

XII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE CIRUJANOS

Torremolinos, 15 – 17 Junio 2011

C O M U N I C A C I O N E S

COMUNICACIONES ORALES

Morbilidad perioperatoria en cirugía bariátrica laparoscópica. Experiencia en nuestra unidad

Alberto Titos García, Francisco Javier Moreno Ruiz, , Alberto Rodríguez Cañete, Jose Luis Gallego Perales, Blas López Rueda, Jose Antonio Bondía Navarro, Beatriz García Albiach, Tatiana Prieto-Puga, Julio Santoyo Santoyo

H.R.U. Carlos Haya (Málaga). Málaga

Introducción: La cirugía bariátrica es uno de los procedimientos hospitalarios que más ha crecido en los últimos años, sobre todo a partir de la incorporación de la laparoscopia que ha demostrado ser una técnica con un reducido índice de complicaciones. Los centros acreditados en cirugía bariátrica establecen como prioridad la efectividad y seguridad de estos procedimientos. El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia en cirugía bariátrica laparoscópica en nuestro hospital, y valorar la morbilidad perioperatoria comparándola con los estándares en esta cirugía.

Material y métodos: Presentamos un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestra unidad de cirugía bariátrica durante el período comprendido entre 2006 y 2010, siendo un total de 92 casos. Las técnicas quirúrgicas utilizadas han sido bypass gástrico, gastroplastia vertical y reconversión de banda gástrica a bypass, todas ellas realizadas por vía laparoscópica. Se han revisado los datos demográficos, tipo de cirugía, estancia postoperatoria, complicaciones perioperatorias, reingreso y necesidad de reintervención.

Resultados: La edad media de los pacientes ha sido de 44,89 años (rango de 19-64 años) con un claro predominio del sexo femenino (81,52%). El índice de masa corporal medio (IMC) fue de 52,49 (rango de 37,5-78). La técnica quirúrgica mas empleada fue el bypass gástrico laparoscópico en el 90,2% y la estancia media postoperatoria ha sido de 5,08 días (rango de 2-35). La morbilidad total perioperatoria fue del 14,13%, con aparición de sangrado (4,35%), absceso intraabdominal (1,09%), fuga anastomótica (9,78%), complicaciones respiratorias (1,09%); y ningún caso de infección de sitio quirúrgico,

complicación cardiaca ni renal. Tuvimos 2 reingresos y 5 reintervenciones (5,43%) por fuga anastomótica. Solo hubo un caso de mortalidad que fue intraoperatoria (1,09%).

Conclusiones: 1) La cirugía bariátrica laparoscópica es una técnica segura con baja morbimortalidad asociada. 2) Nuestros resultados son extrapolables a los estándares en esta cirugía.

Resección quirúrgica y miotomía del cricofaríngeo para el tratamiento del divertículo de Zenker . ¿Es actualmente el mejor tratamiento?

Cañete-Gómez J (*), Ramírez-Plaza CP (*), Segura-Sampedro JJ (*), López Rueda B (**), Ibañez-Delgado F (*), Vázquez-Medina A (*), Hernández de la Torre-Bustillo JM (*), Alcántara-Gijón F (*), Bondía-Navarro JA (**), Padillo-Ruiz FJ (*).

(* Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío V de Sevilla. (** Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Regional Universitario de Málaga Carlos Haya). Sevilla/Málaga

Introducción: El abordaje clásico para el tratamiento del divertículo de Zenker (DZ) ha sido la miotomía del cricofaríngeo (MCF), discutiéndose la necesidad o no de resecarlo (diverticulectomía o diverticulopexia, respectivamente) a través de una incisión cervical. Sin embargo, la evolución de las técnicas endoscópicas, con unos resultados funcionales superponibles al tratamiento quirúrgico y los beneficios de un tratamiento mínimamente invasivo, está obligando a replantear las estrategias de tratamiento. Presentamos la serie nacional más importante de diverticulectomía y MCF, y revisamos su papel considerando la literatura reciente publicada.

Método: estudio observacional retrospectivo y descriptivo de 33 pacientes a los que se realizó, de forma simultánea entre Enero-1998 y Diciembre-2010, diverticulectomía y MCF para el tratamiento de DZ en los Hospitales Universitarios jVirgen del Rocío V de Sevilla y Carlos Haya C. La variable resultado

del estudio ha sido la morbilidad perioperatoria y las variables predictoras independientes que se han estudiado han sido las epidemiológicas (edad y sexo), la presencia y cantidad de comorbilidades, el tamaño del DZ, el año de la cirugía y técnica de diverticulectomía. El análisis estadístico se realizó usando el programa SPSS 17.0 para Windows, considerando la $p < 0.05$ como significativa. Finalmente, hemos llevado a cabo una revisión minuciosa de toda la literatura publicada sobre tratamiento del DZ.

Resultados: la edad media fue de 63 años (rango de 40-88) y en el 66.6% el sexo masculino (relación 2/1), presentando el 63.3% al menos una comorbilidad asociada. Diecisiete casos (51.51%) fueron tratados en el Hospital Carlos Haya C de Málaga y 16 (49.49%) en el Hospital Virgen del Rocío V de Sevilla. El tamaño medio del DZ ha sido de 4.5 cm (rango de 2-8.5). La técnica de diverticulectomía empleada en la mayoría de los casos ha sido la mecánica (84.86%), y sólo en 5 pacientes se hizo sutura manual. Aunque no hubo mortalidad, la tasa de morbilidad global de la serie fue del 27.27% (9 casos), correspondiente siempre a fístula esófago-cutánea. La estancia media postoperatoria global fue de 11.24 días (rango de 1-37) y ninguna de las variables estudiadas como predictoras en el análisis bivalente demostraron tener impacto estadístico en la morbilidad. Tras una mediana de seguimiento de 44 meses (rango de 6-192), ningún paciente ha experimentado recidiva del DZ clínica ni radio lógica.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la diverticulectomía asociada a MCF es una buena técnica para el tratamiento del DZ, con excelentes resultados clínicos y funcionales a medio y largo plazo, pese a que la morbilidad mayor en forma de fístula esófago-cutánea ha sido alta. La baja tasa de complicaciones y buenos resultados funcionales que se han comunicado ya por muchos grupos extranjeros con las técnicas endoscópicas, especialmente la divertículo-esofagostomía con endoGIA de 30 mm, nos debe obligar a plantearlas como la primera opción en la actualidad. Por ello, en nuestra opinión, la cirugía debería pasar a ser una alternativa de segunda línea hoy día en el tratamiento del DZ.

Abordaje laparoscópico del úlcus duodenal perforado

Hernandez Carmona J.M.; Oehling de los Reyes H.; Perez Lara F.J.; Marin Moya R.; Del Rey Moreno A.; Doblas Fernández J.; Castro Santiago M.J.; Galeote T.; Mata J.M.; Oliva Muñoz H.

Hospital de Antequera. Málaga

Introducción: El abordaje laparoscópico de las urgencias abdominales es posible del mismo modo que en cirugía programada. En las perforaciones de úlcus duodenal el cierre de la perforación con epiploplastia, es una técnica sencilla, segura y reproducible.

Objetivos: Presentar la experiencia propia de un Servicio de Cirugía General y Digestiva en los últimos 5 años en el tratamiento del úlcus duodenal perforado mediante abordaje laparoscópico.

Paciente y métodos: Se analizan retrospectivamente 27 pacientes intervenidos con una media de edad de 50 años (28 ? 82); 3 mujeres y 24 varones. El 60% de los pacientes eran

consumidores de alcohol y tabaco. La sutura de la perforación y epiploplastia fue la técnica utilizada en todos los casos

Resultados: El tiempo quirúrgico medio fue de 75 minutos. La conversión a cirugía abierta ocurrió en un solo paciente. Complicaciones posoperatorias: 2 fístulas de bajo débito resueltas con tto conservador, 1 colección intrabdominal drenada percutáneamente. La estancia hospitalaria media fue de 7,2 días.

