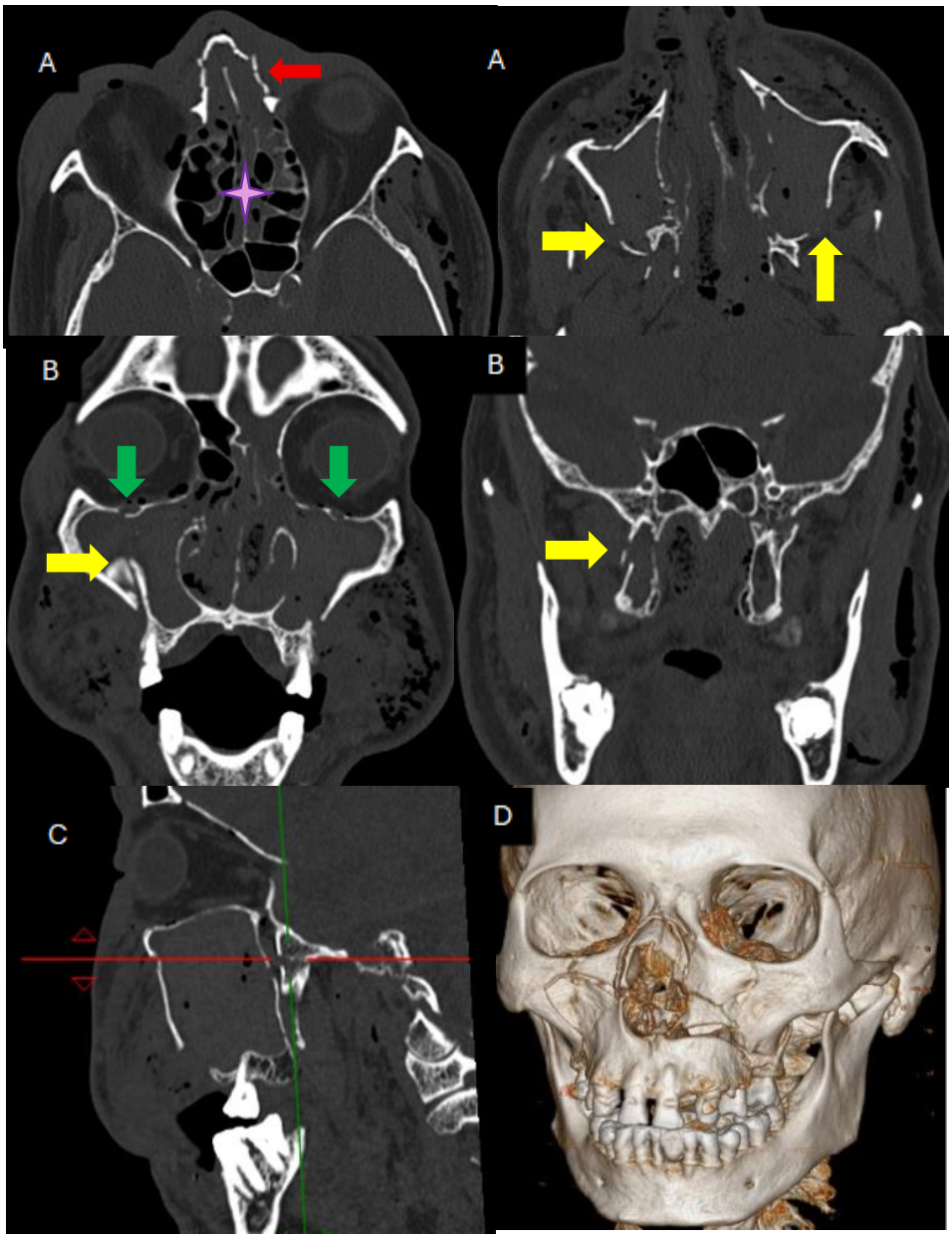


Figura 2. TC de macizo facial sin contraste intravenoso, con imágenes en ventana ósea. Se aprecian fracturas faciales múltiples, en relación con fractura LeFort II bilateral y de complejos NOE. Las imágenes A y B corresponden a cortes axiales y reconstrucciones coronales, donde se visualizan: fracturas de ambas órbitas incluyendo pared medial, lateral, techo y suelo orbitarios (flechas verdes), fractura múltiple del hueso nasal (con septo fracturado y desviado a la derecha) (flecha roja), fractura bilateral de huesos maxilares con desplazamiento de paredes laterales, mediales y paladar duro, con hemoseno bilateral (flechas amarillas), fractura de esfenoides y etmoides incluyendo lámina cribosa y celdillas etmoidales (estrella) . C. La reconstrucción sagital muestra también fractura de apófisis pterigoides. D. Reconstrucción 3D prequirúrgica, donde se observan todos los trazos de fractura descritos anteriormente.

