

Introducción: Los ganglioneuromas suprarrenales son tumores benignos muy raros que se originan en las crestas neurales del sistema nervioso simpático; suelen ser asintomáticos y se descubren de forma incidental al realizar algún estudio de imagen realizado por otro motivo; rara vez son funcionantes. Pese a que los estudios radiológicos pueden sugerir su presencia en un incidentaloma (presencia de calcificaciones, ausencia de invasión local y/o vascular e hipoatenuación por debajo de 40 UH en la TAC). El diagnóstico va ser, por tanto, casi siempre en el examen de anatomía patológica y todo el interés se centra en descartar la presencia de focos de neuroblastoma, que puede condicionar un pronóstico fatal. Presentamos el caso de un paciente tratado en nuestro Servicio por esta patología.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 27 años de

edad sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que fue diagnosticada de una masa suprarrenal derecha de 8 cmt. tras la realización estudios radiológicos (ecografía y TAC) a raíz de un cuadro de dolor abdominal errático y poco específico. Estudiado por Endocrinología, todos los estudios hormonales fueron normales, motivo por el que se remitió para Cirugía con el diagnóstico de tumor suprarrenal incidental. Se realizó adrenalectomía derecha por vía laparoscópica sin incidencias, siendo el paciente dado de alta al segundo día postoperatorio sin complicaciones. El estudio de AP informó de la presencia de una formación nodular polilobulada de 150 grs. y 8 cmt. que se diagnosticó de ganglioneuroma suprarrenal. Siete años después de la intervención, el paciente se encuentra bien y en el seguimiento radiológico no ha habido hallazgos reseñables.

COMUNICACIONES ORALES

Vídeoproyecciones

Uso del gel de alta viscosidad para el control del sangrado activo durante diferentes procedimientos por vía laparoscópica

S Morales-Conde, I Alarcón, A Barranco, M Socas, JM Suárez, A Tejada, J Bellido, J Valdés, J Martín-Cartes, H Cadet, S Morales-Méndez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

El desarrollo tecnológico está haciendo que las aplicaciones y éxitos del abordaje laparoscópico vayan en aumento creciente, y que las indicaciones para este tipo de abordaje sean cada vez mayores, disminuyendo asimismo sustancialmente el índice de conversiones a cirugía abierta. Una de las causas más frecuentes de conversión precisamente es la hemorragia y, para ello, se han desarrollado en los últimos tiempos diferentes instrumentos para conseguir una mayor coagulación y una mayor seguridad durante la cirugía tales como el bisturí armónico, el ligasure, etc. Aunque, por otro lado, el desarrollo de sistemas para conseguir controlar la hemorragia una vez instaura no se han desarrollado de forma importante hasta la actualidad en la que podemos disponer recientemente de sustancias como un gel de alta viscosidad para el control de ese sangrado activo. Este gel de alta viscosidad es una combinación apropiada de gránulos de gelatina especialmente desarrollados y trombina tópica, que sirve para conseguir la hemostasia ante la hemorragia activa cuando el sangrado por ligadura o procedimientos convencionales es inefectivo. Su uso por vía laparoscópica está empezando a instaurarse como un método efectivo en distintas intervenciones. Presentamos en este vídeo diferentes usos de este sistema hemostático. Inicialmente lo empezamos a utilizar en el lecho vesicular en sangrados venosos del hígado para, posteriormente, utilizarlo

con éxito en sangrado activo de la arteria cística, para evitar el uso de clips cerca de la «zona peligrosa», evitando lesiones potenciales de la vía biliar. Asimismo, lo hemos utilizados en lechos potencialmente sangrantes como tras la colecistitis aguda, disminuyendo el tiempo operatorio y el uso de drenajes. Por otro lado, hemos ampliado su uso a la cirugía antirreflujo por laparoscopia con sección de vasos cortos, donde puede ser frecuente el sangrado del polo superior del bazo cuando está íntimamente unido al fundus gástrico y al sangrado de la glándula suprarrenal durante la suprarrenalectomía laparoscópica. El uso de nuevas sustancias biológicas para el control del sangrado en cirugía abierta y, especialmente, en cirugía laparoscópica, se irán instaurando en el futuro de forma progresiva dada la eficacia de estos productos en el control de la hemorragia y la seguridad que ofrecen al cirujano.

Laparoscopia diagnóstica en enfermedades infrecuentes

A. Aranzana Gómez,, S. Abad de Castro, E. Morales,, R. López G. Pardo Krasniqi

Hospital Virgen de La Salud. Toledo

Introducción: La laparoscopia es un recurso diagnóstico de múltiples enfermedades que requieren biopsia de masas o adenopatías intraabdominales que no se pueden abordar mediante punciones guiadas por pruebas de imagen. Evita la morbimortalidad asociada a la laparotomía favoreciendo el tratamiento precoz de estos procesos.

Material y Métodos: Dos casos clínicos de pacientes mujeres que presentan adenopatías en el hilio hepático, con PAAF con

control ecoendoscópico y resto de pruebas no concluyentes. Se exponen las mismas.

Resultados: Intervención: Abordaje laparoscópico completo, 4 trócares, en ambas se evidenciaron adenopatías macroscópicas "patológicas" en el hilio hepático, practicándose biopsia de las mismas así como biopsia hepática, colecistectomía reglada en una paciente por coledocistitis. Buen curso postoperatorio. Diagnóstico Anatomopatológico definitivo: Caso I: Sarcoidosis, adenoma biliar múltiple, colecistitis crónica. En seguimiento por Medicina interna, sin tratamiento. Caso II: patrón de hiperplasia folicular con expansión clonal de la zona marginal. Estudio genético con reordenamiento monoclonal del gen IgH (CDR III): positivo, hepatitis crónica C activa. Dada la complejidad del caso se consulta con CNIO: Desorden linfoproliferativo inicial con imágenes de linfoma B en zona marginal, acumulación intrafolicular de p53 sugestiva de mutación y débil expresión de bcl2, la histología es compleja y extremadamente inusual, sugiriendo un trastorno linfoproliferativo aunque no totalmente establecido, aconsejando seguimiento clínico estrecho. En seguimiento por Oncología y Digestivo.

Conclusiones: La laparoscopia es útil en la práctica médica para el diagnóstico y tipificación de lesiones intrabdominales. Facilita la exploración completa de la cavidad abdominal, la toma de biopsias en localizaciones difícilmente accesibles y el diagnóstico diferencial entre procesos malignos y benignos, beneficiándose de las ventajas inherentes de este tipo de abordaje.

