

Discusión: La mayoría de las fístulas por cirugía renal son fístulas enterocutáneas que se producen al tratar procesos renales evolucionados que comprometen más frecuentemente al duodeno y/o colon. Las principales causas son lesión directa del intestino, necrosis isquémica e infiltración inflamatoria de la pared. Las pruebas diagnósticas de elección son la fistulografía con contraste hidrosoluble y la TAC con contraste oral. La ecografía es útil para valorar si el drenaje está siendo adecuado. El tratamiento de elección inicial debe ser conservador, optando por tratamiento quirúrgico si el paciente presenta signos de sepsis o trastorno hidroelectrolítico y si la fístula persiste tras 6 semanas.

Linfangioma intestinal como origen de invaginación intestinal en el adulto. A propósito de un caso

E. Sancho Maraver, A. Camacho Ramírez, M.J. Jimenez Vaquero, M. Balbuena García, J. Alvarez Medialdea, L.M. Marin Gómez, A. Díaz Godoy, M.C. de la Vega

Olías, A. Martínez Vieira, A. Calvo Durán, I. Robles Pacheco, A. Gutierrez Martínez, A. Rodriguez Guzmán

Hospital Universitario Puerto Real. Cadiz

Introducción: Los linfangiomas constituyen un grupo poco frecuente de tumores benignos de los vasos linfáticos, más comúnmente encontrados en la infancia. A su vez la invaginación intestinal es una causa poco frecuente de dolor abdominal en adultos, constituyendo menos del 1% de las causas de obstrucción intestinal en adultos.

Material y métodos: Presentamos un caso de obstrucción intestinal en una paciente de 23 años natural de Venezuela, intervenida en varias ocasiones por cuadros obstructivos en su país, de los cuales no aportaba informes.

Resultados: Se realiza laparotomía exploradora hallándose cirugía intestinal previa con técnica de Noble. Se observa tumoración intestinal que se reseca.

Conclusiones: La mayoría de los tumores de intestino delgado son benignos, constituyendo el linfangioma intestinal una causa extremadamente rara de invaginación intestinal en el adulto

COMUNICACIONES ORALES

Cirugía endocrina y misceláneas

Resultados de la cirugía del hiperparatiroidismo primario en asociación con enfermedad tiroidea

N. Muñoz Pérez, J. Villar Del Moral, M. Serradilla Martín, J. Martín Cano, J. A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: La patología tiroidea asociada al hiperparatiroidismo primario (HPTP) es frecuente. Dado que actualmente se tiende a un abordaje mínimamente invasivo para el tratamiento quirúrgico de esta última patología, es conveniente una evaluación tiroidea previa a la cirugía. Presentamos un análisis de la incidencia y la cirugía practicada en patología simultánea tiroparatiroidea en nuestro medio.

Material y Métodos: Se han analizado retrospectivamente las historias de los pacientes tratados por HPTP en el periodo comprendido entre Enero de 2001 y Marzo de 2008. Los datos han sido extraídos de la base de datos específica para patología paratiroidea de la Sección de Cirugía Endocrinológica de un Servicio de Cirugía General. Se analizan datos epidemiológicos, resultados de las pruebas de localización del HPTP, procedimiento quirúrgico y complicaciones postoperatorias, a partir de aquellos enfermos sometidos a tiroparatiroidectomía por doble procedimiento planificado, exéresis de incidentalomas tiroideos y tiroidectomías exploradoras (extirpación del tiroides al no encontrar un paratiroides inferior).

Resultados: Desde Enero de 2001 a Marzo de 2008 se han intervenido 97 pacientes con HPTP (80 mujeres y 17 hombres), con una edad media de 58,3 años (límites 16 y 80). En 44 de ellos (45,3%) se practicó una tiroparatiroidectomía. En 26 (26,8%) se efectuó como doble procedimiento programado. En ellos, la ecografía de localización del adenoma de paratiroides tuvo una sensibilidad del 66,6% y la Gamma sestamibi del 85,7%. En ausencia de patología tiroidea conocida en el preoperatorio, (71 casos) la sensibilidad de la ecografía para la detección de patología paratiroidea fue del 85,7% y la de la gammagrafía-sestamibi del 100%. Las complicaciones tras doble procedimiento programado fueron: hipocalcemia en 19,2%, disfonía transitoria en 7,6% y hemorragia en 3,8%. En 14 casos (14,4%) se actuó sobre incidentalomas tiroideos: una tiroidectomía subtotal, 9 hemitiroidectomías y 4 nodulectomías, por 13 bocios nodulares y un microcarcinoma papilar. Por último, en 4 casos se hizo hemitiroidectomía exploradora. Las complicaciones de la paratiroidectomía aislada fueron: hipocalcemia en el 9,8%, disfonía transitoria en 3,9% y síndrome de Horner en 3,9%.