Conclusiones: El tratamiento laparoscópico del úlcus duodenal perforado es seguro y factible. Con el abordaje laparoscópico evitamos la laparotomía, lo que redundaría en disminución del dolor posoperatorio, eliminar la posibilidad de infección posoperatoria y de eventración, disminuir las complicaciones respiratorias y acortar el tiempo de baja laboral

Factores pronósticos en el tratamiento del adenocarcinoma gástrico

B. Claro, J. Aguilar, A. Brox, P. Martínez, Ml. Ruiz, S. Lazo
Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Objetivos: La clasificación TNM sigue siendo el mejor método de evaluación de la extensión tumoral del adenocarcinoma; sin embargo la dificultad de evaluación de la N ha condicionado las diversas modificaciones. Nuestro objetivo es demostrar el peso del IG en la evaluación de la N y en el pronóstico del tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma gástrico.

Material y método: Analizamos una serie de 138 casos de adenocarcinoma gástrico resecaos en el periodo 2000-2004, clasificados según se obtengan <15 ganglios, 15-25 ganglios o >25 ganglios, aplicando en cada estadio y a cada grupo el IG para relacionarlos con la N y la supervivencia.

Resultados: 64,5% son hombres y 35,5% mujeres, con una edad >60 años:71% y <40 años:1,5%. La localización más frecuente fue antro(51,4%) , practicándose gastrectomía total en el 63% y subtotal en el 34,8%, con linfadenectomía D1:34,8% y D2:65,2%. La distribución por estadios y supervivencia a 5 años se muestra en la tabla siguiente: Is:2,9%(100%), IA:2,9%(100%), IB:10,1%(92,9%), II: 18,8%(53,7%), IIIA: 20,3%(35,7%), IIIB: 5,1%(0%), IV: 25,4%(2,9%), Inclasificables:14,5%(21%). La supervivencia real del grupo de inclasificable se ajusta mucho más a la que corresponde al IG que al que le corresponde por estadio de la 6ª edición. La supervivencia atendiendo al IG fue:73,7% en IG 0; 50% en IG <0,2; 12,5% en IG:0,2-0,6 y 0% con IG>0,6. Si hallamos la supervivencia según IG en relación al número de ganglios extirpados, observaremos como a medida que se extirpan más ganglios los índices ganglionares son menores , así con >25 ganglios se obtiene un IG< 0,2 en el 67,3%, mientras si se extirpan <15 ganglios el IG <0,2 es del 26,1%. La correlación del IG con la N hace de éste un factor muy importante en la valoración de la misma, así en N1 el 78,4% tienen un IG <0,2; en N2 el 76,0% tienen un IG:0,2-0,6 y en N3 el IG es >0,6 en el 100%

Conclusiones: 1.- La magnitud de la resección gástrica, en sí, no tiene repercusión sobre la supervivencia del adenocarcinoma gástrico. 2.- El estadio es factor pronóstico dependiente e independiente. 3.- El tipo de linfadenectomía es otro factor pronóstico dependiente e independiente. 4.- El análisis de los diferentes factores analizados nos permite afirmar que el

factor más determinante en el pronóstico del adenocarcinoma gástrico es el Odds Ratio o IG, que tendrá más valor cuanto mayor sea el número de ganglios extirpados. 5.- La evidencia del IG como el parámetro con mayor significación estadística en la evaluación de la N tumoral alcanza su máxima exactitud cuanto mayor es el número de ganglios extirpados, proponiendo la inclusión del IG como factor corrector de la clasificación TNM

Resultados preliminares de la gastrectomía vertical laparoscópica en una unidad cirugía bariátrica

Pérez R., Sánchez M., Vecino C., Cano A., Villa A., Ortega Jm., Domínguez-Adame E.

Unidad Cirugía Esófago-Gástrica, Metabólica y Laparoscopia Avanzada. Ugc Cirugía General (Dr. Oliva). Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Sevilla

La Cirugía es el tratamiento más efectivo para la obesidad Mórbida porque consigue la mayor pérdida de peso que se mantiene en el tiempo

Presentamos una evolución histórica de la cirugía bariátrica en nuestro Hospital hasta la actualidad. 1996. Gastroplastia Vertical Anillada (GVA). Técnica restrictiva pura. Se añade componente malabsortivo: By-pass intestinal en Y de Roux (Técnicas Mixtas) 1999. Gastroplastia Vertical Plicada. Presentación de la técnica en el Congreso nacional de Cirugía en 2002.

2001. Cirugía Laparoscópica. By-pass gástrico en pocos casos. 2008. Creación de la unidad de cirugía bariátrica y laparoscopia avanzada. 2009. gastrectomías verticales por laparoscopia. 65 Gastrectomías verticales por laparoscopia. La técnica la realizamos: En todos los pacientes con BMI bajo de < 40 Kg/ m2. Como primer paso en pacientes superobesos para reducción del peso y de las comorbilidades, todos los pacientes obesos con la finalidad de evaluar la eficacia de la técnica en seguimientos a largo plazo.

Desde Enero 2010 hasta Marzo 2011: 141 pacientes operados por Obesidad Mórbida 53 en 2009, 72 en 2010, 16 hasta marzo 2011.

Resultados: Resultados preliminares. Pocos casos. Resultados a largo plazo con un incremento y perfeccionamiento de la técnica y disminución de los casos realizados mediante Cirugía Abierta, evaluar en cuantos pacientes se requiriera una segunda intervención: Por fracaso de la técnica con reganancia de peso en el obeso mórbido o por pérdida insuficiente en el superobeso.

Gestión multidisciplinar del proceso asistencial cirugía bariátrica: protocolo

Vecino C., Perez R., Sánchez M., Cano A., Villa A., Ortega Jm., Domínguez-Adame E.

Unidad Cirugía Esófago-Gástrica, Metabólica Y Laparoscopia Avanzada. Ugc Cirugía General (Dr. Oliva). Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Sevilla

Pretendemos en esta comunicación explicar el desarrollo e implementación Interdisciplinario del Proceso Asistencial Obesidad Mórbida en un Hospital Regional Nivel I con la creación de una Comisión Hospitalaria de Cirugía Bariátrica.

Objetivos: Determinar los criterios de inclusión y exclusión de Cirugía Bariátrica

Establecer los circuitos pre y postoperatorios de este tipo de cirugía

Valorar a los pacientes propuestos para Cirugía Bariátrica y su posterior inclusión en RDQ una vez evaluados positivamente en función de los criterios establecidos.

Definir los Consentimientos informados necesarios y cuantos documentos se requieran.

Revisión sistemática de la capacidad operatoria del AHVM desde un punto de vista tanto cualitativo como cuantitativo.

Analizar los resultados de la cirugía bariátrica en el AHVM.

Análisis de cuantas cuestiones pudieran plantearse y siempre a instancias de la junta facultativa.

Consideraciones: La Cirugía es el tratamiento más efectivo para la obesidad Mórbida. Grado de Recomendación A.

Los programas de Cirugía Bariátrica deben contar con equipos multidisciplinares con el adecuado entrenamiento y experiencia.

Grado de Recomendación C.

Es muy importante no solo el seguimiento preoperatorio sino un seguimiento a largo plazo postquirúrgico mediante un contrato Medico-Paciente.

Resultados a largo plazo de un seguimiento tanto prequirúrgico como postquirúrgico.

Acondicionamiento gástrico en la preparación del tubo de Akiyama

Ml.Ruiz, J.Aguilar, P.Martinez, B.Claro, F.Diequez, J.Haurie, J.Gonzalez

Hospital Universitario De Valme. . Sevilla

Objetivos: Si la cirugía exéretica del cáncer de esófago ha disminuido la morbimortalidad operatoria y ha aumentado la supervivencia, mantiene una alta incidencia de complicaciones postoperatorias, en gran parte debido al porcentaje de fístulas anastomóticas en el postoperatorio inmediato y estenosis de la anastomosis como complicación tardía; ambas íntimamente relacionadas. Si los factores más influyentes en estas complicaciones son: tensión de la anastomosis, compresión extrínseca, defecto técnico e isquemia de los cabos, es fácil entender que podamos modificar los tres primeros con una exquisita técnica, mientras que el riego sanguíneo depende de la distribución vascular gástrica. Nuestro objetivo es crear las condiciones necesarias para mejorar el riego sanguíneo.