ISSN:1578-7516
NUEVO HOSP. (Versión digital)
Octubre 2026; Vol. XXII Nº 3

Fiebre con foco poco frecuente.

Andrea María Moreno González*, Jorge Luis Torres Triana*, Beatriz Barón Salvador, Sofía Joral del Hoyo***.**

** LES. Servicio de Medicina Interna. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*
*** LES. Servicio de Cirugía General. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*
**** LES. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

Correspondencia: Andrea María Moreno González. amorenogonza@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: Las lesiones quísticas esplénicas son entidades infrecuentes que se clasifican en parasitarias, habitualmente por *Echinococcus*, y no parasitarias. Suelen ser asintomáticas y el manejo depende del tamaño, localización y clínica, priorizándose actualmente estrategias conservadoras frente a la esplenectomía siempre que sea posible. El objetivo es presentar un caso de fiebre de origen infrecuente en relación con lesión esplénica.

Exposición del caso: Varón de 24 años sin antecedentes relevantes que consultó por fiebre persistente, con origen en quiste esplénico sobreinfectado por *Salmonella spp.* Inicialmente se trató de manera conservadora mediante antibioterapia empírica y posteriormente dirigida; pero ante la evolución desfavorable, precisó drenaje percutáneo y finalmente esplenectomía urgente.

Diagnóstico y discusión: El cultivo del contenido quístico confirmó infección por *Salmonella enterica* serotipo Brandenburg, descartándose etiología parasitaria mediante serología y PCR. La evolución postoperatoria fue favorable.

Este caso ilustra una presentación excepcional de quiste esplénico no parasitario sobreinfectado por *Salmonella* en un paciente inmunocompetente, destacando la importancia del diagnóstico diferencial y de un manejo individualizado, así como el papel de la cirugía en casos complicados o refractarios al tratamiento conservador.

PALABRAS CLAVE

Quiste. Esplenomegalia. Bazo. Salmonella. Bacteriemia. Esplenectomía.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

Las lesiones quísticas del bazo son entidades poco comunes. Desde el punto de vista etiológico, se dividen en parasitarias - generalmente causadas por especies de *Echinococcus* y con un manejo específico - y no parasitarias. A su vez, estas últimas se clasifican en primarias o verdaderas, cuando presentan revestimiento epitelial y probable origen congénito, y secundarias o pseudoquistes, que carecen de dicho revestimiento y suelen originarse tras la evolución de hematomas o infartos. En nuestro medio, los quistes no hidatídicos son excepcionalmente raros [1].

En la mayoría de los casos, estas lesiones cursan de forma asintomática, y la indicación terapéutica depende fundamentalmente del tamaño, la localización y la presencia de síntomas.

Tradicionalmente, el tratamiento quirúrgico de elección ha sido la esplenectomía; sin embargo, el mayor conocimiento de las consecuencias inmunológicas derivadas de la misma ha impulsado la adopción de técnicas conservadoras que preservan el parénquima y la función esplénica. En este sentido, el manejo actual de los quistes no parasitarios prioriza estrategias individualizadas basadas en las características de la lesión y la clínica del paciente [2].

El objetivo es comunicar el manejo terapéutico de un caso de esta patología en nuestro Centro.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 24 años sin antecedentes personales de interés, que acudió al Servicio de Urgencias por cuadro de una semana de evolución de fiebre persistente, sin organofocalidad infecciosa a ningún nivel.

El paciente negaba hábitos tóxicos o relaciones sexuales de riesgo. Tampoco tenía contacto habitual con animales y no refería consumo de productos de herboristería ni viajes recientes al extranjero. No tomaba medicación de manera habitual.

A la exploración física tan solo destacaba esplenomegalia palpable. Analíticamente presentaba alteración significativa de las pruebas de función hepática y elevación de reactantes de fase aguda.

Durante su estancia en el Servicio de Urgencias se realizó ecografía de abdomen, que se completó con TAC, objetivando gran esplenomegalia de hasta 19 cm en el eje craneocaudal, con imagen hipodensa en su interior de bordes bien definidos, de 13 x 15 x 15 cm, con alguna calcificación periférica aislada y con tabique en porción anteroinferior incluyendo imagen cálcica en su interior (Fig. 1); hallazgos que sugerían quiste hidatídico como primera posibilidad. El parénquima hepático era de tamaño y morfología normales, y en el resto del estudio no se objetivaron hallazgos patológicos.