Conclusiones: La alta prevalencia de enfermedad tiroidea en pacientes con HPTP obliga a realizar un correcto diagnóstico preoperatorio para planificar cirugía simultánea en caso de necesidad. La ecografía preoperatoria es la herramienta más útil para evaluar el tiroides aunque muestra menos sensibilidad para detectar la paratiroides afecta que en caso de patología

asociada, al igual que la gammagrafía-sestamibi. La cirugía simultánea se puede realizar con seguridad, aunque la tasa de complicaciones es algo superior que cuando se hace un sólo procedimiento.

Utilidad de la detección de la mutación B-RAFT1799A en muestras obtenidas por punción aspiración con aguja fina en el diagnóstico preoperatorio del cáncer papilar de tiroides.

N. Muñoz Perez, M. L. Cañadas Garre, E. Cabrera, J. M. Villar Del Moral, P. Becerra Massare, . López De La Torre Casares, M. A. Muros Fuentes, M. Serradilla Martín, J. A. Ferron Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivo. La prevalencia de la mutación B-RAFT1799A en tumores malignos tiroideos oscila según las series entre el 20-80%, estando asociada específicamente al cáncer papilar de tiroides (CPT). La mutación B-RAFT1799A se puede detectar en las muestras obtenidas por punción aspiración con aguja fina (PAAF) y se considera una herramienta diagnóstica preoperatoria muy útil ya que mejora la sensibilidad de la PAAF. Pretendemos evaluar la utilidad del análisis de la mutación B-RAFT1799A en muestras obtenidas por PAAF para el diagnóstico preoperatorio del CPT.

Materiales Y Métodos. Se ha realizado un estudio prospectivo, incluyendo a pacientes sometidos a PAAF por patología nodular tiroidea desde Enero de 2006 a Marzo de 2008. El análisis de las muestras para comprobar la presencia de la mutación se hizo mediante extracción de ADN, polimorfismo en la longitud de los fragmentos de restricción y secuenciación bidireccional. En los casos en los que se realizó tiroidectomía se comprobó la presencia de mutación en el tejido patológico extirpado. Se han realizado un total de 481 estudios citológicos. De ellos, 343 tuvieron una citología benigna, 97 fueron muestras insuficientes, 35 casos mostraron proliferación folicular, cuatro fueron sugerentes de CPT y dos de cáncer tiroideo no papilar.

Resultados. La mutación B-RAFT1799A se detectó en 10 de las muestras obtenidas por PAAF: una en el grupo de muestra insuficiente (1% del total de este subgrupo), tres en el de las citologías benignas (0,8% del total de dichas citologías), dos en el subgrupo de proliferación folicular (5,7% de éstas), y las cuatro restantes en las sugerentes de CPT (en el 100% de éstas). El número total de CPT confirmados en el análisis histológico definitivo de las piezas de tiroidectomía de este periodo ha sido de 35. De ellos, 22 tenían determinada la mutación en citología preoperatoria, siendo negativa en 12. A todos los pacientes que tenían la mutación se les practicó tiroidectomía, y en todos se confirmó histopatológicamente la presencia de CPT, por lo que la sensibilidad del test ha sido del 100%, la especificidad del 45%, el valor predictivo positivo del 100% y negativo del 97%.

Conclusión. La presencia de la mutación B-RAFT1799A en las muestras obtenidas por PAAF ha demostrado ser una prueba muy útil para realizar el diagnóstico preoperatorio de CPT en casos de citología no concluyente. Este análisis puede tener

un papel importante en el protocolo de estudio preoperatorio del nódulo tiroideo.

Análisis de las complicaciones asociadas al tipo de cirugía empleado en la enfermedad de Graves

A. Brox Jiménez, J. M. Sánchez Blanco, D. Gómez Rubio, G. Recio Moyano, A. Galindo Galindo

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

Introducción: Se pueden realizar tiroidectomías totales o subtotales en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Graves. Generalmente, las tiroidectomías subtotales asocian menores complicaciones que las tiroidectomías totales. Analizamos retrospectivamente las complicaciones asociadas a ambos tipos de técnicas a largo de un periodo de 16 años.

Material y Métodos: Se obtuvieron 136 pacientes que se dividieron en dos grupos. Se practicó una tiroidectomía subtotal (TS) en 88 y una tiroidectomía total (TT) en 48. Los grupos fueron comparados estadísticamente mediante t de Student para datos no apareados en variables cuantitativas y chi2 o prueba exacta de Fisher cuando el número era inferior a 5, en variables cualitativas.

Resultados: Los grupos fueron homogéneos en cuanto a edad, sexo, riesgo anestésico y cirujano de plantilla o MIR ($p > 0.05$). La mortalidad en ambos grupos fue nula. No se obtuvieron diferencias significativas en relación a complicaciones generales o técnicas relacionadas con la cirugía entre ambos grupos. La hipocalcemia transitoria fue superior en TT (15 pacientes o 31.25%) frente a TS (18 pacientes o 20.45%), pero sin alcanzar significación estadística ($p = 0.2324$). Tampoco hubo diferencias significativas en la hipocalcemia sintomática (TT: 3 o 6.25% frente a 3 o 3.40%, $p = 0.6653$). No hubo hipocalcemia permanente en TT frente a 1 paciente (1.13%) en TS ($p = 1$). Tampoco se observó diferencia estadísticamente significativa en lesiones transitorias del nervio recurrente (TT: 2 o 4.16%, TS: 4 o 4.56%; $p = 1$) o definitivas (TT: 1 o 2.08%, TS 3 o 3.40%, $p = 1$), ni en la tasa de hemorragia postoperatoria (TT: 2.08%, TS: 3.4%; $p = 1$).