Material y método: Se analiza la serie histórica(A), desde 2003, incluyendo 23 casos de esofagectomías con gastroplastia, sin embolización arterial gástrica frente a otra serie de 12 casos desde noviembre de 2008(B), en la que se practica embolización de las arterias gástrica izquierda y esplénica entre 15 y 21 días antes de la intervención quirúrgica. Se recogen los parámetros que demuestran la homogeneidad de la serie; describimos las características de la serie B en relación a la técnica de embolización de las arterias gástricas practicada y comparamos los resultados de ambas series en cuanto a tasa de fístulas, estancia media hospitalaria, morbimortalidad operatoria y tasa de estenosis tardías.

Resultados: En 10 casos la embolización fue completa y en 2

incompleta, una por nacimiento anómalo de la arteria gástrica izquierda y otro por imposibilidad de embolizar ésta. De los 12 casos se resecan 11, y uno, que correspondía a una estenosis por una malla en la reparación de una hernia de hiato, no fue necesario. Se ha producido una fístula tardía en la serie B (9,1%), frente a 26% de la serie A. Esta fístula se produce al día 10º, tras control radiológico normal e inicio de la ingesta oral. Se rebaja la estancia media de 19,2 a 15,3 días, incluyendo un paciente que sufrió IAM con revascularización con Stent y problemas cardíacos, ajenos a la técnica quirúrgica, que prolongó la estancia y otro que hizo una neumonía cuando iba a ser dado de alta. Tanto la mortalidad como las reintervenciones fueron 0%.

Conclusiones: Sin significación estadística por el tamaño muestral de las series, la literatura consultada y nuestros resultados provisionales sugieren que la embolización de las arterias gástricas, previa a la esofaguectomía con gastroplastía, favorece la vascularización de la plastia gástrica y disminuye la tasa de fístulas anastomóticas postoperatorias y estenosis anastomóticas tardías

Cirugía de los divertículos epifrénicos. Nuestra experiencia

G Jiménez Riera, A Muñoz Ortega, F Ibáñez Delgado, A Vázquez Medina, JM Hernández de la Torre, F Alcántara Gijón, FJ Padillo Ruiz (Unidad IMIS)

HH UU Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Los divertículos situados en los diez centímetros distales del esófago se denominan divertículos epifrénicos. Son los menos frecuentes y suelen localizarse a la derecha de la línea media pudiendo alcanzar grandes dimensiones. Su presencia no obliga a la cirugía, por lo que la clínica será esencial para tomar la decisión final.

Material y métodos: Se realiza estudio a 5 pacientes a los que se les practicó una diverticulectomía con miotomía asociada y técnica antirreflujo por vía torácica asociada a laparotomía en la Unidad de Cirugía Esofagogástrica y tracto digestivo superior del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se analiza el tipo de técnica usada así como la morbimortalidad postoperatoria. Se exponen las características relevantes de los pacientes incluidos, que presentaban una sintomatología muy acentuada de larga evolución:

- 1) LSC
 - * Mujer de 63 años.
 - * EGD: Divertículo de gran tamaño que se vacía en decúbito supino, con cuello amplio, sin alteraciones en patrón mucoso. Pequeña hernia de tipo axial.
 - * Diverticulectomía y miotomía extramucosa supradiverticular. Funduplicatura. Esplenectomía. Yeyunostomía de alimentación
- 2) JTMM
 - * Varón de 63 años
 - * Endoscopia: divertículo esofágico, fibrosis del cardias, con hipotonía y atrofia
 - * Laparotomía: cardiomiectomía extramucosa a lo Heller y técnica antirreflujo, con funduplicatura a lo Toupet. Toracotomía derecha: miotomía del resto del esófago, hasta la vena álgica, con diverticulectomía y drenaje endotorácico.

- 3) MILO
 - * Mujer de 55 años
 - * EGD y endoscopia: divertículo esofágico (tercio medio) y hernia de hiato.
 - * Diverticulectomía por vía torácica derecha y funduplicatura de Nissen + cierre de pilares por laparotomía supraumbilical.
- 4) ALG
 - * Varón de 56 años
 - * EGD: Divertículo esofágico gigante a nivel de unión de tercio medio e inferior, con retención alimentaria.
 - * Diverticulectomía y miotomía distal mediante toracotomía derecha. Drenaje torácico.
- 5) ARJ
 - * Mujer de 68 años
 - * Endoscopia: Esofagitis en sentido amplio asociada a erosiones/ulceraciones distales. Megadivertículo de esófago distal que provoca compresión de cardias, retención marcada de material alimenticio y probablemente reflujo constante de material con la esofagitis química crónica, pendiente intervención

Resultados:

Mortalidad secundaria a cirugía: 0%

Morbilidad:

- * Reintervenciones: 1 (20%)
- * Respiratorias (Derrame pleural, Atelectasia, Neumomía): 2 (40%)
- * Dehiscencia sutura: 1 (20%)
- * Shock séptico: 1 (20%)

Conclusiones: La cirugía de los divertículos epifrénicos es poco frecuente debido a su escasa incidencia. Debemos priorizar para indicar cirugía la clínica frente a las dimensiones del saco. La diverticulectomía vía torácica derecha junto con una miotomía extramucosa y técnica antirreflujo asociada es la opción realizada en nuestra casuística. Es una técnica compleja que sólo debe ser realizada en centros y por profesionales altamente especializados. La morbilidad es alta (60 %) pero dada la complejidad del procedimiento y que generalmente se trata de pacientes con elevada sintomatología, tanto abdominal, como a veces torácica, el riesgo quirúrgico es asumible.

Lesiones vicariantes

A. Muñoz, J. Cañete, F. Ibáñez, F. Alcántara, A. Vázquez, J. M. Hernández

HUV Rocío. Sevilla

Introducción: Las neoplasias esofágicas, las ingestas causticas y la iatrogenia sobre el hiato esofágico, pueden requerir una reconstrucción del tránsito digestivo con una coloplastia. En alguna ocasión precisará otra técnica asociada.

Material y métodos: Se realiza estudio a 8 pacientes a los que por diversos motivos se les practicó una coloplastia en los últimos 18 meses en la unidad de cirugía esofágica y tracto digestivo superior del Hospital Virgen del Rocío. Se analiza el tipo de técnica usada así como la morbimortalidad postoperatoria. Se exponen las características relevantes de los pacientes incluidos:

- 1) B.C.C Mujer de 25 años con esofaguectomía tras compli-

caciones múltiples tras miotomía de Heller y Toupet en otro centro. Coloplastia retroesternal de colon izquierdo.

2) C.C.P. Mujer de 45 años. Esofagectomía tras perforación por hueso de pollo y mediastinitis. Coloplastia de colon derecho mas plastia con colgajo radial libre.

3) M.A.O. Varón de 75 años. Adenocarcinoma de esófago recidivado. Esofago de Barret. Esofagogastrrectomía total. Coloplastia retroesternal de colon izquierdo.

4) J.M.T Varón de 48 años. Perforación esofágica tras cirugía de hernia hiatal en otro centro. Coloplastia retroesternal derecho.

5) MBT Mujer de 37 años. Esofagectomía tras ingesta caustica con fines autolíticos. Coloplastia derecha.

6) MMV Reintervenciones múltiples por hernia hiatal. Coloplastia retroesternal de colon derecho.

7) IAL Mujer de 43 años. Ingesta autolítica de caustico. Coloplastia colon derecho y manguito de piel.