Tratamiento quirúrgico laparotómico de teratoma ovárico gigante

M^a. A. Mayo Ossorio, J. M. Pacheco García, M. Alba Valmorisco, V. González Rodicio, M^a. C. Bazan Hinojo, A. Gil Olarte Pérez, A. Lizandro Crispin, M. San Miguel, J. R. Castro Fernandez, J. M. Vázquez Gallego.

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: Los quistes dermoides o teratomas maduros quísticos, representan el 10-20% de los tumores ováricos. El 1-2% desarrollan tumores malignos y esta malignización suele ocurrir en mujeres mayores de 40 años. Del 60 al 85% son asintomáticos, siendo el dolor pélvico abdominal el síntoma más frecuente cuando aparece. Presentamos el vídeo de un caso de Teratoma gigante de ovario tratado por vía laparotómica debido a su tamaño. Caso Clínico: Paciente de 31 años de edad que acude a urgencias por presentar dolor abdominal más intenso a nivel de fosa ilíaca izquierda. Había notado aumento del perímetro abdominal en los últimos meses. No refiere alteraciones del tránsito intestinal ni otra sintomatología acompañante. A la exploración destaca un abdomen distendido (similar a abdomen gestacional a término), palpándose gran masa que ocupa el mesoabdomen, de consistencia dura y no dolorosa. En la radiografía de abdomen se aprecian calcificaciones groseras y ausencia de luminograma aéreo. En la ecografía abdominal se observa gran masa abdominal desde hígado a pelvis con desplazamiento de órganos intra y retroperitoneales con zonas heterogéneas compatible con teratoma.

El TAC abdominal muestra una masa de 30 x 23 x 13 cm que ocupa gran parte de la cavidad abdominal con desplazamiento de estructuras vecinas, de estructura heterogénea y límites lisos y bien definidos sugerentes de teratoma. Se interviene a la paciente quirúrgicamente mediante laparotomía media apreciándose gran tumoración de ovario derecho que contiene en su interior pelos, dientes, restos óseos y dérmicos. Se realiza extirpación de la misma que se remite a anatomía patológica que confirma el diagnóstico de Teratoma Quístico Maduro de Ovario.

Discusión: El teratoma Quístico Maduro de Ovario es una neoplasia propia de mujeres jóvenes con un curso indolente o asintomático. En nuestro caso pasó desapercibido para la paciente (a pesar de su gran tamaño), hasta que le provocó dolor abdominal. Aunque las complicaciones son raras (malignización 1%, torsión 3,5%, peritonitis secundaria a rotura espontánea 0,7-3,8%) se recomienda el tratamiento quirúrgico siendo la vía laparoscópica la de elección. En nuestro caso debido al gran tamaño de la tumoración se desestimó de entrada dicha vía de abordaje, realizándose a la paciente una laparotomía media para la extirpación del tumor.

Conclusiones: 1. El tratamiento quirúrgico es el de elección. 2. El abordaje debe ser laparoscópico siempre que el tamaño de la tumoración lo permita. 3. Se reserva el abordaje laparotómico para los teratomas de gran tamaño como es nuestro caso.

Entrenamiento laparoscópico en animal de experimentación

E.J. Moreno Ruiz, J. Doblas Fernández, R; Luna, F.J; DíazPérez, H. LaraOliva Muñoz

Hospital de Antequera. Málaga

Introducción: La introducción del abordaje laparoscópico en cirugía ha creado la necesidad del desarrollo de un modelo de aprendizaje y entrenamiento escalonado de los cirujanos fuera de los quirófanos. Para reducir la curva de aprendizaje en humanos existen diversos modelos para adquirir habilidades básicas de triangulación y profundidad de campo. El modelo animal nos permite además desarrollar destrezas y trabajar en situaciones anatómicas y fisiológicas similares al humano. El objetivo del vídeo es mostrar la utilidad del quirófano experimental con animales en el aprendizaje de los diferentes procedimientos laparoscópicos.

Material y Métodos: Las prácticas se han desarrollado en el Instituto Andaluz de Cirugía Experimental (IACE) que dispone de 4 mesas de trabajo compuestas de torre de laparoscopia, aparato de anestesia, mesa de quirófano e instrumental. El animal utilizado ha sido el cerdo, y en cada puesto han trabajado dos cirujanos supervisados por dos monitores. En todos los casos se ha contado con la presencia de anestelistas con experiencia en animales. El programa de formación comienza con cirugía de disección de órganos que no incluye sutura ni anastomosis: colecistectomía, disección de la vía biliar, disección de hilio esplénico y esplenectomía. En el segundo nivel se incluye suturas y anastomosis progresivamente: disección del hiato y funduplicatura, gastro-

tomia, piloroplastia, gastroenteroanastomosis, anastomosis intestinales y disección del recto.

Discusión: Aunque existen sistemas de prácticas de suturas laparoscópicas en simuladores, el uso del modelo animal permite realizar los mismos gestos de movilización, disección, hemostasia, anastomosis e incluso técnicas quirúrgicas completas que en el humano, siendo el cerdo el animal de elección en la cirugía digestiva.

Conclusión: Creemos que es importante utilizar el instrumento de la cirugía experimental en animales para la formación de cirujanos laparoscopistas.

Infarto epiploico como causa de abdomen agudo

A. Brox Jiménez, D. Díaz Gómez, P Parra Membrives, M. Márquez Muñoz, J. Lorente Herce, J. Jiménez Vega, A. Galindo Galindo.

Hospital Universitario Virgen de Valme. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Sevilla

Introducción: El infarto del epiplón mayor es una causa muy poco frecuente de abdomen agudo. Su diagnóstico preoperatorio es difícil ya que puede simular cualquier entidad responsable de las principales causas de abdomen agudo.

Caso Clínico (DVD) Varón de 37 años de edad que acude a Urgencias por cuadro de dolor en hemiabdomen derecho que se irradia a espalda de 3 días de evolución. No se acompaña de fiebre ni vómitos ni náuseas. A la exploración el abdomen era blando, depresible, doloroso en el hemiabdomen derecho con peritonismo a este nivel. Presentaba 37,2°C y las analíticas estaban normales. En la TC se observaba una infiltración de la grasa paracólica derecha, líquido libre en la fosa hepatorenal y por encima de la arteria iliaca común derecha, con deslustro de la musculatura de la pared abdominal derecha. El paciente fue diagnosticado de abdomen agudo de probable origen inflamatorio antes los hallazgos obtenidos y se le practicó una laparoscopia exploradora (se aportaría dvd). En la laparoscopia se objetivó un fragmento de epiplón mayor infartado así como moderada cantidad de líquido libre seroso. Se realizó exéresis del epiplón infartado y apendicetomía laparoscópica. La evolución fue favorable y en la actualidad se encuentra asintomático.