Conclusiones: La tiroidectomía total no ha tenido mayor tasa de complicaciones que la subtotal, presentando la hipotética ventaja de obviar las recurrencias y de un mejor tratamiento de los carcinomas que incidentalmente puedan aparecer.

Utilidad de la determinación de paratohormona en la cirugía del hiperparatiroidismo primario

Olmos E, Belda I, Muñoz N, Ramírez A, Villar J, Moreno C, Ferrón JÁ

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción. Tradicionalmente el tratamiento del hiperparatiroidismo primario ha consistido en la exploración cervical bilateral, localización de las glándulas paratiroides y exéresis

de las patológicas. Sin embargo, con la mejora de las técnicas preoperatorias de localización glandular, y la posibilidad de determinar intraoperatoriamente los niveles de parathormona (PTH), se puede plantear un abordaje quirúrgico selectivo al confirmar la curación bioquímica del proceso, y minimizar así la morbilidad, duración de la intervención y estancia hospitalaria. Aportamos nuestra experiencia con la determinación intraoperatoria de parathormona en pacientes intervenidos por hiperparatiroidismo primario.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo sobre pacientes intervenidos por hiperparatiroidismo primario por la Sección de Cirugía Endocrina del Servicio de Cirugía General de un Hospital Regional, en el periodo comprendido desde abril del 2002 hasta marzo del 2008, a partir de la base de datos específica elaborada en programa Access por dicha sección. Durante este periodo se ha contado con la posibilidad de determinación rápida de PTH de forma esporádica, hasta febrero de 2007, fecha desde la que se realiza de forma sistemática. En dicho periodo se han intervenido un total de 77 pacientes, de los cuales en 27 se hizo la determinación de PTH intraoperatoria (grupo PTH), y en los 50 restantes no (grupo control). La determinación de PTH se efectúa tomando tres muestras de sangre venosa periférica: una basal antes de la inducción anestésica, otra a los 5 minutos de la exéresis del tejido paratiroideo patológico y otra a los 10 minutos de la misma. Los resultados se comunican de forma inmediata por vía telefónica. Como criterio de curación se ha considerado una disminución mínima al 50% de los valores basales tras 5 o 10 minutos de la extirpación. Las variables de estudio son: edad, sexo, tipo y resultados de las técnicas preoperatorias de localización empleadas, tiempo quirúrgico, intervenciones quirúrgicas asociadas, estancia hospitalaria postoperatoria, morbilidad y resultados a largo plazo (curación, recidiva o persistencia). Para el análisis estadístico de los datos cuantitativos se ha utilizado el test de Student, y el test de Chi-cuadrado para comparación de variables cualitativas. En todos los casos se considerará significativo un valor de $p < 0,05$. El tratamiento estadístico se realizó con el programa SPSS v. 15.0.

Resultados: Las características demográficas de los grupos PTH y control son homogéneas, siendo la edad media de 59,5 años, y el porcentaje de sexo femenino del 83%. La gammagrafía con sestamibi logró la localización preoperatoria de la glándula patológica en el 100% del grupo control y el 85% en el grupo PTH ($p = 0,005$). El tiempo operatorio medio fue similar: 126 minutos para el grupo control y 138 para el grupo PTH ($p = 0,17$). Se realizó abordaje selectivo en un 30% de los controles y un 29% en el grupo PTH. Si no consideramos a los pacientes que precisaban cirugía tiroidea concomitante, el abordaje selectivo se realizó en el 44% de pacientes del grupo PTH, manteniéndose en un 30% en los controles. En el grupo PTH, se observó una disminución del 50% de los niveles basales de PTH a los 10 minutos de la exéresis en los 27 casos (100%). La morbilidad en el grupo PTH fue mayor para la lesión recurrencial (7,4% vs 2% en controles, $p = 0,24$), en los casos con lesión se asoció una hemitiroidectomía derecha y una tiroidectomía total, respectivamente. La estancia postoperatoria media no mostró diferencias significativas, siendo de 2 en el grupo PTH y de 2,4 días en el grupo control ($p = 0,38$). Durante el seguimiento, la persistencia del hiperparatiroidismo

apareció en un 10% del grupo control y en un 0% del grupo PTH ($p = 0,08$). En ningún caso ha existido recidiva ni hipoparatiroidismo permanente.

