

X Reunión de la Asociación Andaluza de Cirujanos

Comunicaciones

Endometriosis de afectación extragenital

L. Tallón Aguilar, Z. Valera Sánchez, M. Flores Cortés, F. López Bernal, E. Prendes Sillero, F. Pareja Ciuró

Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La endometriosis afecta al 5-15% de las mujeres premenopáusicas. La afectación extragenital no es infrecuente (3-37%), siendo la digestiva la más habitual.

Material y métodos: Hemos analizado casos de endometriosis extragenital de los 5 últimos años (n=39), estudiando edad, localización, antecedentes, sintomatología, pruebas complementarias, concordancia clínico- patológica, técnica quirúrgica, estancia y seguimiento.

Resultados: La localización más frecuente es el apéndice cecal y sigma (34,69 y 17,94%). El síntoma más frecuente es dolor abdominal (53,84%), seguido de alteración del tránsito intestinal y tumoración abdominal (34,69% y 17,94%). Existe concordancia diagnóstica prequirúrgica en el 25,6% y postquirúrgica en el 53,84%, siendo casual en el 20,51%. Estancia media de 6,37 días (rango 0-54) y 5,12% de régimen CMA. Ha existido un 10,25% de recidivas y un 12,82% de reintervenciones, sin éxitos.

Conclusión: Se debe sospechar en pacientes de sexo femenino con dolor abdominal y alteraciones del tránsito, con antecedentes ginecológicos y 3.^a-4.^a década. Su diagnóstico es complejo, con alto porcentaje de hallazgo casual.

Eventroplastia laparoscópica y MOTIF mesh

J. Guadalajara Jurado, J. Bellido Luque, J. R. Naranjo Fernández, I. Durán Ferreras, R. Moreno Romero, E. Ruiz Lupiáñez

Servicio Cirugía. Hospital de Riotinto. Huelva

Introducción: MOTIF mesh es una malla de PTFE condensado de amplio poro y bajo perfil, que por sus características presenta una serie de ventajas en la reparación de las eventraciones por vía laparoscópica.

Material y métodos: Paciente de 55 años con antecedentes de hernioplastia umbilical utilizando tapón de polipropileno diez años antes, que presentaba una eventración de 3x3 cm en la porción craneal de la reparación previa. Se realizó eventroplastia por vía laparoscópica utilizando una malla de PTFE-c de amplio poro de 12 x 12 cm., fijándola a la pared abdominal con un número reducido de tackers en doble corona y fibrina autóloga.

Conclusiones: La malla de PTFE-c de bajo perfil permite una más fácil introducción de la misma en cavidad abdominal

La amplitud de los poros de esta malla permite la introducción a través de los mismos del aplicador de fibrina autóloga lo cual facilita la utilización de esta técnica en la sujeción de la malla a la pared abdominal

El alto grado de memoria de la malla hace que sea recomendable utilizar varios puntos de sutura transabdominales para la fijación inicial de la malla a la pared abdominal

Factores asociados a los tumores de novo del trasplante hepático

L. Tallón Aguilar, L. Barrera Pulido, C. Bernal Bellido, G. Suárez Artacho, J. M. Álamo Martínez, F. Pareja Ciuró, I. García González, J. Serrano Díaz-Canedo, M. A. Gómez Bravo

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Los pacientes sometidos a trasplante hepático tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer consecuencia principalmente del tratamiento inmunosupresor que reciben, viéndose también implicados otros factores como la infección por CMV o la causa de la cirrosis pretrasplante.

Material y métodos: Analizamos toda la serie de pacientes sometidos a trasplante hepático de nuestro hospital desde el año 1990 hasta hoy, con un total de casi 700 trasplantados. Hemos analizado la incidencia de aparición de tumores de novo, su localización, tiempo transcurrido desde el trasplante, tratamiento realizado, supervivencia, tasa de recurrencia y factores que hayan podido influir en su aparición (tratamiento inmunosupresor, edad donante, causa del trasplante, infección por CMV...).

Resultados: La serie está compuesta por 64 casos de tumores desarrollados en 50 trasplantados hepáticos con una incidencia cercana al 7%. Los tumores de piel son los más frecuentes (39,06%), seguidos por los de la región ORL (15,62%), pulmón (14,06%) y gastrointestinales (9,37%). El tiempo de evolución medio desde el trasplante hasta el diagnóstico de certeza del tumor es algo inferior a los 4 años (47,74 meses) con un rango de 6 - 200 meses. La tasa de recurrencia es del 16%.

Discusión: La incidencia de tumores de novo en nuestra serie de trasplante hepático está acorde con la literatura descrita. Comparándolo con la inmunosupresión y el tiempo de duración de la misma, a pesar de analizar otros muchos factores que puedan influir en su aparición, ninguno es por si mismo tan determinante como éste.