Discusión: El epiplón mayor puede ocasionalmente infartarse como resultado de una torsión o por una trombosis venosa espontánea¹. La etiología del infarto segmentario del epiplón puede ser idiopática o asociada con enfermedad vascular, adherencias quirúrgicas previas, traumatismo abdominal o torsión limitada. La principal manifestación clínica es el dolor abdominal cuya localización depende de la porción y del tamaño de epiplón afecto²; el cuadrante inferior derecho es localización más frecuente. Pueden aparecer náuseas, vómitos, febrícula y, de manera excepcional, es posible palpar una masa. Los datos de laboratorio así como la radiografía simple de abdomen son pocos expresivos³. El examen mediante ultrasonidos puede orientar hacia una enfermedad primaria del epiplón. El uso cada vez más extendido de la TC como herramienta en el diagnóstico del abdomen agudo permite llevar a cabo un diagnóstico más certero de estas enfermedades. De

hecho, la TC puede evidenciar la imagen característica de la torsión del epiplón que consiste en la presencia de una masa abdominal bien delimitada compuesta por pliegues grasos y fibrosos entremezclados, que se distribuyen de manera concéntrica o en espiral, y que en su centro pueden contener una estructura hiperdensa vascular que desciende perpendicular al plano axial⁴⁻⁷. La actitud que se de tomar con estos pacientes es controvertida. Hay autores que han publicado evoluciones satisfactorias en pacientes que presentaban infartos segmentarios tras un manejo conservador^{8,9}. No obstante otros autores advierten de la posibilidad de presentar complicaciones si no se adopta una actitud quirúrgica: describen cuadros adherenciales a estructuras adyacentes y la formación de abscesos. En nuestro caso no se llegó al diagnóstico preoperatorio, por lo que al paciente se le practicó una laparoscopia exploradora por sospecha de abdomen agudo que resultó ser diagnóstica y terapéutica.

Bibliografía: 1. Tolenaar PL, Bast TJ. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum. *Br J Surg* 1987; 74: 1182.

2. Pera Román M, Pulachs Clapera J, Trias Folch M. Torsión primaria de epiplón mayor. *Rev Esp Enf Dig* 1996; 88: 232-3.

3. García-Puges AM, Pujol Soler R, Adell Rocafort J, Torres Sintes E, Pujol Rafols J. Torsión del epiplón mayor como causa de abdomen agudo. *Rev Esp Enf Dig* 1996; 88: 39-42.

4. Maeda T, Mori H, Cyujo M, Kikuchi N, Hori Y, Takaki H. CT and MR findings of torsion of greater omentum: a case report. *Abdom Imaging* 1997; 22: 45-6.

5. Yager A, Carmesí C, De la Ossa J. Torsion of the greater omentum: CT findings. *ARJ* 1999; 173: 1139-40.

6. Aou N, Haddad-Zebouni S, Slaba S, Noun R, Ghossain M. Left-sided omental torsion: CT appearance. *Eur Radiol* 2000; 11: 96-8.

7. Marcos Hernández R, et al. Torsión completa del epiplón mayor como causa de abdomen agudo. Contribución de la TC al diagnóstico preoperatorio. *Cir Esp* 2002; 72 (6): 362-4.

8. Puylaert JB. Right-sided segmental infarction of the omentum: clinical, US, and CT findings. *Radiology* 1992; 185: 169-72.

9. Van Breda Vriesman AC, De Mol van Otterloo JC, Puylaert JB. Epiploic Appendagitis and omental infarction. *Eur J Sur* 2001; 167: 723-7. 10. Balthazar EJ, Lefkowitz RA. Left-sided omental infarction with associated omental abscess: CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr* 1993; 17: 379-81.

Hemicolectomía derecha laparoscópica. Abordaje vascular inicial y disección retroperitoneal lateral

C. Pérez Durán, M. Díaz Oteros, E Gutiérrez Cafranga, F. García Molina, F. Mateo Vallejo

Hospital SAS Jerez de la Frontera. Cádiz

Introducción. La resección laparoscópica del cáncer de colon rectal es una realidad bien consolidada en nuestro servicio de Cirugía. Presentamos una hemicolectomía derecha laparoscópica realizada en una mujer de 55 años, obesa, con un adenocarcinoma de colon ascendente. Muestra el abordaje vascular inicial con disección retroperitoneal medial-lateral que hemos adoptado más recientemente.

Técnica Quirúrgica. Paciente en decúbito supino con las piernas separadas. Colocación de cuatro trocares: 1º supraumbilical (10 mm); 2º medial a la espina iliaca anterosuperior derecha (5 mm); 3º a la izquierda del ombligo (10 mm) y 4º subcostal izquierdo (5 mm). El cirujano trabaja entre las piernas de la paciente (trocares 2º y 3º) y el ayudante en la izquierda. Retrayendo cranealmente el colon transverso se disecan los vasos ileocólicos que se sellan y seccionan (LigaSure®). Acceso al espacio retroperitoneal, visualización del duodeno, y movilización del mesocolon en dirección lateral. Sección del mesocolon transverso, incluyendo los vasos cólicos derechos, hasta el límite de resección distal y seguidamente del ligamento gastrocólico hacia el ángulo hepático. Por último se completa la movilización lateral del ciego y colon ascendente. Por una minilaparotomía media supraumbilical, sin ningún tipo de sección intracorpórea, se exterioriza el ileon distal, el colon derecho y el transverso proximal. Se eligen los puntos de sección proximal y distal y se realiza la anastomosis y sección de la pieza con grapadora-cortadora lineal.

Conclusiones. El abordaje medial es idóneo para garantizar un buen seguimiento de los principios oncológicos: se abordan precozmente los pedículos vasculares, permite una entrada ideal en el plano retroperitoneal de disección, se minimiza la manipulación del colon y facilita la linfadenectomía.

Amputación abdominoperineal laparoscópica después de neoadyuvancia en el cáncer de recto inferior localmente avanzado. Escisión total del Mesorrecto y preservación de Nervios Autónomos.

E. Gutiérrez Cafranga, C. Pérez Durán, M. Díaz Oteros, JD. Franco Osorio, F. Mateo Vallejo.

Hospital SAS Jerez De La Frontera. Jerez. Cádiz

Introducción. La Amputación-Abdomino-Perineal Laparoscópica (AAPL) es considerada por algunos autores como la técnica de elección para tratar el cáncer de recto distal.