8) MAV Mujer de 33 años. Ingesta lejía. Coloplastia izquierda.

Resultados: Mortalidad secundaria a cirugía: 1 paciente (12,5%)

Morbilidad:

-Dehiscencia de sutura: 3 casos (37,5%)

- Infección respiratoria: 2 casos (25%)

-Rectorragia: 1 caso (12,5%)

-Insuficiencia respiratoria no infecciosa: 1 caso (12,5%)

Conclusiones: La reconstrucción del tránsito mediante una coloplastia es la única opción que podemos ofrecer al paciente que presenta una desconexión esofágica. Es una técnica compleja que solo debe ser realiza en centros y por profesionales altamente especializados. La coloplastia de colon derecho ha sido en nuestra serie la más empleada (5 casos). La morbimortalidad es elevada (75%) pero dada la complejidad del procedimiento y la inexistencia de alternativa es un riesgo asumible.

Resultados a largo plazo de la gastrectomía tubular tras 6 años de seguimiento

Jorge J, Paz A, G-Navarro A, Álvarez MJ, Segura M, Gonzalez F, Mansilla A, Ferrón JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar el comportamiento perioperatorio y la evolución a largo plazo de la gastrectomía tubular, como técnica en Cirugía Bariátrica.

Material y métodos: Se analizó una base de datos prospectiva y específica de obesidad mórbida, sobre pacientes sometidos a gastrectomía tubular. Los pacientes fueron seleccionados por criterios de alto riesgo según indicaciones internacionales, en el marco del protocolo multidisciplinar implantado en nuestro centro desde el año 2004. El período de reclutamiento se estableció desde marzo de 2005 a mayo de 2008. El tamaño muestral fue de 45 pacientes. Las variables medidas fueron morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria y porcentaje de sobrepeso perdido (%SPP). El seguimiento máximo fue de 6 años.

Resultados: La vía de abordaje mayoritaria fue la abierta, con 31 laparotomías (69%). La vía laparoscópica supuso un 31% (14 pacientes).

Hubo 3 morbilidades mayores (6%): una fístula gástrica,

una evisceración, y un hematoma subcapsular hepático, requiriendo reintervención en los 2 primeros casos. La estancia media hospitalaria fue de 5.1 días. No se presentó ningún éxitus. El %SPP fue de 31%, 46%, 61%, 64%, 66%, y 66% a los 3, 6, 12, 18, 24 y 36 meses respectivamente descendiendo a los 4, 5 y 6 años de seguimiento. Aunque la indicación general fue como primer paso en una cirugía en dos tiempos, la mayor parte de los pacientes no ha necesitado el segundo tiempo por los buenos resultados.

Conclusiones: La indicación principal de la tubulización gástrica es su utilización como primer tiempo quirúrgico, en el contexto de una operación mixta, reduciendo el riesgo en la intervención malabsortiva posterior.

Los buenos resultados observados han provocado una disminución no esperada del segundo tiempo quirúrgico. Sin embargo, como presentaremos en el congreso, el análisis preliminar del estudio demuestra una pérdida de efectividad a largo plazo en cuanto a %SPP, sobre todo en pacientes superobesos.

Coloplastias en la reconstrucción del tránsito digestivo

A. Muñoz Ortega, J. Cañete Gómez, M. Gutierrez, V. Gómez, J.J. Segura, C. Jordán, F. Ibáñez Delgado, A. Vázquez Medina, F. Alcántara, JM. Hernandez, FJ Padillo.

H.U.V. del Rocío. Sevilla

Introducción: Las neoplasias esofágicas, las ingestas causticas y la iatrogenia sobre el hiato esofágico, pueden requerir una reconstrucción del tránsito digestivo con una coloplastia, en la mayoría de los casos tras múltiples cirugías previas.

Material y métodos: Se realiza estudio a 8 pacientes a los que por diversos motivos se les practicó una coloplastia, en los últimos 18 meses, en la Unidad de Cirugía Esofagogastrica y tracto digestivo superior del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se analiza el tipo de técnica usada así como la morbimortalidad postoperatoria. Se exponen las características relevantes de los pacientes incluidos:

1) B.C.C Mujer de 25 años con esofagectomía tras complicaciones múltiples derivadas de una miotomía de Heller y Toupet en otro centro. Coloplastia retroesternal de colon izquierdo.

2) C.C.P. Mujer de 45 años. Esofagectomía tras perforación por hueso de pollo y mediastinitis. Coloplastia de colon derecho mas plastia con colgajo radial libre.

3) M.A.O. Varón de 75 años. Adenocarcinoma de esófago recidivado sobre un esófago de Barret. Esofagogastrrectomía total. Coloplastia retroesternal de colon izquierdo.

4) J.M.T Varón de 48 años. Perforación esofágica tras cirugía de hernia hiatal en otro centro con múltiples reintervenciones. Coloplastia retroesternal derecho.

5) MBT Mujer de 37 años. Esofagectomía tras ingesta caustica con fines autolíticos. Coloplastia derecha.

6) MMV Reintervenciones múltiples tras cirugía por hernia hiatal. Coloplastia retroesternal de colon derecho.

7) IAL Mujer de 43 años. Ingesta autolítica de caustico. Coloplastia colon derecho y manguito de piel.

8) MAV Mujer de 33 años. Ingesta lejía. Coloplastia izquierda.

Resultados: Mortalidad secundaria a cirugía: 1 paciente (12,5%)

Morbilidad:

- Dehiscencia de sutura: 3 casos (37,5%)
- Infección respiratoria: 2 casos (25%)
- Rectorragia: 1 caso (12,5%)
- Insuficiencia respiratoria no infecciosa: 1 caso (12,5%)

Conclusiones: La reconstrucción del tránsito mediante una coloplastia es la única opción que podemos ofrecer al paciente que presenta una desconexión esofágica, con ausencia de esófago y estómago. Es una técnica compleja que solo debe ser realizada en centros y por profesionales altamente especializados. La coloplastia de colon derecho ha sido en nuestra serie la más empleada (5 casos). La morbilidad es elevada (75%) pero dada la complejidad del procedimiento y la inexistencia de alternativa es un riesgo asumible.

Portafolio electrónico para el aprendizaje y evaluación de los Residentes de Cirugía General

Sánchez Gómez S, Ortega Beviá JM, Cabot Ostos EM
Departamentos de Cirugía y Otorrinolaringología.
Universidad de Sevilla

Introducción: Los portafolios electrónicos proporcionan flexibilidad organizativa y de visualización de contenidos e ideas. Son herramientas útiles para la gestión de datos e información. Presentamos un modelo de portafolio electrónico para actuar como un nuevo Libro del Residente de Cirugía General.

Material y métodos: Se partía de un libro de hojas de cálculo diseñadas en Excel® donde cada hoja contenía las competencias requeridas por el Programa Nacional de la Especialidad según las distintas áreas competenciales en conocimientos, habilidades (exploraciones y diagnóstico; manejo médico; procedimientos quirúrgicos) y actitudes. Las habilidades se graduaron según su complejidad (en básicas, intermedias y avanzadas) y según la participación del residente (observador, ayudante o cirujano independiente). Los conocimientos se evaluarían bajo criterio cualitativo dicotómico (se posee/no se posee) y las habilidades según un criterio cuantitativo.

Resultados: Presentamos el modelo piloto de un portafolio electrónico diseñado en lenguaje informático soportado por cualquier sistema de navegación web para ser alojado en un portal de acceso a residentes y tutores bajo usuario y contraseña individuales para el aprendizaje y evaluación de los residentes de Cirugía General. Se complementa con la posibilidad de impresión total o filtrada.