Por tanto, se trataba de un paciente joven previamente sano con quiste esplénico que sugería quiste hidatídico como primera posibilidad, sin antecedente epidemiológico previo compatible. Dado el tamaño y sospecha de infección secundaria, se planteó inicialmente tratamiento quirúrgico. Fue valorado por el Servicio de Cirugía General, indicándose tratamiento conservador con cobertura antibiótica empírica de ambas posibilidades: absceso bacteriano y quiste hidatídico.

El paciente ingresó en el Servicio de Medicina Interna para continuar tratamiento con albendazol y piperacilina-tazobactam. A las 24 horas del ingreso, creció en tres de cuatro hemocultivos *Salmonella spp*, por lo que se modificó tratamiento antibiótico suspendiendo piperacilina-tazobactam e iniciando ceftriaxona, manteniendo albendazol.

A pesar de esto, el paciente presentó una evolución tórpida, con fiebre elevada persistente así como episodios de bacteriemia diarios y reactantes de fase aguda progresivamente más elevados.

La sospecha diagnóstica fue de quiste esplénico sobreinfectado, por lo que, dada la evolución (ausencia de mejoría tanto clínica como analítica), se planteó drenaje percutáneo que se realizó el día 05/03/26. Tras sospecha de sangrado activo tras el drenaje, se decidió realizar TAC abdominal urgente el día 06/03/26, evidenciando esplenomegalia con gran lesión quística, sin evidenciar sangrado agudo.

Ante la falta de mejoría, se reevaluó el caso y se decidió finalmente intervención quirúrgica urgente el día 06/03/26, realizándose laparotomía media supraumbilical exploradora y esplenectomía (Fig. 2).

Se cultivó una muestra de aspirado del quiste así como una muestra de exudado intraoperatorio, ambos con crecimiento de *Salmonella enterica* serotipo Brandenburg (Fig. 3). Además, la serología IgG de hidatidosis fue negativa al igual que la PCR de *Echinococcus* obtenida en muestra de aspirado.

El paciente presentó una evolución postoperatoria muy favorable, permaneciendo afebril, con tránsito intestinal conservado y buen control del dolor con analgesia convencional. Cursó alta hospitalaria, **continuando antibioterapia con ciprofloxacino hasta tres semanas tras la cirugía.**

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El cuadro clínico y los hallazgos microbiológicos permitieron establecer el diagnóstico definitivo de quiste esplénico no parasitario complicado con sobreinfección por *Salmonella enterica* serotipo Brandenburg. Inicialmente, las características radiológicas - lesión quística de gran tamaño con calcificaciones periféricas - orientaron hacia un posible quiste hidatídico, a pesar de la ausencia de antecedentes epidemiológicos compatibles, lo que motivó el inicio de tratamiento empírico con albendazol. Sin embargo, la negatividad de la serología y de la PCR para *Echinococcus*, junto con el aislamiento repetido de *Salmonella spp.* en hemocultivos y en el contenido del quiste, permitieron descartar la etiología parasitaria y confirmar la naturaleza infecciosa bacteriana de la lesión. La afectación esplénica por *Salmonella* es infrecuente y suele asociarse a condiciones predisponentes, como hemoglobinopatías o inmunosupresión, ausentes en este caso, lo que resalta su carácter excepcional en pacientes inmunocompetentes [1].

Este caso subraya la importancia de considerar etiologías no habituales en lesiones quísticas esplénicas, así como de individualizar el manejo terapéutico, reservando el tratamiento quirúrgico para aquellos pacientes con mala evolución clínica o

complicaciones, incluso en un contexto inicial de aparente estabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1.Bona R, Tirnauer JS, Medios RT. Splenomegaly and other splenic disorders in adults. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate Inc.; 2023 [citado 2026 May 4]. Disponible en: Consultar artículo en UpToDate

2.Morgenstern L. Nonparasitic splenic cysts: pathogenesis, classification, and treatment. J Am Coll Surg. 2002;194(3):306–14.