Objetivo. Presentamos una AAPL en un paciente obeso (IMC 33), que finalizó 7 semanas antes la neoadyuvancia por Cáncer de Recto en línea pectínea. **Técnica Quirúrgica.** Paciente en posición Lloyd-Davis modificada. Colocación de cinco trocares: 1º supraumbilical (10mm); 2º paraumbilical/pararrectal derecho (5mm); 3º FID (10mm); 4º en ubicación del estoma (10mm) y 5º FII (5mm). El cirujano trabaja a la derecha del paciente (trocares 2º/3º); el primer ayudante a la izquierda (trocares 4º/5º) y el 2º ayudante lleva la cámara a la izquierda del cirujano (trocar 1º). Secuencias: Inspección de cavidad, toma de muestra para citología del líquido, ecografía hepática, sección del peritoneo posterior hacia la raíz de la AMI, desarrollo del arco Mesentérico Inferior sobre la fascia de Told que cubre Nervios Hipogástricos Superiores (NHS) y uréter izquierdo. Linfadenectomía y sección de la AMI con LigaSure®. Sección del parietocólico izquierdo y del peritoneo restante. Desarrollo de la disección del Mesorrecto posterior, respetando los NHS, sección de la fascia de Waldeyer. Desarrollo de la disección lateral bilateral del Mesorrecto (Liga-

Sure®) y del plano recto-vesical por detrás de Dennonviller (tumor posterior). Sección del mesosigma y sigma. Desarrollo del tiempo perineal. Realización de colostomía.

Resultado. El paciente fue alta a los 10 días, 3 meses después no presenta disfunción vesical ni sexual.

Comentarios. La magnífica visión que proporciona la laparoscopia permite una disección Total del Mesorrecto controlada, siendo factible preservar los Nervios autónomos.

Hiatoplastia laparoscópica en hernia hiatal tipo II

A. Aranzana Gómez, S. Abad de Castro, P. Toral Guinea, C. López, Krasniqui, Gazmendi.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción: Las hernias diafragmáticas gigantes tipo II (paraesofágicas) representan una entidad patológica muy infrecuente. Suelen diagnosticarse en edades tardías con una clínica de larga evolución y variada: dolor torácico, síntomas de ERGE, hemorragia digestiva alta o vómitos (volvulación-incarceración). El abordaje laparoscópico es complicado para este tipo de hernias ya que el defecto hiatal es importante, siendo complicado no sólo el cierre de los pilares sin tensión sino también la identificación de los mismos. En estos casos, la tendencia actual es la utilización de mallas-hiatoplastia, para prevenir de este modo el alto índice de recidivas de esta patología.

Material y métodos: Caso clínico: Paciente mujer de 80 años con AP: Diverticulosis, insuficiencia venosa crónica, hernia de hiato de larga evolución. Ingresó en Digestivo por cuadro de disfagia progresiva a sólidos y líquidos con pérdida importante de peso. Exploraciones compl. de interés: TAC-EGD: hh mixta con RGE durante la exploración. Endoscopia: hh por deslizamiento que condiciona deformidad del esófago distal con biopsias negativas.

Resultados: Intervención: Abordaje laparoscópico completo, 5 trocares. Hernia grande tipo II paraesofágica que contiene gran parte del estómago semivolvulado. Reducción de todo el contenido intraherniario (viable), reducción y resección completa del saco, movilización esofágica adecuada, identificación de pilares, crura y defecto lateral paraesofágico, hiatorrafia tutorizada, con sutura irreabsorbible, hiatoplastia con malla de Crurasoft, fijada con ptos. al pilar izquierdo, crura y borde lateral del defecto, cubriendo la malla con cola de fibrina-tissucol, para evitar el contacto con el esófago y una posible migración de la misma a la luz esofágica, así como lograr una precoz integración de la malla. Funduplicatura tipo Nissen, tutorizada, corta y holgada, fijada a ambos pilares, drenaje intramediastínico. Buen curso postoperatorio. Ingesta al 1º día tras control Rx con gastrografía, alta hospitalaria al 5º día. Asintomática, con control clínico-Rx normales a los 20 meses de la intervención.

Conclusiones: Actualmente, la laparoscopia es una opción válida y segura en la aproximación de esta patología con las ventajas inherentes de este abordaje, teniendo en cuenta siempre una adecuada selección del paciente y que sea realizada por equipos con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada.

Gastro-yeyunostomía por laparoscopia en tratamiento paliativo del cáncer gástrico avanzado

R. Rosado, P. Medina, S. Mezquita, A. Gallardo, F. Huertas, D. Ramírez

Hospital de Huércal-Overa. Almería

Las posibilidades quirúrgicas del cáncer gástrico localmente avanzado son muy limitadas, sin embargo, frecuentemente el cirujano se ve abocado a una laparotomía para valorar su reseccabilidad o resolver la imposibilidad de alimentación oral por estenosis. Presentamos el caso de un paciente de 46 años de edad con un cuadro de epigastralgias, vómitos incohercibles e insuficiencia renal secundaria. Tras corregir su estado de hidratación y nutricional se procede al estudio del origen de su sintomatología. La gastroscopia muestra una tumoración astral que provoca una estenosis a nivel pilórico completa. El diagnóstico histológico es: Adenocarcinoma gástrico de células en anillo de sello. Los diferentes estudios de extensión resultan negativos. Se indica intervención quirúrgica con intención curativa. Se realiza Laparoscopia exploradora como primer paso para valorar la reseccabilidad y el estadiaje completo (Estadio IV. T₄N₂M₁). Durante esta exploración se constata que se trata de una tumoración astral con carcinomatosis peritoneal que afecta tanto al peritoneo parietal como visceral en todos sus campos. No hay metástasis hepáticas. Se toman biopsias intra-operatorias que confirman el diagnóstico. Valorada la tumoración como irreseccable se decide realizar una gastro-yeyunostomía por laparoscopia como tratamiento paliativo así como la instauración de un catéter de yeyunostomía. El paciente reinició la ingesta oral al tercer día del post-operatorio y fue dado de alta al 8º día. La estadificación preoperatorio que nos sirve para valorar la operabilidad se encuentra limitada a pesar de las pruebas de imagen disponibles. En este caso no había ninguna causa de inoperabilidad: situación general del paciente, enfermedad diseminada y ascitis carcinomatosa. La indicación en este caso derivaba de una complicación como era la obstrucción del tránsito. Actualmente el procedimiento admitido es la laparotomía exploradora con una importante morbimortalidad, pero va en aumento la tendencia de realizar la exploración del abdomen mediante laparoscopia y preferiblemente con el apoyo de la ecografía endoscópica. La gastro-yeyunoanastomosis con intención paliativa es a veces la única posibilidad quirúrgica para estos pacientes. Poder realizarla mediante cirugía mínimamente invasiva les aporta un mayor confort y la posibilidad de iniciar el tratamiento adyuvante de forma precoz

Resección hepática laparoscópica por hepatocarcinoma

B. Sánchez Pérez, M. Á. Suárez Muñoz, J. Santoyo Santoyo, J. L. Fernández Aguilar, J. A. Pérez Daga, A. González Sánchez, M. Valle Carbajo, A. Titos

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: El abordaje laparoscópico en el paciente cirrótico, en relación con la resección hepática, presenta ventajas asociadas a una menor agresión parietal, menor riesgo de aparición de ascitis, y rápida recuperación del paciente.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia de resecciones hepáticas por laparoscopia en pacientes con hepatocarcinoma.