El portafolio consta de 4 páginas básicas: nueva actividad, actividades realizadas, herramientas de aprendizaje y progreso. El residente introduce cada nueva actividad a través de un sencillo formulario con botones de selección y espacio para la reflexión a través de una caja de texto libre. Debe acompañarla de una evidencia que justifique la realización de la actividad (presentación de PowerPoint, documento de texto, grabaciones de audio/video, imágenes/fotografías). Las competencias de actitudes también son recogidas y evaluadas como las demás actividades. El Tutor recibe el formulario con su evidencia y únicamente procede a validarla. El residente recibe un feed-back inmediato de su evaluación formativa y puede

conocer continuamente su progreso mediante escalas numéricas analógicas e imágenes.

Conclusión: Este modelo de portafolio electrónico puede sustituir al actual Libro del Residente por su capacidad de almacenar información, indexarla, evaluarla, admitir espacios reflexivos, guiar el autoaprendizaje y ofrecer feed-back del progreso competencial.

Influencia de la vía de abordaje para la apendicectomía (abierto vs laparoscópica) en la frecuencia y tipo de infección de sitio quirúrgico (SSI) en la apendicitis aguda en estadio gangrenoso o perforado

Prieto-Puga Arjona T, García Albiach B, Aranda Narváz JM, Becerra Ortiz R, Pulido Roa Y, Fernández Burgos I, Titos García A, Marín Camero N, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La aceptación del abordaje laparoscópico en la apendicitis aguda ha mostrado como principal ventaja una significativa reducción de las tasas de SSI parietal. Sin embargo, aún siguen surgiendo estudios randomizados y datos de metaanálisis que subrayan una mayor incidencia de SSI de órgano / espacio (O/E) asociada a la vía laparoscópica, manteniendo viva una problemática basal. Esta asociación resulta especialmente destacable en estadios evolucionados de la patología apendicular. Presentamos los resultados de un estudio para evaluar la incidencia y el perfil de la SSI postapendicectomía en relación con la vía de abordaje (abierto AA- vs laparoscópica AL-) en estadio gangrenoso o perforado.

Material y método: Estudio observacional analítico de cohortes retrospectivas. Población y ámbito: pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda durante un periodo de 4 años (2007-2010) en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga (N=868). Criterios de exclusión: población pediátrica (intervenidos en otro centro). Criterios de inclusión: pacientes cuyo procedimiento fue definido como contaminado o sucio en la clasificación de la National Research Council (NRC) (estadio del apéndice gangrenoso o perforado) (n=298). Subdivisión en dos grupos en base a la variable predictor principal, la vía de abordaje para la apendicectomía (laparoscópica, AL, grupo de estudio; abierta, AA, grupo control), definida por el cirujano principal, generalmente en base a criterios de obesidad o mujer en edad fértil. Variable resultado: SSI, definida y clasificada en base a los criterios del Center for Disease Control and Prevention (CDC), incluyendo seguimiento a 30 días. La estratificación del riesgo infeccioso se realizó mediante el cálculo del índice National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS) del CDC a partir de sus componentes (ASA, duración de la intervención, tipo de cirugía NRC). Análisis estadístico: software SPSS. Análisis descriptivo muestral y de homogeneidad con estimadores habituales y bivariate con test de χ^2 y 967;2, aceptando significación estadística con $p < 0,05$ y calculando la odds de riesgo (OR) y su intervalo de confianza 95% (IC95%).

Resultados: Muestra final constituida por 298 pacientes, 62% hombres y 38% mujeres, con edad mediana de 36 años (rango: 14-92). En 46 pacientes (15%) la apendicectomía se realizó por vía laparoscópica (grupo de estudio, AL) y en 252

pacientes (85%) por vía abierta (grupo control, AA). En el grupo AL se objetivó un mayor porcentaje no significativo de mujeres (41% en AL vs 37% en AA). Ambos grupos fueron homogéneos respecto a la edad. En el grupo de AL, el primer cirujano fue más frecuentemente un adjunto (71%), seguido a bastante distancia de un residente de segundo ciclo (26%), mientras que en el grupo AA la distribución resultó más ponderada ($p < 0,000$). Respecto a los componentes del score NNIS, el ASA mostró una tendencia no significativa a ser mayor en el grupo AA (ASA >2 : 12% AA vs 4%AL, n.s.), y la duración de la intervención fue 15 minutos superior en el grupo AL ($p < 0,000$), lo que determinó un mayor porcentaje de NNIS de riesgo 2 en el grupo AL ($p < 0,05$). La tasa de SSI (incluyendo aquellas detectadas ambulatoriamente) fue: 33,3% en AL, 32,4% en AA (OR 1,04; IC95% 0,5-2, n.s.), distribuidas del siguiente modo: superficiales: 11% AL vs 22% AA; profundas: 2% AL vs 7% AA; O/E: 3,7% AL vs 20% AA ($p < 0,000$). El tratamiento antibiótico constituyó mayoritariamente el enfoque terapéutico de las O/E.

Conclusión: En la apendicitis aguda en estadio gangrenoso o perforado no existe diferencia en cuanto a la incidencia de SSI en función de la vía de abordaje empleada para la apendicectomía. El perfil clínico sin embargo resulta absolutamente distinto, de tal forma que el abordaje laparoscópico conlleva una significativa reducción de las tasas de SSI parietal y un aumento de las infecciones de O/E, si bien un tratamiento antibiótico suele ser suficiente para su control.

Cambios en la incidencia y perfil de la infección de sitio quirúrgico (SSI) postapendicectomía con la inclusión de programas de seguimiento ambulatorio.

Prieto-Puga Arjona T, García Albiach B, Aranda Narváez JM, Becerra Ortiz R, Pulido Roa Y, Fernández Burgos I, Titos García A, Marín Camero N, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La SSI continúa constituyendo un problema de elevada magnitud. Entre las medidas encaminadas hacia su control se definen programas de seguimiento como el National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS) del Center for Diseases Control and Prevention (CDC) americano o el de Indicadores Clínicos para la Mejora Continua de la Calidad (INCLIMECC) nacional. Sin embargo, la estimación de las tasas de SSI mediante datos únicamente hospitalarios puede resultar insuficiente en la era del alta precoz. La apendicectomía (APPY) añade además aspectos de curso postoperatorio corto y elevado riesgo infeccioso. Presentamos un estudio para establecer si la apendicitis aguda (AA) puede precisar un seguimiento ambulatorio exhaustivo para la correcta definición de la incidencia y perfil de la SSI postapendicectomía.

Material y método: Estudio observacional analítico, desarrollado sobre la cohorte de pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda durante un periodo de 4 años (2007-2010) en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga (n=868). Variable de estudio: SSI, definida y clasificada según los criterios del CDC. Trabajo de campo prospectivo, recogiendo incidencia y tipo de SSI mediante datos de historia clínica e identificación de reingresos y realizando un seguimiento telefónico para la detección de

SSI ambulatorias. Se calculó el índice NNIS a partir de sus componentes: 1) ASA (<#8804;2: 0; >2: 1); 2) Duración de la intervención (<1 hora ?percentil 75 dictado por el CDC-: 0; >1 hora: 1); 3) Clasificación del tipo de cirugía según la National Research Council (NRC) (potencialmente contaminada: 0; contaminada o sucia: 1); 4) vía de abordaje: subclasificación de la categoría 0 en 0-no y 0-yes (si se empleó el abordaje laparoscópico). Se definió la tasa de SSI global, clasificada según el CDC y por cada categoría NNIS en dos supuestos: 1) con los datos obtenidos desde información hospitalaria y 2) con todos los datos disponibles, incluyendo el seguimiento telefónico. Para ambos supuestos se calculó la razón estandarizada de infección (RSI) que define el riesgo infeccioso en nuestro centro, mediante método indirecto, tomando para el cálculo de esperados los datos del programa INCLIMECC asumiendo un comparador nacional.