Conclusiones: La determinación intraoperatoria de PTH ha resultado en nuestro medio una técnica segura, que no alarga excesivamente el tiempo quirúrgico. Su incorporación ha supuesto una mejora en los resultados de la cirugía paratiroidea, consiguiendo la curación bioquímica en el 100% de los pacientes con hiperparatiroidismo primario. La combinación de procedimientos diagnósticos en ausencia de necesidad de cirugía tiroidea concomitante ha permitido el abordaje selectivo con éxito terapéutico en el 40% de los casos.

Experiencia en el tratamiento quirúrgico del feocromocitoma en la era de la laparoscopia.

M, Valle Carbajo, CP, Ramírez Plaza, A, Álvarez Alcalde, J, Carrasco Campos, V, Delgado Bravo, JL, Gallego Perales

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional Universitario de Málaga «Carlos Haya».

Introducción: La laparoscopia es hoy día el «gold-standard» para el tratamiento quirúrgico de la mayor parte de los tumores suprarrenales. Sin embargo, el debate se mantiene aún abierto en lo que respecta al feocromocitoma, sobre todo por las alteraciones hemodinámicas que resultan del neumoperitoneo y de las manipulaciones durante la cirugía. El objetivo de este trabajo es describir los resultados obtenidos con el abordaje laparoscópico del feocromocitoma en la Unidad de Cirugía Laparoscópica de un Servicio de Cirugía General y Digestiva de un Hospital de Tercer Nivel.

Material y métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos de forma electiva de suprarrenalectomía laparoscópica por feocromocitoma en nuestro Servicio de Cirugía General y Digestiva entre Enero-1998 y Diciembre-2007, resultando un total de 11 casos. Se han estudiado de forma descriptiva datos demográficos, estudios diagnósticos, tamaño de glándula extirpada, variables relacionadas con la intervención (tiempo quirúrgico, hemodinámica intraoperatoria y pérdidas hemáticas), complicaciones y estancia. El abordaje utilizado en nuestro grupo es, de forma sistemática, el transperitoneal. Finalmente, se han comparado los resultados con los del grupo de pacientes con feocromocitoma que durante ese período se han operado por vía abierta (9 casos).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 43,9 años (rango de 14-68) y existió una ligera predilección por el sexo femenino (relación 1,19/1). La localización más frecuente ha sido el lado derecho (54,54%) y 4 se localizaban en el lado izquierdo; sólo hemos tenido un caso de feocromocitoma bilateral, el único caso que se ha presentado dentro de un síndrome de neoplasia endocrina múltiple y que fue tratado mediante suprarrenalectomía bilateral también endoscópica. La estancia media postoperatoria ha sido de 6 días (rango de 3-14 días y sin diferencias respecto a la cohorte simultánea de pacientes operados por vía abierta), bajando a tan sólo 4 días para los casos realizados en los últimos 2 años. La mortalidad y las tasas de conversión a cirugía abierta y reintervenciones han

sido nulas, habiéndose presentado complicaciones menores en un 45.45% de los casos.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica para el tratamiento del feocromocitoma suprarrenal es una técnica válida, segura y efectiva, aún incluso también para los casos bilaterales. En nuestra serie, aunque corta, el beneficio en cuanto a menor estancia hospitalaria sólo se he evidenciado en los últimos años, cuando la curva de aprendizaje ha sido superada.

Doce años de experiencia en cirugía laparoscópica de la glándula suprarrenal: de las dudas iniciales a la adrenalectomía en régimen de CMA.

CP. Ramírez Plaza, M. Valle Carbajo, ME (*)
Domínguez López, D, Sánchez Relinque, V, Delgado Bravo, JI. Gallego Perales

Servicios de Cirugía General y Digestiva y Servicio de Endocrinología y Nutrición Clínica. Hospital Regional Universitario de Málaga «Carlos Haya».

Introducción: La laparoscopia se ha convertido hoy día en el procedimiento de elección para el tratamiento de la mayor parte de los tumores suprarrenales, con unos beneficios claramente demostrados. El objetivo de este trabajo es estudiar la evolución del abordaje laparoscópico de la patología adrenal en la Unidad de Cirugía Laparoscópica de un Servicio de Cirugía General y Digestiva de un Hospital de Tercer Nivel.

Material y métodos: Se han revisado de forma retrospectiva todos los pacientes a los que se les ha realizado de forma electiva una suprarrenalectomía por vía laparoscópica en nuestro Servicio de Cirugía General y Digestiva entre Enero-1996 y Diciembre-2007, resultando un total de 63 casos. Se han estudiado de forma descriptiva datos demográficos, comorbilidades asociadas, diagnósticos etiológicos, tamaño de glándula extirpada, técnica quirúrgica, complicaciones y estancia. El abordaje utilizado en nuestro grupo es, de forma sistemática, el transperitoneal.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 49.6 años (rango de 14-70) y existió una ligera predilección por el sexo femenino (relación 1.41/1). La localización más frecuente ha sido el lado izquierdo (66.6%), con sólo un caso de suprarrenalectomía bilateral. Las indicaciones más frecuentes de adrenalectomía han sido, por orden de frecuencia, el incidentaloma (38.09%), el hiperaldosteronismo primario (30.15%) y el feocromocitoma (17.46%). La estancia media postoperatoria ha sido de 3.53 días, con una diferencia clara entre los casos realizados en los 7 primeros años (4.57 días) respecto a los últimos 5 años (2.5 días, con un 41.17% de los casos con menos de 24 horas de estancia hospitalaria y 2 pacientes que pernoctaron en casa). La mortalidad y las tasas de conversión a cirugía abierta y reintervenciones han sido nulas, con sólo un 7.93% de complicaciones menores.