Inyección percutánea de trombina como tratamiento del pseudoaneurisma femoral

L. Tallón Aguilar, D. Molina García, J. M. Sánchez Rodríguez, C. Martín García, E. Bataller de Juan, J. J. Castilla Carretero, M. A. Canalejo Raya, A. Sánchez Guzmán, J. Ponce González, F. T. Gómez Ruiz

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La incidencia del pseudoaneurisma de la arteria femoral después de cateterización cardiaca es baja, por encima del 1% en estudios diagnósticos, incrementando hasta el 3,2% cuando existe actuación terapéutica.

La trombina ha sido usada durante años para la hemostasia local, así como en pruebas de coagulación. Otra utilidad es el manejo del pseudoaneurisma mediante su inyección percutánea.

Material y métodos: Presentamos un caso de una mujer de 70 años que presenta un pseudoaneurisma de la arteria femoral derecha que tras fallar las maniobras de compresión mecánica del mismo se decide realización de inyección percutánea de trombina dirigida por ecografía.

Resultados: En el caso que se presenta la resolución del pseudoaneurisma femoral es inmediata evidenciándose a la misma sin existir complicaciones posteriores con buena evolución.

Discusión: La inyección de trombina dirigida por ecografía es una técnica de reciente aparición que representa una alternativa a los tratamientos habituales. Asocia una elevada eficacia (>94%) y un bajo grado de complicaciones (2%).

Manejo laparoscópico de las lesiones del ángulo esplénico

J. Bellido, J. J. Guadalajara, I. Durán, J. R. Naranjo

Hospital Comarcal de Rio Tinto. (Huelva)

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 métodos: 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 mamelonada 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 cm, 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 5.º 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

Neumoperitoneo yatrogénico de causa torácica

L. Tallón Aguilar, M. López Porras, J. M. Suárez Grau, J. L. García Moreno, F. Pareja Ciuró, M. Pérez Andrés

Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: A pesar de lo que habitualmente presuponemos, el neumoperitoneo como hallazgo radiológico aislado tiene escasa sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la perforación de víscera hueca, pudiendo ser la causa de otro origen como la cavidad torácica.

Material y métodos: Presentamos los casos de dos pacientes con cuadros clínicos muy parecidos, ya que ambos presentan neumoperitoneo como hallazgo en las pruebas de imagen, con exploración abdominal anodina que no resultaron ser de origen abdominal.

Resultados: En ambos casos, nos encontramos con pacientes jóvenes que presenta en común una intubación orotraqueal complicada y una ventilación mecánica, encontrándose neumoperitoneo en técnicas de imagen como hallazgo casual y sin sintomatología ni focalidad abdominal. Se realiza tratamiento conservador, con buen criterio, tal y como la evolución posterior nos ha demostrado.

Conclusiones: Las causas intratorácicas de neumoperitoneo ocupan el segundo lugar en frecuencia, siendo la ventilación mecánica la causa más probable de origen torácico, seguido del masaje cardíaco y el neumotórax. El aire atraviesa el diafragma hacia cavidad abdominal filtrándose igual que ocurre con el líquido ascítico cuando produce derrame pleural.

Nuestra idea, tal y como representamos en los casos descritos, es que no debemos limitar nuestra actitud basándonos sólo en las pruebas de imagen, sino que la clínica y la exploración física deben ser los pilares básicos en que apoyemos nuestras indicaciones quirúrgicas.

Utilización de fibrina autóloga en la fijación del injerto cutáneo

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

Servicio de Cirugía. Hospital de Riotinto. Huelva

Introducción: La fibrina autóloga (Vivostat) esta siendo utilizada de una forma cada vez más extendida en la fijación de las mallas a la pared abdominal en la cirugía herniaria y como sellante de anastomosis en la cirugía digestiva. Nuestro grupo ha comenzado a utilizar la fibrina autóloga en la fijación de los injertos cutáneos

Material y métodos: Se trata de un varón anciano con un tumoración en cuero cabelludo de 3 cm de diametro al que se realizó exeresis con un margen de 1 cm. y reparación con injerto de espesor parcial fijado con fibrina autóloga (Vivostat) y un mínimo numero de puntos de sutura

Conclusiones: La utilización de Vivostat permite una reducción en el tiempo quirúrgico dada la rapidez de su aplicación y el número reducido de puntos de sutura que se utilizan

La fibrina autóloga permite una mejor y más rápida hemostasia del lecho lesional lo que favorece por otro lado la fijación del injerto

El motivo principal de utilizar esta técnica es obtener un porcentaje mayor de injertos prendidos y aunque unicamente podemos en este momento hacer comentarios descriptivos, nuestra sensación es que la fibrina autóloga favorece la integración del injerto realizado.