Resultados: Todos los estimadores de la muestra global mantuvieron consonancia con grandes series. El abordaje laparoscópico fue empleado en el 16% de los pacientes. En el seguimiento telefónico para la estimación de la SSI ambulatoria hubo 38 pérdidas (4,4%), y en 13 pacientes (1,5%) no pudo calcularse el NNIS en base a ausencia del dato relacionado con la duración de la intervención. Los datos de SSI global, clasificada y estratificada según el riesgo NNIS en ambos supuestos del estudio, así como la RSI, quedan definidos en la siguiente tabla:

Conclusiones: Las verdaderas tasas de SSI postapendicectomía están infraestimadas sin un adecuado seguimiento ambulatorio, especialmente en cuanto a la detección de SSI superficiales. Si el método de seguimiento es telefónico, estas cifras pueden incluso estar sobreestimadas. Un hospital que defina sus tasas de SSI de forma estricta en base a los criterios del CDC (incluyendo por tanto un estricto registro del seguimiento a 30 días) puede verse injustamente castigado desde el punto de vista del benchmarking.

Cambios en cuanto a frecuencia de empleo, eficacia y repercusión clínica del diagnóstico radiológico de la apendicitis aguda.

Prieto-Puga Arjona T, García Albiach B, Aranda Narváez JM, Becerra Ortiz R, Pulido Roa Y, Fernández Burgos I, González Sánchez AJ, Montiel Casado C, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La clínica ha sido el principal pilar diagnóstico de la apendicitis aguda (AA). Sin embargo, numerosas aportaciones han sugerido que el apoyo radiológico al diagnóstico (ECO y TAC) muestra unos altos parámetros de validez y supera al diagnóstico clínico con o sin aplicación de scores. Su rentabilidad además se incrementa paralelamente

al desarrollo tecnológico. En este contexto, la clásica liberalización de las exploraciones en blanco o sin diagnóstico claro preoperatorio puede ponerse en duda, incluso si éstas se realizan por vía laparoscópica, lo que conlleva un aumento de solicitud de exploraciones radiológicas. Presentamos un estudio para evaluar este aumento, la rentabilidad diagnóstica (y los cambios en la misma) y la repercusión clínica de la evolución en el diagnóstico de la AA.

Material y método: Estudio observacional analítico de cohortes. Población y ámbito: pacientes intervenidos por sospecha de AA en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. Grupo de estudio: Enero 2009-Diciembre 2010 (n1=419). Grupo control: muestra procedente de otro estudio, seleccionada en base a una variable perioperatoria (no relacionada con el estudio actual), de pacientes entre 18 y 65 años intervenidos entre Octubre 2001-Septiembre 2003 (n2=237). Variables de estudio en ambas muestras: 1) Porcentaje de exploraciones realizadas como apoyo radiológico al diagnóstico de la AA; 2) Sensibilidad y Valor Predictivo Positivo (únicos parámetros de rentabilidad analizables con el diseño del estudio) de ECO y TAC; 3) Tasa de exploraciones en blanco y con diagnósticos diferentes de AA. Análisis estadístico: software SPSS. Contraste estadístico mediante el test de la χ^2 , aceptando como significativos niveles $p < 0,05$ y calculando la odds ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Ambas muestras fueron homogéneas en cuanto a estimadores muestrales globales como edad, género o porcentaje de localizaciones atípicas y formas evolucionadas. Los resultados principales del estudio se detallan a continuación: 1) Un incremento en el número de exploraciones solicitadas (30% a 78%, $p < 0,000$, OR 8,3; IC95% 5,8-12); 2) Un aumento de la sensibilidad (61% a 86%) y un mantenimiento del valor predictivo positivo (ambos en torno al 94%); 3) Un descenso del número de laparotomías en blanco o con diagnóstico erróneo (11% a 5%).

Conclusiones: La solicitud de apoyo radiológico al diagnóstico de la AA ha sufrido un notable incremento en los últimos años. Paralelamente se han mejorado los parámetros de rentabilidad diagnóstica, superando el TAC a la ECO especialmente en el parámetro relacionado con la Sensibilidad. Estos cambios en el diagnóstico de la AA han supuesto un incremento significativo de exploraciones con diagnóstico certero.

Resultados quirúrgicos de una Unidad de Enfermedad Inflamatoria en un Hospital General de Especialidades.

V. Vega Ruiz; MA Urbano Delgado; N. Assad; E. García Domínguez; F. Ramírez Navarro; A. Camacho Ramírez; MJ Jiménez Vaquero; M. Balbuena; J. Alvarez Medialdea; J. Falckenheiner Soria; MA Conde Sánchez; L. Sánchez Vera; y M. Velasco Gracia

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU) representan un reto diagnóstico y terapéutico. Su incidencia y prevalencia ha tenido un paulatino incremento en nuestros hospitales, por lo que se hace necesaria la

coordinación multidisciplinar de estas patologías para poder tratarla de forma adecuada. La creación de Unidades de Enfermedad Inflamatoria (UEI) responde a estas necesidades mejorando la respuesta de garantía de plazo diagnóstica y los resultados médico-quirúrgicos. Analizamos nuestra dinámica de trabajo, la serie quirúrgica de casos tratados y los resultados desde el inicio de la Unidad.

Material y Método: Durante un periodo de tres años (marzo 2008 a marzo 2011) se han intervenido 102 pacientes por EIIC, 11 por CU y 91 por EC. En relación con la CU se realizaron 11 colectomías totales, dos con reservorio ileoanal. Con respecto a la EC Se realizaron 51 resecciones ileocolónicas (17 por afectación ileocecal, 22 por presencia de fistulas internas (5 enterosigmoideas, 2 enterotransversas, 3 enterovesicales, 1 enterouterina, 2 enteroentericas y 6 por fistulas enterocutaneas). Hubo 6 casos de fistulas internas dobles, triples y cuadruples. En 4 casos se realizó colectomía total por colitis de Crohn, 1 gastroenteroanastomosis por Crohn duodenal, 15 dilataciones endoanales con balón de presión por estenosis anal y finalmente se intervinieron 20 casos de fistula perianales complejas dejando sedales de drenaje.

Resultados: En relación con la morbilidad quirúrgica hemos presentado: 2 dehiscencias anastomóticas (reintervenciones), 1 caso de Hemoperitoneo (reintervención); 3 casos de absceso intraabdominal tratado con punción TAC dirigida y 4 casos de Infección de herida; 1 eventración (reintervención-malla); 3 infecciones respiratorias (derrames pleurales y atelectasias-neumonías); 3 infecciones de vías urinarias y 1 caso de TVP. Hemos realizado 5 reintervenciones por recurrencia quirúrgica, en todos los casos por estenosis anastomótica y neoileitis. Hubo un éxitus en un caso de megacolon tóxico, no atribuible a la cirugía, por complicaciones cardiacas.

Conclusiones: Las unidades de enfermedad Inflamatoria mejoran los resultados globales quirúrgicos. Garantizan una óptima respuesta de garantía de plazo diagnóstica y terapéutica y aumentan, con ello, la calidad de vida de nuestros pacientes en una patología crónica de alta prevalencia hospitalaria

Capacidad predictiva de la infección de sitio quirúrgico (SSI) postapendicectomía mediante el índice de riesgo National Nosocomial Infections surveillance System (NNIS) en un hospital de tercer nivel

García Albiach B, Prieto-Puga Arjona T, Aranda Narvárez JM, Becerra Ortiz R, Pulido Roa Y, Fernández Burgos I, Montiel Casado C, González Sánchez AJ, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La infección de sitio quirúrgico (SSI) continúa siendo un problema asistencial de elevada magnitud. Para su seguimiento y control son necesarias medidas de estratificación del riesgo que permitan el establecimiento de compa-

radadores o la identificación de grupos con elevada probabilidad de SSI postquirúrgica. El ajuste del riesgo más aceptado es el establecido por el índice NNIS del Center for Disease Control and Prevention (CDC), aunque su capacidad predictiva ha sido cuestionada en algunos estudios. Presentamos los resultados de un estudio para su evaluación como predictor de SSI postapendicectomía en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional analítico, desarrollado sobre la cohorte de pacientes intervenidos por sospecha de apendicitis aguda durante un periodo de 4 años (2007-2010) en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. Variable predictora: índice NNIS, definido para cada paciente entre 0 y 3 según: 1) ASA (≤2: 0; >2: 1); 2) Duración de la intervención (<1 hora ?percentil 75 dictado por el CDC-: 0; >1 hora: 1); 3) Clasificación del tipo de cirugía según la National Research Council (NRC) (potencialmente contaminada: 0; contaminada o sucia: 1); 4) vía de abordaje: subclasificación de la categoría 0 en 0-no y 0-yes (si se empleó el abordaje laparoscópico). Variable resultado: SSI, definida y clasificada según los criterios del CDC incluyendo el seguimiento a 30 días. Análisis estadístico: software SPSS. Examen de la capacidad predictiva del índice NNIS mediante: 1) Regresión logística binaria con los ítems componentes del score y con el índice global como predictores de SSI, definiendo las odds de riesgo (OR) para cada categoría y sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%); 2) Calibración mediante test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow; 3) Discriminación mediante curva receiver operating characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC).