Conclusiones: La cirugía laparoscópica para el tratamiento de la patología quirúrgica suprarrenal es una técnica válida, segura, efectiva y de elección hoy día para la patología benigna. El incidentaloma suprarrenal sigue siendo la indicación más frecuente, seguida de síndrome de Conn y con unos porcentajes cada vez

mayores para el feocromocitoma. Una vez superada la curva de aprendizaje, los tiempos de estancia se reducen y pensamos que pueden aplicarse, en casos seleccionados, los criterios establecidos para realizar esta cirugía en régimen de CMA.

Tratamiento quirúrgico de la patología colónica urgente con lavado intraoperatorio y anastomosis primaria. Experiencia en un Hospital de Tercer Nivel.

Jiménez Mazure C, Ramírez Plaza CP, Carrasco Campos J, Álvarez Alcalde A, Valle Carbajo M, Becerra Ortiz RM, Titos García A, Marín Camero N, Pulido Roa I, Bondía Navarro JA.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional Universitario de Málaga «Carlos Haya».

Introducción: La ausencia de publicaciones con alto nivel de evidencia que establezcan una actitud dogmática definitiva sigue condicionando hoy día la elección de la técnica quirúrgica en la patología colorrectal urgente, ya sea su etiología inflamatoria, traumática o neoplásica. El objetivo de este estudio es revisar nuestra experiencia y resultados en aquellos casos en los que hemos empleado la técnica del lavado intraoperatorio de colon y una anastomosis primaria en el tratamiento de la patología urgente del colon.

Material y métodos: Se han revisado de forma retrospectiva todos los pacientes intervenidos con carácter de urgencia de patología colónica en los que se realizó una anastomosis primaria precedida de un lavado intraoperatorio de colon durante el período comprendido entre Enero-2000 y Diciembre-2007, un total de 46 casos. Se han estudiado de forma descriptiva los datos epidemiológicos, la etiología, los métodos diagnósticos utilizados, la extensión de la cirugía realizada, la estancia y complicaciones postoperatorias y, el tiempo de seguimiento.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 60.67 años (rango de 30-81) y existió una ligera predilección por el sexo femenino (52.17%). En la mayoría de los casos se trataba de una neoplasia complicada de colon izquierdo (80.43%), siendo los casos restantes diverticulitis aguda complicada (13.04%), traumatismo colónico (2.17%), estenosis benigna postoperatoria (2.17%) y una endometriosis de colon (2.17%). En más de la mitad de los casos no hubo ninguna complicación postoperatoria (54.34%) y el 19.65% presentó solamente una infección superficial del sitio quirúrgico. Cinco pacientes (10.86%) presentaron una fístula anastomótica de bajo débito que se resolvió con tratamiento médico conservador y sólo en 2 casos (4.34%) fue precisa una reintervención para realizar una colostomía terminal, siendo la mortalidad postoperatoria de la serie nula. La estancia postoperatoria media global fue de 16.65 días, siendo sólo 9.32 días en los casos que no presentaron complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: En nuestra experiencia, y en función de los resultados reflejados, el lavado intraoperatorio de colon con anastomosis primaria en cirugía urgente ha demostrado ser una técnica eficaz, reproducible y recomendable. Con estos resultados creemos que es una opción terapéutica que debe potenciarse en nuestro ámbito laboral.

Refuerzo de anastomosis con esponja reabsorbible con colágeno y fibrinógeno en ratas.

J. M. Suárez Grau, C. Bernardos García, F. Docobo Duránte, J. A. Martín Cartes, F. Palma Ramírez, C. Rubio Cháves, I. Alarcón del Agua, M. D. Álvarez Marchena, M. Bustos Jiménez, M. D. Casado Maestre, Hissnard Cadet Dussort, Salvador Morales Méndez

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La fuga anastomótica en el sistema gastrointestinal junto con su morbilidad y mortalidad son todavía los principales problemas en la cirugía de vísceras huecas. La incidencia de la fuga del anastomótica sintomática en la cirugía es aproximadamente 4-8%. Varios métodos han sido sugeridos para reducir las deficiencias y las fugas anastomóticas, una nueva corriente utiliza adhesivos con fibrina para reforzar la sutura.