Material Y Métodos: Se muestra en el vídeo la técnica de resección hepática laparoscópica en tres pacientes con hepatocarcinoma. Los tres eran varones, de edades comprendidas entre 62 y 73 años. En dos de ellos (hígado cirrótico) el tumor había presentado una rotura espontánea, y en el otro (hígado no cirrótico) se trataba de una resección programada ante la existencia de una LOE hepática no caracterizada.

Resultados: En uno de los pacientes, ante el importante síndrome adherencial existente por intervenciones previas, no pudo realizarse clampaje hiliar. En los otros dos enfermos sí se realizó maniobra de Pringle, empleando para ello un lazo vascular. La hemostasia durante la transección se aseguró con el uso de LigaSure T V y TissuLinkT. La vena suprahepática izquierda fue seccionada con endograpadora vascular. La pieza fue extraída en todos los casos por contraincisión, en el interior de una bolsa. No precisaron transfusión de hemoderivados. Con un seguimiento que oscila entre los seis meses y tres años, los tres enfermos se encuentran vivos y libres de recidiva.

Conclusión: La resección hepática por laparoscopia como tratamiento de pacientes con hepatocarcinoma puede realizarse de manera segura, consiguiéndose resultados similares a los obtenidos con cirugía abierta.

Ictericia obstructiva en paciente con poliquistosis hepatorenal. Tratamiento laparoscópico

A. Aranzana Gómez; R. López Pardo; E. Morales; S. Abad, C. López; Krasniqui, Gazmendi.

H. Virgen de la Salud. Toledo.

Introducción: Aproximadamente el 10% de los pacientes con colelitiasis presentan litiasis de la vía biliar. Dado que actualmente no existe un protocolo terapéutico considerado como "gold standard", la técnica utilizada dependerá de la experiencia y las posibilidades tecnológicas de cada equipo quirúrgico. La presencia de coledocolitiasis junto con una poliquistosis hepatorenal es una entidad infrecuente.

Material y métodos: Caso clínico: Paciente mujer de 53 años con AP: Poliquistosis hepatorenal seguida por el Sº de Nefrología por insuficiencia renal crónica leve sin tratamiento, ooforectomía, eventroplastia laparoscópica. Ingresó de urgencia por cuadro de dolor epigástrico-HCD irradiado a espalda compatible con clínica y ecográficamente con colecistitis aguda litiasica, con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, con coledoco de 18 mm, sin objetivar la causa obstructiva. Expl. compl. de interés: Creatinina: 1.9. Amilase: 150. Lipase: 396. ColangioRMN: Dilatación de la vía biliar intrahepática y del cístico (10 mm) paralelo al coledoco con implantación muy baja, con litiasis múltiple y coledocolitiasis en coledoco de 20 mm, colecistitis, Wirsung aumentado de calibre en probable relación de conductos secundarios, múltiples quistes hepato-renales. CPRE: Papila intradiverticular, coledoco muy dilatado con múltiples cálculos de tamaño variable, generalmente pequeños, intrahepáticos irregulares, cálculos en cístico, esfinterotomía amplia y extrac-

ción parcial de cálculos,dejando prótesis plástica ante la imposibilidad de extraer todos.

Resultados:Intervención:Abordaje laparoscópico completo,5 trócares,colecistitis subaguda,poliquistosis hepática severa, vía biliar extrahepática dilatada,clipaje de arteria y conducto cístico,coledocotomía longitudinal,extracción de prótesis previa,lavado abundante de la vía biliar con extracción de barro y litiasis múltiple de pequeño tamaño,paso de sondas de Couvelaire sin dificultad al duodeno,coledorrafia sobre tubo de Kehr,sección del cístico ancho con Endogia,colecistectomía y colocación de drenaje.Buen curso postoperatorio.1ª Colangiografía de control transkehr:Múltiples defectos de replección intrahepáticos en relación con litiasis residual.2ª Colangiografía:Imágenes de replección en radicales intrahepáticos derecho e izquierdo,sin poder asegurar que sean litiasis al existir quistes hepáticos simples.La paciente es dada de alta con el tubo de kehr,realizándose nuevo control colangiográfico posteriormente que confirma la ausencia de litiasis residual,tratándose los defectos de replección intrahepáticos secundarios a la compresión de los quistes hepáticos,procediéndose a la retirada sin incidencias del kehr.Asintomática,con control clínico,analítico y ecográfico a los 6 meses de la intervención.

Conclusiones:En casos seleccionados,el abordaje laparoscópico de la litiasis de la vía biliar es una excelente alternativa a la cirugía laparotómica tradicional,con las ventajas inherentes a esta técnica.

Esplenopancreatectomía corporocaudal laparoscópica

A. Fco Aranzana Gómez; S. Abad de Castro; D. Cuevas del Pino; E. Morales; C. López.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Introducción: Actualmente el abordaje laparoscópico de las lesiones pancreáticas es controvertido y no está implantado su uso en muchos centros hospitalarios.

Material y métodos: Caso I: Mujer de 49 años, diagnosticada por ECO-TAC: Imagen quística en cola pancreática (4.1x 3.6 cms.) de pared lisa. Ecoendoscopia, páncreas homogéneo de bordes regulares. Conducto pancreático normal, en cola pancreática lesión de 5x5cm anecoica de bordes bien definidos con paredes lisas y regulares sugerente de tumor quístico. Endoscopia sectorial: punción con contenido intraquístico: Amilasa: 35150. Lipasa: 155060. CEA iq: 701. Ca 72.4: 9.4 con PAAF negativa para células malignas. Marcadores séricos: Ca 19.9: 41.5 (n: 37). Amilasemia sérica normal. Caso II: mujer de 75 años con cuadros de hipoglucemias acompañada de mareo y disartria, diagnosticada inicialmente de insulinoma no localizable, descartando MEN 1, tras realizar estudio completo con TAC, octreoscan, arteriografía selectiva, eco-endoscopia... Se inicia tratamiento con diazóxido y análogos de la somatostatina controlándose la sintomatología realizándose TAC de control imagen hipervascular de 1.5 cm en cola pancreática, de bordes bien definidos que no afecta a estructuras de vecindad compatible con insulinoma. Resultados: Intervención. abordaje laparoscópico completo en ambos casos con esplenopancrea-

tectomía corporocaudal laparoscópica. Buen curso postoperatorio. AP definitiva: I-Cistoadenoma mucinoso. II-Tumor carcinóide. Asintomáticas con control rx. y marcadores normales.