TABLAS Y FIGURAS

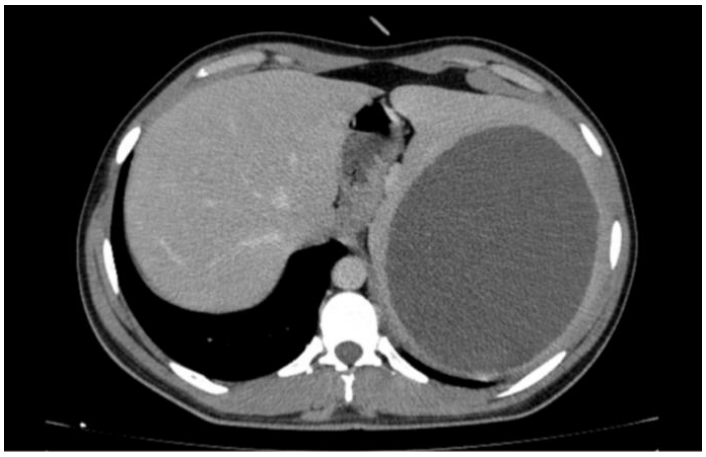


Figura 1. Tomografía computarizada del abdomen con contraste oral que demuestra la lesión quística esplénica.

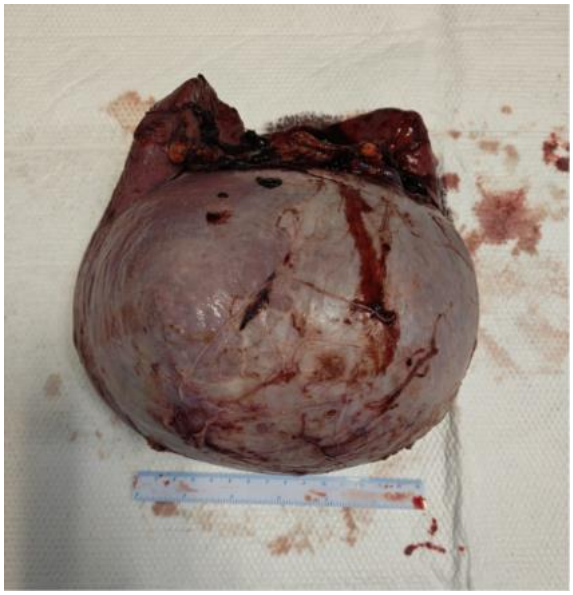


Figura 2. Imagen macroscópica de la pieza quirúrgica (bazo).

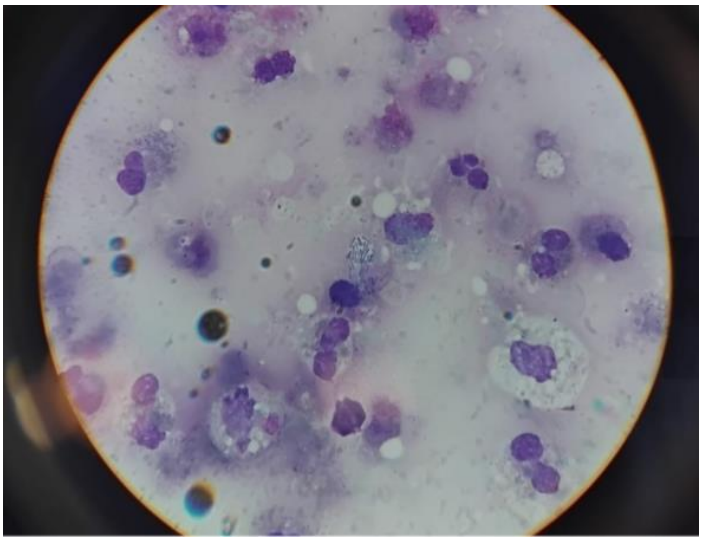


Figura 3. Imagen microscópica del aspirado del quiste esplénico.

NORMAS DE PUBLICACIÓN.2026

PARA LOS AUTORES.

La revista **NUEVO HOSPITAL (ISSN 1578-7524. Edición digital),** revisada por pares y de periodicidad cuatrimestral, está abierta a todos los profesionales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora y persigue dos **objetivos**:

1. Ser fuente de información actualizada entre el Área de Salud y los posibles usuarios a nivel nacional e internacional.
2. Crear un medio que sirva de estímulo a los profesionales de GASZA (Gerencia de Asistencia Sanitaria de Zamora) para que difundan los resultados de sus actividades profesionales y de investigación.

Los **trabajos que se remitan** para la consideración de su publicación, **deberán estar relacionados con estos dos objetivos o con los específicamente propuestos por el Comité Editoria**l en el caso de monográficos o números extraordinarios.