Objetivo: Queremos destacar la posibilidad de usar una esponja de colágeno con trombina y fibrinógeno como sellante o refuerzo de zonas afectadas de víscera hueca donde realizamos una sutura, con dos intenciones: aportar factores de crecimiento en la zona afectada para favorecer una rápida reconstrucción del tejido y por otra parte aportar factores de coagulación para evitar el sangrado de las zonas suturadas que puedan agravar e postoperatorio precoz con sangrado de las suturas o anastomosis.

Material y Métodos: Utilizamos ratas Wistar blancas (n=20), realizándole una colectomía de 3cm en la porción ascendente colónica, tras el apéndice cecal. Se cerró la anastomosis con sólo 2 puntos simples, uno en borde mesentérico y otro en el antimesentérico, quedando un defecto de más de 1cm a cada lado de la anastomosis (anastomosis precaria). Se colocó una lámina de 3cm de Tachosil recubriendo la zona anastomótica. En total 20 ratas, con una supervivencia de 12, y mortalidad de 8. Se realizó el estudio experimental en 3 series con iguales condiciones salvo que las dos primeras series las realizaron cirujanos distintos (uno había usado previamente el Tachosil y otro no), y la última serie los dos cirujanos juntos. La primera serie: 6 ratas, 4 vivieron más de 48 horas, con solo 1 plastrón al sacrificarlas, sólo 2 muertas. La segunda serie realizada: 8 ratas, de las cuales vivieron 4, (1 con estenosis y 1 con un plastrón en la necropsia), murieron 4 por fuga anastomótica. La última serie realizada: 6 ratas, de las cuales sólo vivieron 4, más de 14-15 días, 2 muertas por fuga anastomótica.

Discusión: El uso del Tachosil® ha sido comprobado con muy buenos resultados en la hemostasia de lesiones sangrantes durante la cirugía, sobre todo de órganos intraabdominales macizos, destacando en la cirugía hepática y del bazo. En nuestro Servicio de Cirugía General es utilizado en cirugía hepatobiliar y cirugía de urgencia ante lesiones sangrantes activas, obteniéndose óptimos resultados en el control del sangrado y en cirugía hepática tanto de urgencia como programada en el control de las fugas biliares postoperatorias.

Conclusiones: Nos parece efectivo el uso alternativo de este producto (Tachosil®), como refuerzo de las suturas gastrointestinales. Hasta ahora la experiencia se limita a casos clínicos y experiencias personales, por lo que creemos necesario la realización de un estudio experimental y posteriormente un estudio

en humanos bien controlado para establecer claramente su eficacia. Debemos resaltar que la efectividad del sellante depende en gran medida de la experiencia del cirujano a la hora de colocarlo. No obstante la lógica y los buenos resultados hasta la fecha pensamos que justifican su uso en situaciones de urgencia o de alto riesgo para evitar complicaciones en el postoperatorio inmediato que obliguen a una reintervención.

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 o 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 resecaron bullas apicales en 9 casos, tan sólo en un caso se resecó 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 indicando en pacientes que presentan neumotórax primario recidivado, fístulas prolongadas más de 4 días, falta en la re-expansión del pulmón posterior a la toracostomía o presencia de bullas en el TAC torácico. El uso de la toracoscopia aporta una serie de ventajas características de los métodos poco invasivos como son: menor dolor, menor tiempo de recuperación, menor estancia hospitalaria y siempre realizando el mismo procedimiento que en la cirugía convencional. Creemos que

nuestros resultados son satisfactorios, aunque debemos reducir la estancia hospitalaria.

Experiencia en la implantación de catéteres peritoneales

M. Gutiérrez Moreno, J. Cañete Gómez, A. Muñoz Ortega, V. Gómez Cabeza de Vaca, M.J. Tamayo López, F. Docobo Durantez.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Nuestra experiencia en la implantación de dos tipos de catéteres peritoneales Tenckhoff.

Objetivos: Valorar las complicaciones a corto y largo plazo dependiendo del tipo de catéter implantado.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 124 catéteres peritoneales implantados entre enero de 2000 y diciembre de 2007. Grupo I: 42 catéteres Tenckhoff de dos cuff. Grupo II: 68 catéteres Tenckhoff de dos cuff y con lastre distal. No incluidos en ningún grupo: 14. Anestesia local en el 8%, local y sedación en el 27%, general en el 27% y raquídea en el 38%.

Resultados: Complicaciones más frecuentes presentadas en la primera semana del postoperatorio: dolor en 11 casos (8.8%); mal funcionamiento en 4 (3.2%); sangrado de la herida quirúrgica en 3 (2.4%) y fuga por el catéter en 3 (2.4%). Ninguna complicación en la primera semana del postoperatorio en 63 catéteres implantados (50.8%); ninguna en el 64.28% de los catéteres del grupo I (27) frente al 44.11% del grupo II (30 catéteres). Recambios 22 (21,56% de los 102 implantados de manera inicial) y retirada definitiva en 26 (20.96% de los 124 totales).