Conclusión: En pacientes seleccionados con patología pancreática y con equipos con experiencia el abordaje laparoscópico es una alternativa válida y segura.

Alternativas al abordaje laparoscópico de las hernias ventrales: técnica de la doble corona con un tercio de tackers y cola de fibrina

S Morales-Conde, I Alarcón, J Martín-Cartes, M Socas, A Barranco, JM Suárez, J Bellido, J Valdés, H Cadet, S Morales-Méndez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Las técnicas mínimamente invasivas siguen avanzando en busca de la disminución del dolor postoperatorio y el aumento del confort de nuestros pacientes. Una de las técnicas laparoscópicas que más tardíamente se han incorporado al arsenal terapéutico de los cirujanos es el abordaje de la hernia ventral, debido fundamentalmente al dolor y disconfort postoperatorio y a posibles potenciales complicaciones, como adherencias, fístulas intestinales o cuadros de obstrucción intestinal, cuadros relacionados habitualmente con los mecanismos de fijación metálicos, conocidos como tackers. En el análisis de la aparición de adherencias a estas mallas colocadas intraperitonealmente, hemos descrito que dichas adherencias se producen habitualmente a los bordes de la malla o a los mecanismos de fijación. Hemos demostrado experimentalmente que recubriendo dichas zonas con cola de fibrina, somos capaces de disminuir la aparición de dichas adherencias, con lo que conseguimos disminuir potencialmente la aparición de las fístulas y los procesos oclusivos descritos. Durante el mismo estudio experimental descubrimos que dicha cola de fibrina favorecía la integración de las mallas, favoreciendo la fijación biológica de la misma. Hemos aplicado nuestros conocimientos experimentales a nuestros pacientes, consiguiendo disminuir el número de tackers utilizados y disminuyendo los problemas potenciales de esta técnica. Presentamos el video de la alternativa técnica que estamos aplicando actualmente a las hernias de línea media con buenos resultados. La disminución de los tackers junto con la aplicación de cola de fibrina presenta las siguientes ventajas: disminuir el dolor postoperatorio, ya que por un lado la cola de fibrina aumenta la fijación biológica posibilitando la disminución de la fijación mecánica, mientras que, por otro lado, la cola de fibrina sella los espacios entre tackers, que se aumenta al disminuirlos, evitando que las asas intestinales se introduzcan entre la malla y la pared; por último, el recubrimiento de los tackers y los bordes con dicha sustancia disminuye la aparición de adherencias. Dicha aplicación es precisa realizarla con el aplicador en spray para dejar una fina capa de dicha sustancia que favorecerá su función. Los avances de la cirugía laparoscópica en el tratamiento de las hernias ventrales, favorecerán en un futuro la disminución del dolor postoperatorio y los peligros potenciales de esta técnica, favoreciendo su universalización como técnica de elección en ciertas indicaciones.

Fijación atraumática de las mallas durante el manejo de la hernia inguinal por vía endoscópica totalmente extraperitoneal (TEP)

S Morales-Conde, I Alarcón, M Socas, A Barranco, JM Suárez, J Bellido, J Valdés, J Martín-Cartes, H Cadet, S Morales-Méndez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Las técnicas mínimamente invasivas siguen avanzando en busca de la disminución del dolor postoperatorio y el aumento del confort, favoreciendo de esta forma la rápida incorporación a la vida diaria de nuestros pacientes. Dichos procedimientos se van imponiendo con gran éxito en diversas patologías, como en la hernia inguinal, donde parte del dolor postoperatorio es debido a los mecanismos de fijación con grapas metálicas. Dichos anclajes se han relacionado con la aparición de dolor a corto y medio plazo, por el anclaje mecánico en sí, o largo plazo, por atrapamiento nervioso. Dentro de la búsqueda del aumento del confort postoperatorio durante el abordaje endoscópico totalmente preperitoneal (TEP) de la hernia inguinal, se plantea la alternativa de la fijación atraumática de la malla con pegamentos. Presentamos la evolución de nuestro planteamiento en la fijación atraumática de las mallas en el TEP, dado que inicialmente sólo lo utilizábamos en la hernia indirecta, ampliando actualmente su aplicación en hernias directas. Hemos comenzado la utilización de la cola de fibrina durante esta técnica con su aplicador en spray dado que lo consideramos más efectivo, dado la aplicación uniforme del mismo. La cola de fibrina con fijación de las mallas tiene las siguientes ventajas: la fijación atraumática de la malla tal y como hemos visto anteriormente; la fijación de la misma a zonas teóricamente prohibidas, como el triángulo del dolor y la zona vascular; el incremento de la fijación biológica de la malla dado que favorece la intergración de la misma, debido a la matriz extracelular que forma dicha sustancia y a los factores de crecimiento que tiene en su interior; y, por último, la protección de posibles adherencias del intestino a la malla a través de orificios no detectados del peritoneo, dado que, como hemos demostrado en estudios experimentales previos, una vez solidificada dicha sustancia, disminuye la aparición de adherencias a la malla de polipropileno. Pensamos que en el futuro de la hernia inguinal, la corrección mediante técnicas mínimamente invasivas con el uso de mallas anatómicas de bajo peso con fijación atraumática, mejorarán aún más el confort postoperatorio de nuestros pacientes.

Hernioplastia mediante la técnica modificada de Berliner paso a paso

C.P. Ramírez Plaza, A. Álvarez Alcalde, D. Sánchez Relinque, J. Carrasco Campos, C. Jiménez Mazure, M. Valle Carvajo, J.A. Bondía Navarro

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La hernioplastia sin tensión descrita por Lichtenstein es la técnica más utilizada hoy en día para reparar todo tipo de hernias inguinales gracias a su baja tasa

de recurrencias, su fácil reproducibilidad y corto tiempo de realización. Actualmente, sólo un 20% de cirujanos están familiarizados con las técnicas preperitoneales, las cuales han demostrado menor grado de dolor postoperatorio, neuropatía y necesidad de analgesia postoperatoria. Sin embargo, estos procedimientos requieren una mayor disección. Presentamos un vídeo que ilustra una técnica de las más clásicas y menos conocida: la técnica de Stanley Berliner. Esta técnica, que puede realizarse mediante anestesia local, es usada por los autores para todo tipo de hernias. Describimos con detalle los 4 pasos principales de la técnica: apertura de la fascia transversalis, identificación de estructuras preperitoneales, la fijación de la malla con puntos sustituyendo la pared posterior y el uso de la malla remanente como plug en el anillo inguinal profundo. Finalmente, explicamos un breve resumen de nuestros resultados con dicha técnica.