En los **estudios con autoría compartida con otros centros** será requisito indispensable para su publicación presentar por escrito la vinculación del contenido del trabajo (datos, población de estudio) a la actividad asistencial y/o investigadora del CAZA. La aceptación final de dichos argumentos corresponderá, en última instancia, al Comité Editorial de la revista.

IMPORTANTE: **El personal sanitario en formación (MIR, PIR, EIR),** al encontrarse en un periodo de desarrollo de habilidades y competencias de investigación y con el fin de garantizar la calidad científica y la rigurosidad metodológica de los artículos publicados, **no podrán presentar trabajos firmados únicamente por ellos**. **Será imprescindible** que los trabajos cuenten con **la coautoría de un licenciado/diplomado/graduado adjunto**, quien deberá haber coordinado, revisado y validado el contenido antes de su envío.

NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos inéditos o aquellos que hayan sido editados en publicaciones que no tengan difusión internacional o sean de difícil acceso (seminarios, actas de congresos, ediciones agotadas, etc.). No se publicarán trabajos que ya estén accesibles en Internet.

La falta de consideración de estas normas de publicación puede ser causa de rechazo del trabajo.

REMISIÓN DE TRABAJOS.

Todos los trabajos se adecuarán a las presentes normas de publicación. Se entiende que el autor de correspondencia de la publicación se responsabiliza de la normativa y que el resto de los autores conoce y está de acuerdo con el contenido del manuscrito.

Si el trabajo remitido a NUEVO HOSPITAL **ha sido presentado en un Congreso, Jornada** científica o publicado con anterioridad en otra publicación, deberá ser notificado en la carta de envío.

El envío de los trabajos se realizará exclusivamente a través de correo electrónico como archivos adjuntos a la dirección revistanuevohospital.hvcn@saludcastillayleon.es indicando en el asunto *"solicitud de publicación"*.

Todos los envíos deberán adjuntar, además, el modelo de carta de envío debidamente cumplimentado y la lista de verificación inicial firmada por todos los autores. Ambos **documentos pueden descargarse** en formato de word en: http://www.saludcastillayleon.es/CAZamora/es/publicaciones/normas-publicacion-revista-nuevo-hospital

Plazos de recepción: finalizará el día 1 (incluido) del mes anterior a la publicación de la revista (1 de enero, 1 de mayo y 1 de septiembre). Los autores recibirán un correo electrónico acusando recibo de la recepción de los trabajos.

Todos los trabajos recibidos serán evaluados por el Comité Editorial, quien valorará si procede o no su publicación, notificando a los autores, en los casos que estime necesario, las modificaciones oportunas o el motivo de su rechazo. Los autores recibirán cualquier decisión al autor para la correspondencia.

IMPORTANTE: los trabajos aceptados se irán revisando por orden de fecha de recepción según los plazos establecidos. Es decisión del Comité Editorial el número de trabajos que se publicarán en cada número así como cuáles de ellos. No se garantiza, por tanto, la inclusión del trabajo en el número del mes correspondiente a pesar de haberse recibido en tiempo y forma, pero sí su publicación en los sucesivos números del año.

FORMATO DE LOS TRABAJOS.

La lengua de los trabajos será el castellano y no existirá límite en la extensión.

Formato de envío. Los trabajos se enviarán en formato de **word, sin columnas**, letra **Book Antiqua,** de **tamaño 10**, con **interlineado mínimo**, **espaciado** anterior y posterior de **6 puntos y párrafo justificado.**

Autoría. Se reflejarán con los **nombres completos y los dos apellidos**. Se expresará con asterisco el cargo o puesto de trabajo, servicio o departamento, el nombre completo del centro de trabajo, ciudad y país entre paréntesis, de la siguiente manera:

Nombre completo primer apellido segundo apellido*, Nombre completo primer apellido segundo apellido**, Nombre completo primer apellido segundo apellido***, Nombre completo primer apellido segundo apellido1*

* Categoría profesional. Servicio o Unidad. Centro de trabajo. Ciudad (País)

** Categoría profesional. Servicio o Unidad. Centro de trabajo. Ciudad (País)

*** Categoría profesional. Servicio o Unidad. Centro de trabajo. Ciudad (País)

1* Categoría profesional. Servicio o Unidad. Centro de trabajo. Ciudad (País)

Autor para la correspondencia. Nombre completo y correo electrónico del autor responsable para la correspondencia interprofesional.

Cuerpo del trabajo. Los artículos irán estructurados de acuerdo al tipo de trabajo y con los mismos apartados que el resumen.

- Podrá contener subtítulos que deberán ir en negrita y línea aparte.