Conclusiones: Los resultados son superiores a los presentados en el estudio de la Edtna Erca J (1). Se retiraron en 7 años el 6.45% del total de catéteres implantados (8 casos) por no ser funcionantes desde el primer momento de su colocación, cifra que se encuentra dentro de las señaladas por las Guías de Práctica Clínica (2) en DP publicadas por la Sociedad Española de Nefrología en 2005.

Estudio Histórico / Legal de la creación y desarrollo de la Sanidad Nacional desde 1800 a 1.904

J.M. Ortega Segura, I. Ortega Segura, B. Carmona García, J.M. Ortega Bevià

Departamento de Cirugía de la Universidad de Sevilla

Introducción: En el momento actual, el ámbito médico conoce de forma mas o menos profunda el sistema sanitario a través del cual todos ejercemos nuestra atención a los pacientes en el contexto de nuestra Comunidad Andaluza (SAS) e incluso, por comparación, los de otras Comunidades Autónomas a las que se les hubiera, en su caso, transferida estas competencias. De cualquier forma, hoy en día nos encontramos inmersos en un sistema Sanitario Nacional cuyo elemento básico de control y coordinación recae en el Ministerio de Sanidad a nivel Estatal. Derivado del mismo, existen un conjunto de Comunidades Autónomas a las que les ha sido transferido

por el Estado las competencias sanitarias ven su territorio en el marco de la Ley General de Sanidad y otras (las menos) que aún carecen de esas competencias dependiendo de orgánicamente su asistencia sanitaria de las disposiciones ministeriales.

Algunos, los mas antiguos, podríamos recordar otros sistemas sanitarios Como la antigua red de Beneficencia (por provincias y dependiente de entes administrativos locales) o bien el Instituto Nacional de Previsión o su posterior evolución el INSALUD, estructuras ambas que todos siempre hemos relacionado con un comienzo organizado de la asistencia sanitaria a nivel nacional.

Objetivos del Estudio: Analizar las sucesivas normativas legales que sientan las bases y desarrollan inicialmente la sanidad a nivel nacional desde su mas antigua concepción en el tiempo, esto es, desde el año 1.800 siguiendo su desarrollo histórico/legal hasta el año 1.900, lo que nos llevará a una mejor comprensión de los sistemas actuales de asistencia sanitaria.

Material y Método: Hemos revisado, analizando su contenido, toda la legislación existente en relación con el desarrollo de la Sanidad en nuestro país en el periodo que hemos definido (1.800-1.900) estudiando su carácter organizativo y sus modificaciones sucesivas en la búsqueda de un sistema mas eficaz y eficiente.

Resultados: De esta forma se analizan los contenidos de la "Ordenanza de la Sanidad Marítima y Terrestre" de Carlos IV base de la posterior normativa que surge de la "Constitución Política de la Monarquía Española" emanada de las Cortes de Cádiz, aprobada el 18 de Marzo de 1.812 y publicada con fecha de 19 de Marzo, en la que cabe reseñar lo contenido en su Capítulo II del Título VI y específicamente el art.335 (competencia de las Diputaciones provinciales), el Capítulo VII (art. 131 "De las Competencias de las Cortes" y art. 131). Igualmente el desarrollo del marco legal constitucional que constituye el "Proyecto de Ley Orgánica de la Sanidad Pública de la Monarquía Española" que se publica 2 años después. De igual manera se analiza el contenido lo contenido en la "Ley de Beneficencia" de 1.822 auspiciada por Benito Puentes y el Proyecto de Código Sanitario de la Monarquía Española de 1.822 (que no se aprueba por el Consejo del Reino, al igual que el "Proyecto de Ordenanza General de Sanidad" de 1.823, sufriendo igual suerte que los anteriores el nuevo intento que se realiza con el "Cuerpo Legal" de 1.839. Una nueva normativa legal en forma de Real Orden de fecha 26 de Marzo de 1.847, es el "Reglamento sobre Organización y Atribuciones del Consejo y las Juntas de Sanidad" que es continuado con el "Reglamento para las subdelegaciones de Sanidad del Reino" que se publica el 24 de Julio de 1.848. Constituye un nuevo paso la "Ley General de Sanidad" de 28 de Noviembre de 1.855, al que siguen disposiciones aprobatorias o derogatorias como la "Dirección general de Beneficencia y Sanidad" de 1.857, que es suprimida posteriormente por la R.O. de 20 de Diciembre de 1.892, terminado nuestro estudio con la "Instrucción General de Sanidad" de 1.904

Resultados: siendo especialmente complejo el tema y su desarrollo, podemos sumariamente exponer que del estudio comparativo de las normativas citadas hemos obtenido los diferentes sistemas organizativos propuestos, sus fines y posibilidades de desarrollo en unas épocas sumidas en graves pandemias.

Valoración comparativa entre Coste, Eficacia y Productividad de las áreas quirúrgicas en un hospital de tercer nivel durante los bienios 2.001/2.002 y 2.005/2.006.