Resultados: Muestra total de 868 pacientes, con 38 pérdidas de seguimiento (4,4%). 57% varones y 43% mujeres, con edad mediana de 29 años (rango: 14-92). 93% con ASA de bajo riesgo (I-II). 33% de formas evolucionadas (gangrenosa o perforada) y 3% de laparotomías en blanco, todos ellos estimadores concordantes con grandes series. 16% intervenido mediante abordaje laparoscópico y más del 65% intervenido por residentes. Estancia mediana de 2 días y 2% de reingresos. SSI global del 13,6% (más de la mitad de las cuales se diagnosticó en el seguimiento ambulatorio), distribuida del siguiente modo: 8,6% superficial, 2% profunda y 2,9% de órgano o espacio (O/E). La distribución de los pacientes por categoría NNIS y su respectiva tasa de SSI fue la siguiente: 0-yes: 7% (3,5% SSI); 0: 45% (3,6% SSI); 1: 32% (17,6% SSI); 2: 13% (40,2% SSI); 3: 1% (60% SSI) ($p < 0,000$). Todos los ítems componentes del score y el índice global en todas las categorías mostraron significación en el modelo multivariante, el test de bondad de ajuste definió una buena calibración ($p < 0,75$) y el AUC de la curva ROC fue del 77% ($p < 0,000$, IC95% 0,73-0,82) con lo que se define una adecuada capacidad discriminativa.

Conclusión: El índice NNIS ofrece una alta capacidad predictiva de la SSI postapendicectomía, y se define como alternativa válida para la estratificación del riesgo.

Resección mediante Microcirugía Endoscópica Transanal de Tumores rectales

Conde Muiño R, Segura Jiménez I, Zambudio Carrol N, Jorge Cerrudo J, Paz Yañez A, Valdivia Risco J, Bustos Merlo A, Vilchez Rabelo A, Palma P, Ferrón Orihuela A

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La Microcirugía Endoscópica Transanal (TEM) es una técnica mínimamente invasiva que representa actualmente una alternativa eficaz y segura a la cirugía abdominal para el tratamiento de adenomas y adenocarcinomas precoces rectales no subsidiarios de resección endoanal convencional.

Material y métodos: Se evaluaron prospectivamente los pacientes intervenidos mediante TEM en nuestro centro desde Septiembre de 2008 hasta Marzo de 2011. La evaluación preoperatoria se realizó mediante Colonoscopia completa, Rectoscopia más biopsia, Ecografía endorrectal y Resonancia Magnética.

Resultados: Se intervinieron 32 pacientes (18 varones, 14 mujeres) con una edad media de 70 años (31-90). 11 pacientes (34,4%) presentaban adenomas tubulares o vellosos con distintos grados de displasia, 5 (15,6%) adenocarcinomas in situ y 16 (50%) adenocarcinomas, de los cuales 14 se estadiaron como cT1No, 1 como cT2No y 2 como cT3No. 10 pacientes (31,3%) presentaban las lesiones en localización anterior, en 6 (18,8%) la lesión era posterior, en 15 de predominio lateral y en 1 casi circunferencial. En los dos pacientes con tumores cT3No, de 88 y 90 años, se administró RT preoperatoria, uno presentó una remisión completa. Se realizaron 3 conversiones (9,4%), en 2 por apertura del peritoneo y en 1 por la altura del tumor. La estancia media fue de 5,6 días (1-17). La complicación más frecuente fue la hemorragia observada en 3 pacientes. Se observó mortalidad en un paciente con cirrosis hepática por sepsis pélvica.

Conclusiones: A falta de un seguimiento más amplio, nuestros resultados preliminares en concordancia con la literatura, avalan la técnica TEM como alternativa eficaz y segura para el tratamiento de lesiones rectales

Incidencia y perfil de la infección de sitio quirúrgico (SSI) postapendicectomía según la vía de abordaje (abierto / laparoscópica) en apendicitis aguda en estadio inicial.

García Albiach B, Prieto-Puga Arjona T, Aranda Narváz JM, Becerra Ortiz R, Pulido Roa Y, Fernández Burgos I, Montiel Casado C, González Sánchez AJ, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: En la era del abordaje mínimamente invasivo, la incorporación de la vía laparoscópica a la apendicectomía por apendicitis aguda ha sufrido un incremento exponencial en la mayoría de los centros. Sus ventajas, claramente definidas para otras patologías, también existen en relación con la apendicectomía laparoscópica (AL). Sin embargo, salvo en la reducción de las tasas de SSI parietal, en muchos aspectos las ventajas clínicas con respecto a la apendicectomía abierta (AA) convencional han resultado irrelevantes. Por otra parte, la problemática relacionada con la mayor tasa de SSI de órgano / espacio (O/E) comunicado para la AL aún subyace en base a datos de ensayos y metaanálisis y por tanto con máximo grado de evidencia. Presentamos los resultados de un estudio para evaluar el perfil de la SSI postapendicectomía en relación con la vía de abordaje (AA vs AL) en estadios evolutivos iniciales.

Material y método: Estudio observacional analítico de cohortes retrospectivas. Población y ámbito: pacientes inter-

venidos por sospecha de apendicitis aguda durante un periodo de 4 años (2007-2010) en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga (N=868). Criterios de exclusión: población pediátrica (intervenido en otro centro). Criterios de inclusión: pacientes cuyo procedimiento fue definido como potencialmente contaminado en la clasificación de la National Research Council (NRC) (estadio del apéndice normal o flemonoso) (n=570). Subdivisión en dos grupos en base a la variable predictora principal, la vía de abordaje para la apendicectomía (laparoscópica, AL, grupo de estudio; abierta, AA, grupo control), definida por el cirujano principal, generalmente en base a criterios de obesidad o mujer en edad fértil. Variable resultado: SSI, definida y clasificada en base a los criterios del Center for Disease Control and Prevention (CDC), incluyendo seguimiento a 30 días. La estratificación del riesgo infeccioso se realizó mediante el cálculo del índice National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS) del CDC a partir de sus componentes (ASA, duración de la intervención, tipo de cirugía NRC). Análisis estadístico: software SPSS. Análisis descriptivo muestral y de homogeneidad con estimadores habituales y bivalente con test de χ^2 ; 2, aceptando significación estadística con $p < 0,05$ y calculando la odds de riesgo (OR) con su pertinente intervalo de confianza 95% (IC95%).