Imágenes y figuras. Las tablas, imágenes y/o gráficos **deberán mencionarse dentro del texto** e ir **numerados en orden de aparición** con números arábigos. Se **agruparán al final del trabajo**, con la numeración dada en el texto y un pie explicativo.

Tipos de artículos. Los trabajos enviados constarán de las siguientes partes según tipo de trabajo:

- **Artículos originales o de revisión.**

Título. Que exprese el contenido del trabajo.

Autores. Máximo de **6 autores.**

Autor para la correspondencia.

Resumen estructurado. No superior a las 250 palabras, estructurado como el texto, sin citas.

Palabras clave. De 3 a 6 palabras en español que reflejen la temática del trabajo.

Texto. Estructurado en cuatro apartados:

- Introducción y objetivos
- Material y métodos
- Resultados
- Conclusiones

- **Casos clínicos.**

  Título. Que exprese el contenido del trabajo.

  Autores. Máximo de **4 autores**.

  Autor para la correspondencia.

  Resumen. No superior a las 250 palabras, estructurado como el texto, sin citas.

  Palabras clave. De 3 a 6 palabras en español que reflejen la temática del trabajo.

  Texto. Estructurado en cuatro apartados:
  - Introducción y objetivos
  - Exposición del caso
  - Diagnóstico y discusión

Bibliografía. Será el único apartado del manuscrito cuyo párrafo irá sin justificar.

- Todas las referencias deberán haber sido citadas en el texto y consignadas en la bibliografía según el orden de aparición.
- Se identificarán en números arábigos entre corchetes.
- Las referencias bibliográficas deberán elaborase de acuerdo a las Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical (conocidas como estilo Vancouver).

Los **ejemplos** citados a continuación son algunos de los empleados con mayor frecuencia:

- **Artículos de revista**. Si el número de autores es superior a seis, se incluirán los seis primeros, añadiendo la partícula latina et al.

  En papel:
  Cruz Guerra NA, Allona Almagro A, Clemente Ramos L, Linares Quevedo L, Briones Mardones G, Escudero Barrilero A. Linfadenectomía en el carcinoma escamoso de pene: revisión de nuestra serie. Actas Urol Esp. 2000; 24(9):709-14.

  En formato electrónico:
  Sánchez-Tabernero A, Pardal-Refoyo J, Cuello-Azcárate J. Bloqueo de la vía aérea tras la extubación. Revisión bibliográfica. Revista ORL [internet]. 2017 [consultado 2 marzo 2017]; 8(1): 23-29. Disponible en: http://revistas.usal.es/index.php/2444-7986/article/view/1505

- **Libros.**

  Autor(es) personal(es):

  En papel:
  Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. metodología de la investigación. 4ª ed. México: McGrawHill; 2006.

  En formato electrónico:
  Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. metodología de la investigación [internet]. 4ª ed. México: McGrawHill; 2006 [consultado 2 de marzo 2017]. Disponible en: https://www.metodología.pdf

  Director(es)/compilador(es)/editor(es) como autor(es):

  García Nieto V, Santos F, Rodríguez Iturbe B, editores. Nefrología Pediátrica. 2ª ed. Madrid: Grupo Aula médica; 2006.

- **Capítulo de libro**

  Franco M, Sánchez-Lozada LG, Herrera Acosta J. Fisiología glomerular. En: García Nieto V, Santos F, Rodríguez Iturbe B, editores. Nefrología Pediátrica. 2ª ed. Madrid: Grupo Aula médica. 2006. p. 9-38

PRINCIPIOS ÉTICOS Y LEGALES.

En ningún caso NUEVO HOSPITAL aceptará trabajos que, en alguna medida, el Comité Editorial considere que promuevan cualquier tipo de discriminación (racial, social, política, sexual o religiosa) o sean ofensivos para la Institución o para alguno de sus profesionales.

Los trabajos deben atenerse a la declaración de Helsinki, respetando las normas éticas de estudio con seres humanos o animales.

NUEVO HOSPITAL no se hace responsable de los trabajos y opiniones expresadas por los autores. El Comité Editorial entiende que los autores firmantes aceptan la responsabilidad legal del contenido publicado.

NUEVO HOSPITAL se exime de responsabilidad en materia de confidencialidad y protección de datos, según el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Abril de 2016, así como la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales, y de todas aquellas leyes en vigor al respecto, asumiendo que los autores responsables de los trabajos publicados, deben cumplir con dichas leyes en vigor para la elaboración de los mismos.