I. Ortega Segura, J.M. Ortega Segura, B. Carmona García, J. Díaz Oller, J.M. Ortega Bevià

Departamento de Cirugía de la Universidad de Sevilla y Servicio de Cirugía del Hospital de Linares (Jaén)

Introducción: A lo largo de los diez últimos años han venido produciéndose un importante número de transformaciones tanto en las formas como en el sistema de atención de los pacientes quirúrgicos, en los ámbitos hospitalarios, que han tenido como base tres objetivos específicos:

1. Mantener y mejorar la asistencia sanitaria de una actividad que se incrementa paulatinamente con el paso del tiempo
2. Acortar los periodos de espera para la atención quirúrgica de los pacientes, esto es acortar el tiempo de espera tras la inclusión de ellos en la lista de Demanda Quirúrgica.
3. Disminuir racionalmente el gasto por paciente manteniendo la calidad asistencial.

Así, se han ido implantando nuevos programas de atención para determinadas patologías de mayor o menor complejidad, tales como la Cirugía Mayor Ambulatoria, la Cirugía sin ingreso, o lo que podríamos denominar genéricamente equipos de atención quirúrgica desplazada o móviles, que todos conocemos. Los últimos pasos ha sido la constitución de las Unidades Clínicas de Gestión que de algún modo remedan en un marco más circunscrito la autogestión de los centros hospitalarios (concertos, empresas públicas etc...) y los que conocemos todos como "chares". Todas estas modificaciones

en mayor o menor medida porcentual buscan la consecución de cualquiera o la totalidad de los fines referidos. La aparición en la gestión de los hospitales de los "contratos /programas" o la firma con la dirección del centro de "objetivos/año" sobre la base de un acuerdo mercantil de alguna manera entendible, cierran el marco de la asistencia quirúrgica de nuestros hospitales en lo que ha sido un proceso progresivo de implantación y desarrollo a lo largo de estos últimos años.

Hipótesis de Trabajo: Entendemos que la instauración y perfeccionamiento en el tiempo de nuevas formas de atención quirúrgica nuestros centros hospitalarios debe redundar básicamente sobre dos ejes fundamentales:

1. Mayor número de pacientes atendidos e intervenidos quirúrgicamente de sus patologías (producción)
2. Menor costo en la atención de los mismos (mejora en la inversión)

Material y Método: Se ha revisado dos bianualidades distintas (2.001/2.002 y 2.005/2.006) incorporando a ellas la totalidad de los pacientes de ámbito quirúrgico que fueron atendidos en el centro, desde su estudio en consultas externas hasta su alta en consultas post-operatorias (68.861 intervenciones sobre un total de 1.596.698 asistencias en consultas externas en el primer bienio vs. 83.442 intervenciones y 854.991 visitas a consultas externas) y hemos calculado el gasto medio por paciente en cada uno de los periodos a estudio tanto anual como bianual, a fin de establecer un diagrama comparativo que permita apreciar o no nuestra formulación hipotética.

Resultados: De forma genérica podemos afirmar que el estudio que hemos realizado confirma la hipótesis de trabajo. Puntualmente esta mejora global en la atención de os pacientes ha tenido algún grado de desviación justificable en base a recursos.

COMUNICACIONES EN PÓSTER

Hígado, vías biliares, páncreas y bazo

Quiste de coledoco tipo IC y cistoadenoma seroso pancreático

JM. Ramia, P. Veguillas, JE. Quiñónes, M. Marqueta, R. Puga, V. Arteaga, JC. Jurado, J. García Parreño

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara

Introducción: El quiste de colédoco es una patología muy infrecuente (1/150000 nacimientos) que predomina en el sexo femenino. Habitualmente se diagnostica en la infancia. La etiología se desconoce y se asocia a alteraciones en la unión biliopancreática. Clasificados por Todani en 1977, el más frecuente es el tipo I (dilatación fusiforme del colédoco) (90% del total). Su asociación con tumores quísticos de páncreas es excepcional. Presentamos una paciente afecta de quiste de

colédoco tipo Ic y tumoración quística de páncreas, aportando iconografía y debatiendo las opciones terapéuticas.

Caso clínico: Mujer, 38 años, sin antecedentes de interés, acude al Servicio de Urgencias por dolor epigástrico tras la ingesta de antibióticos. EF: abdomen blando, depresible y levemente doloroso en epigastrio. Analítica: leucocitos 13190/l, Hgb: 10.8 gr/dl, bioquímica hepática normal, excepto hiperamilasemia 434 U/l. Ecografía: posible quiste de colédoco. Cclangio RMN: imagen quística de 5 x 3 cm en la zona correspondiente a la vía biliar (quiste de coledoco tipo I). No hay coledocolitiasis. Ligera ectasia coledociana en placa hiliar. Imagen quística en la cabeza del páncreas de unos 2 cm compatible con cistoadenoma seroso. Se interviene y se observa un quiste de coledoco tipo Ic. se realiza colecistectomía, resección completa de la vía biliar extrahepática y hepaticoyeyunosto-