Hernia por tacker. Descripción y abordaje laparoscópico de hernia por tacker tras eventroplastia laparoscópica

S Morales-Conde, I Alarcón, JM Suárez, M Socas, A Barranco, J Bellido, J Valdés, J Martín-Cartes, H Cadet, S Morales-Méndez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

El abordaje laparoscópico ha supuesto un gran avance en el manejo quirúrgico de las hernias ventrales frente al abordaje abierto. La técnica de fijación de la malla con suturas helicoidales (tackers) es utilizada casi universalmente por todos los grupos quirúrgicos, en las diferentes opciones técnicas para la fijación de la malla existentes en la eventroplastia laparoscópica; técnica de la doble corona frente a uso de suturas reabsorbibles transmuralas. A las complicaciones ya descritas históricamente de estas suturas helicoidales (fístulas, adherencias, lesiones viscerales.) se ha añadido recientemente una nueva complicación descrita por LeBlanc, las hernias por tacker. Esta nueva entidad se describe como un defecto herniario producido en la zona de fijación del tacker por un desgarro a nivel peritoneal, de la fascia y muscular producido por un desplazamiento brusco de la malla por un fuerte aumento de presión intraabdominal que tracciona violentamente del tacker produciéndose así el desgarro que posteriormente se convertirá en un defecto herniario de nueva aparición. A pesar de que, como ya describió LeBlanc, estas hernias pueden aparecer clínicamente pasados bastantes meses desde la cirugía, pensamos que el momento clave en la fisiopatología de esta nueva entidad es el postoperatorio inmediato, en el que la fijación de las tackers a los planos aponeuróticos es más susceptible a los aumentos súbitos de presión. El despertar brusco de la anestesia, los vómitos postoperatorios, o el uso incorrecto de las medidas de compresión abdominal inmediatas pueden favorecer la aparición de estas hernias por tacker. Esta entidad supone un nuevo reto diagnóstico para los cirujanos, ya que muchas de las recidivas de eventroplastias laparoscópicas podrían tratarse en realidad de hernias por tacker. Presentamos el vídeo de un caso de reparación lapa-

roscópica de una hernia por tacker y su manejo quirúrgico. El paciente fue intervenido de una hernia ventral primaria en epigastrio mediante la técnica de la Doble Corona. En el primer año postoperatorio el paciente acudió a consultas presentando una nueva hernia en la zona lateral de anclaje de la malla, siendo reintervenido por vía laparoscópica. El defecto de la hernia primaria estaba completamente cubierto por la malla, detectándose una nueva hernia en la zona de anclaje de la malla. Dicho defecto fue reparado de nuevo con una malla de PTFE-e siendo fijado con una nueva doble corona de tackers. Pensamos que la aparición de esta nueva entidad es más frecuente de lo descrito en la literatura (solo tres casos con este hasta la fecha), siendo preciso para que no aparezcan evitar un despertar brusco de la anestesia, sin aumentos bruscos de la presión intraabdominal, y conseguir abolir en el postoperatorio inmediato maniobras que aumenten asimismo la presión intrabdominal, tales como la tos y el vómito.

Reparación laparoscópica de gran hernia ventral con incarceración de intestino.

J.R. Naranjo Fernández, J. Bellido Luque, J. Guadalajara Jurado, I. Duran Ferreras, E. Ruiz Lupiáñez., R. Moreno Romero, A. Cordon Gamiz

Hospital General Básico Riotinto. Huelva.

Introducción: La cirugía de la hernia ventral no siempre se acompaña de buenos resultados, con una tasa de recidiva mayor del 20%, lo cual condiciona discusión sobre la técnica y con una no despreciable morbilidad, sobre todo en pacientes obesos, por las amplias disecciones parietales.

Material: Paciente de 65 años, obesidad mórbida con hernia ventral que a la exploración muestra incarceración no reducible, en TAC de pared se objetiva contenido epiploico, intestino delgado y colon sigmoides en el interior del saco herniario.

Métodos: Reparación laparoscópica con liberación minuciosa y dificultosa del contenido intestinal incarcerated en el interior del saco, colocación de malla mixta de polipropileno-PTFE que sobrepasa ampliamente el defecto herniario y fijación mediante puntos de tracción y fibrina autóloga.

Resultados: Mediante el abordaje laparoscópico es posible la exteriorización de la incarceración y ofrece una buena visualización del anillo herniario. Seroma residual en el saco herniario con evolución favorable, sin precisar tratamiento y reabsorción progresiva durante el primer mes sin plantear complicaciones.

Conclusiones: La colocación de una prótesis sin tensión intraperitoneal, reduce las desventajas de la cirugía convencional con abordaje abierto, sobre todo en pacientes obesos, al evitar grandes disecciones de la pared abdominal, la necesidad de operar sobre tejido ya manipulado en anteriores intervenciones y la colocación de drenajes. La incarceración herniaria sin signos agudos de estrangulación intestinal y sin necrosis de epiplon no es una contraindicación para el abordaje laparoscópico.

Manejo laparoscópico de las lesiones del ángulo esplénico

Bellido J, Guadalajara J, Duran I, Naranjo JR

HU Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Actualmente la laparoscopia es una vía de abordaje para el tratamiento del cáncer de colon que cada vez tiene más adeptos por los beneficios que ésta tiene con respecto a la vía convencional. En el caso de las lesiones del ángulo esplénico, permite tener una mejor visión del campo operatorio, facilitando su manejo incluso en los pacientes obesos y disminuyendo por tanto las posibles complicaciones intraoperatorias como la apertura accidental colónica o las lesiones del polo inferior esplénico.

Existen dos técnicas laparoscópicas para la liberación completa del ángulo esplénico, la progresión medial a lateral y la lateral a medial. nosotros consideramos que la aproximación comenzando por la apertura del ligamento gastrocólico, continuando hacia el ligamento esplenocólico y terminando descendiendo por el ángulo colónico izquierdo, es más fácilmente reproducible y con menos complicaciones, que la progresión lateral a medial

Material y metodo: Presentamos el caso de una paciente de 57 años, sin antecedentes de interés, que ingresa en el servicio de urgencias por cuadro compatible con hemorragia digestiva baja sin deterioro hemodinámico. ingresa en planta de cirugía donde se realiza enema opaca (lesión estenosante en ángulo esplénico) y Colonoscopia que observa lesión excrecente y marmelonada que estrecha la luz colónica en ángulo esplénico del colon, compatible desde el punto de vista endoscópico con Ca de colon. El informe Anatomopatológico no muestra evidencia de malignidad por lo que ante la alta sospecha de ca, se realiza nueva endoscopia, que muestra una regresión prácticamente completa de la lesión, observándose únicamente una pequeña lesión ulcerada. la nueva biopsia mostró tejido de granulación y signos de regeneración sin evidencia de malignidad. ante lo cual, se realiza nuevo enema opaca no objetivándose cambios en las imágenes, por lo que se decide intervención quirúrgica una vez marcada con tinta china la lesión para identificación laparoscópica. colocación de 1 trocar 10 mm umbilical, y 3 de 5 mm en epigastrio, línea media supraumbilical y vacío izquierdo se realiza colectomía segmentaria izquierda alta con decoloración del ángulo esplénico progresando de medial a lateral facilitando así su manejo. posteriormente realiza sección de la rama izquierda de la arteria cólica media y sección completa del meso.. posteriormente y mediante incisión de extracción de la pieza en hipocondrio izquierdo de 5 cms, se realiza exéresis del ángulo esplénico del colon y anastomosis latero-lateral mecánica con colocación de drenaje aspirativo. La evolución postoperatoria cursó sin incidencias siendo dado de alta al 5º día postoperatorio. El informe anatomopatológico definitivo: fragmento de intestino grueso con focos de hiperplasia foveolar y signos regenerativos por úlcera colónica.

Conclusiones: La vía laparoscópica presenta importantes ventajas en el tratamiento de las lesiones colónicas del ángulo esplénico, ya que facilita la visión de la región, disminuyendo por tanto las complicaciones intraoperatorias. la progresión medial a lateral parece tener beneficios con respecto a la lateral, por lo que recomendamos este abordaje para su tratamiento

COMUNICACIONES EN PÓSTER

Estómago, intestino delgado, colon y misceláneas

Elección de la técnica anestésica en la implantación de catéteres peritoneales

J. Cañete Gómez, M. Gutierrez Moreno, A. Muñoz Ortega, V. Gómez Cabeza de Vaca, D. Dominguez Usero, J. García Moreno, F. Docobo Durántez, M. Socas Macias

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Las mejoras en el tratamiento dialítico peritoneal están relacionadas con los avances en el diseño del catéter y los métodos de implantación. Presentamos nuestra experiencia en la implantación de catéteres peritoneales por cirujanos especialistas y en formación, empleando la misma técnica quirúrgica, y variando tanto el tipo de anestesia como el tipo de catéter.

Objetivos: Comparar los resultados en cuanto a complicaciones a corto y largo plazo dependiendo del tipo de anestesia utilizada durante la colocación del catéter.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 124 catéteres peritoneales implantados entre enero de 2000 y diciembre de 2007. 2 grupos. Grupo I: 42 catéteres Tenckhoff de dos cuff. Grupo II: 68 catéteres Tenckhoff de dos cuff y con un lastre distal. No incluidos en ningún grupo: 14. Anestesia local en el 8% de los casos, local y sedación en el 27%, general en el 27% y raquídea en el 38%. Profilaxis antibiótica intraoperatoria de 1 gramo de cefazolina intravenosa.

Resultados: En 63 de los 125 catéteres implantados (el 50.4%) no constatamos ninguna complicación en la primera semana del postoperatorio. La utilización de anestesia local y sedación presentó un menor número de complicaciones generales y sobre todo menor número de casos de dolor postoperatorio a nivel de la herida quirúrgica con respecto a la anestesia raquídea y general; del mismo modo se objetivo menor número de fugas con respecto a la a. raquídea.

Conclusiones: En lo que respecta al uso de distintas técnicas anestésicas para la implantación de catéteres peritoneales podemos observar como en los datos recogidos, se objetiva una disminución de las complicaciones postoperatorias en la implantación de catéter con anestesia local adecuadamente apoyada con una correcta sedación del paciente.

Revisión de las toracoscopias realizadas para el tratamiento del Neumotórax Espontáneo Primario recidivado en el Servicio de Cirugía General.

M. Rico Morales, M. Ferrer Márquez, E. Yagüe Martín, V. Maturana IBáñez, R. Belda Lozano

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Introducción: Se define neumotórax como la presencia de aire en la cavidad pleural que en consecuencia colapsa el pulmón. Se clasifican según su causa en traumáticos, iatrogénicos ó espontáneos (primarios o secundarios según exista o no enfermedad pulmonar de base).

Revisión: Se presenta la serie de toracoscopias realizadas en el Servicio de Cirugía General del Hospital Torrecárdenas realizadas desde Enero de 2004 a Enero de 2008. Se han recogido un total de 10 casos, de los cuales 7 son hombres y 3 mujeres, con edad media de 29 años. La indicación de la cirugía fue, en 8 casos el neumotórax espontáneo recidivado, mientras que en 2 de los casos fue el primer episodio de neumotórax espontáneo que no cedió tras la colocación de tubo de drenaje. La técnica se realiza bajo anestesia general, con intubación endotraqueal con tubo de doble luz para ventilación pulmonar selectiva. Posteriormente el paciente se coloca en decúbito lateral sobre el lado sano. Se colocan 3 puertos de trabajo: en el 4º espacio intercostal con la línea axilar anterior (12mm), 3º espacio intercostal línea axilar posterior, Se visualizaron y resecaon bullas apicales en 9 casos, tan sólo en un caso se reseco parénquima pulmonar apical sin visualizar bullas. En todos los casos se realizó abrasión pleural. En ningún caso se reconvirtió a toracotomía. En el periodo postoperatorio el dolor estuvo controlado, sólo en dos casos apareció fiebre que cedió con antibioterapia. La estancia media de los pacientes fue 14.20 días. Todos los pacientes se revisaron al mes en consultas externas con control radiográfico. No hemos registrado ninguna recidiva.

Conclusiones: La experiencia adquirida en la cirugía laparoscópica abdominal, junto con los avances tecnológicos y del instrumental quirúrgico, ha contribuido a la extensión de esta técnica al campo de la cirugía torácica. Existe consenso para el drenaje del neumotórax espontáneo cuando es mayor del 20% de la cavidad pleural, aceptando que el 20% de ellos pueden recidivar. El tratamiento quirúrgico se está indicado en pacientes que presentan neumotórax primario recidivado, fistulas prolongadas más de 4 días, falta en la reexpansión del pulmón posterior a la toracostomía o presencia de bullas en