Resultados: Muestra final constituida por 570 pacientes, 55% hombres y 45% mujeres, con edad mediana de 26 años (rango: 14-84). En 89 pacientes (15%) la apendicectomía se realizó por vía laparoscópica (grupo de estudio, AL) y en 481 pacientes (85%) por vía abierta (grupo control, AA). En el grupo AL se objetivó un mayor porcentaje de mujeres (54% en AL vs 44% en AA) y una edad media mayor (36 años en AL vs 28 en AA), probablemente por la indicación de AL relacionada con la obesidad. En el grupo de AL, el primer cirujano fue más frecuentemente un adjunto o un residente de segundo ciclo, mientras que la AA fue realizada con más frecuencia por residentes de primer o segundo año ($p < 0,000$). Respecto a los componentes del score NNIS, ambos grupos fueron homogéneos respecto al ASA (95% de ASA I-II en ambos grupos), pero la duración de la intervención fue 12 minutos superior en el grupo AL ($p < 0,000$), lo que determinó un mayor porcentaje de NNIS de riesgo 1 en el grupo AL ($p < 0,003$). La tasa de SS I fue: 4,7% en AL, 4,6% en AA (OR 1,03; IC95% 0,3-3, n.s.), distribuidas del siguiente modo: superficiales: 2,4% AL vs 3,5% AA; órgano / espacio (O/E): 2,4% AL vs 1,1% AA (n.s.).

Conclusión: En la apendicitis aguda en estadios iniciales no existe diferencia en cuanto a la incidencia ni en cuanto al perfil de SSI en función de la vía de abordaje empleada para la apendicectomía.

Apendicectomía abierta vs laparoscópica

Beatriz Marengo de la Cuadra, Marina Retamar Gentil, Jose Lopez Ruiz, Francisco Del Río Lafuente, Laura Sanchez Moreno, Jose López Pérez, Fernando Oliva Monpeam

H.U.V.Macarena. Sevilla

Objetivo: Comparar los efectos diagnósticos, terapéuticos y la morbilidad derivada de la cirugía laparoscópica frente a

la cirugía abierta en pacientes diagnosticados de apendicitis aguda

Material y método: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyen 244 pacientes diagnosticados de apendicitis aguda en nuestro hospital, desde el 1 de Enero 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010.

De los 244 pacientes, 108 apendicectomía pertenecen al grupo de cirugía abierta y 136 a cirugía laparoscópica.

Se van a comparar las estancias hospitalarias y la morbilidad quirúrgica, teniendo en cuenta la infecciones de herida quirúrgica y las complicaciones distintas a infección de herida (abscesos intraabdominales) así como la necesidad de reintervención o reingreso.

Resultados: La conversión a laparotomía fue necesaria en 12 pacientes, todos ellos presentaban apendicitis aguda complicada.

En el grupo de cirugía abierta, desarrollaron infección del sitio quirúrgico 10 pacientes, todos ellos con apendicitis aguda complicada, frente a ninguna infección en el grupo de cirugía laparoscópica.

Cuatro pacientes desarrollaron colecciones intraabdominales, de los que solo 1 requirió reintervención, en el grupo de cirugía laparoscópica, frente a un único paciente en cirugía abierta.

Dos paciente desarrollaron fístula intestinal de bajo débito, resuelta mediante tratamiento conservador en cirugía abierta, frente a un paciente en cirugía laparoscópica.

Un paciente necesitó reintervención por visceración en cirugía abierta

Un paciente requirió reingreso por infección de herida quirúrgica para tratamiento antibiótico intravenoso

La mediana de la estancia fue de 1 día para cirugía laparoscópica frente 2 días para cirugía abierta

Conclusiones: Estos resultados indican que la apendicectomía laparoscópica en las apendicitis es una vía de abordaje segura y ofrece ventajas significativas con respecto a la vía abierta.

En general, se recomienda utilizar la laparoscopia en los pacientes con duda diagnóstica de apendicitis, a menos que la laparoscopia en sí esté contraindicada o no sea posible realizarla.

Los pacientes que más parecen beneficiarse especialmente con la AL son las mujeres jóvenes, (en nuestro estudio 7 pacientes fueron diagnosticada de patología ginecológica) y los pacientes obesos.

Experiencia en Cirugía Colorrectal Laparoscópica en un hospital de 2º nivel

Dra. T. Gómez Sánchez, Dr. Sánchez Relinque, Dr. Grasa González, Dr. Rodríguez Ramos, Dr. Tejedor Cabrera, Dra. Gómez Modet, Dra. Salas Díaz, Dr. García Romero

Hospital Punta de Europa - AGS Campo de Gibraltar. Cádiz

Introducción: La cirugía laparoscópica de colon se inició a principios de la década de los noventa. Durante años esta cirugía se ha visto frenada por dos factores: primero la dificultad de realizar una técnica exigente para el cirujano que requiere entrenamiento y experiencia tanto en cirugía laparoscópica como en cirugía colorrectal convencional; y por otro lado la aparición de complicaciones graves que obligó a replantear la técnica.

En los últimos años, se ha demostrado que la eficacia del abordaje laparoscópico en cirugía colorrectal es similar a la cirugía abierta, con tasas de complicaciones similares y beneficios con respecto al abordaje convencional.

Material y métodos: Presentamos un estudio descriptivo incluyendo todos los pacientes intervenidos de patología colorrectal por vía laparoscópica desde enero de 2009 a marzo de 2011 en nuestro servicio.

Resultados: Se intervinieron 37 pacientes con una media de edad de 65,16 años siendo, de ellos, 20 varones y 17 mujeres. En total 9 presentaban cirugía abdominal previa. La indicación fue en 20 casos neoplasia de colon izquierdo, 4 casos de colon derecho, 10 casos de neoplasia de recto y 9 casos de diverticulosis.

La técnica más frecuente fue la hemicolectomía izquierda. La tasa de conversión fue del 8%, el tiempo de intervención fue de 198 minutos (120-340 minutos) y la estancia media hospitalaria de 9,94 días. La morbilidad fue del 16,21%, la tasa de reintervenciones del 5,40% y la mortalidad de 0%.

Conclusiones: Actualmente, nuestros resultados muestran una menor necesidad de analgesia y un inicio más temprano de la alimentación así como una calidad de vida similar a la cirugía laparotómica semanas después de la intervención.

Por lo tanto, el abordaje laparoscópico de la patología colorrectal es seguro y factible, con resultados equiparables a lo reportado en la literatura para la cirugía abierta.

Calibración y discriminación del modelo Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity (POSSUM) como predictor de morbilidad tras cirugía de colon urgente y de urgencia diferida.

Becerra Ortiz R, Aranda Narváez JM, Fernández Burgos I, Pulido Roa Y, Prieto-Puga Arjona T, García Albiach B, Titos García A, Marín Camero N, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La patología colónica urgente que precisa cirugía inmediata o de urgencia diferida define un colectivo de pacientes con elevada probabilidad de morbimortalidad postoperatoria. El predictor de morbilidad más aceptado es la escala POSSUM, refrendada por numerosos trabajos, sin faltar sin embargo aportaciones en cuanto a su falta de rendimiento predictivo y su variabilidad en diferentes circunstancias y procedimientos. Pocas referencias existen en cuanto a la capacidad predictiva de este modelo con respecto a la morbilidad asociada específicamente a este contexto clínico. Presentamos un estudio con este objetivo, analizando la morbilidad postoperatoria de la cirugía de colon con carácter urgente o de urgencia diferida, y definiendo parámetros de calibración y discriminación del modelo POSSUM en estos pacientes.

Material y método: Estudio observacional analítico, elaborado sobre la cohorte de pacientes que precisaron cirugía inmediata o de urgencia diferida por patología colónica urgente durante un periodo de 24 meses (Enero 2009-Diciembre 2010), intervenidos por la Unidad de Urgencias de Cirugía del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. Variable predictora: escala POSSUM de morbilidad

$(x = (0.16 * \text{score fisiológico}) + (0.19 * \text{score operatorio}) - 5.91)$; probabilidad de morbilidad = $1/(1 + e^{-x})$). Variable resultado: morbilidad, clasificada según las aportaciones de Dindo-Clavien. Análisis estadístico: software SPSS. 1) Análisis descriptivo de morbilidad global según estimadores habituales; 2) Test de la χ^2 y regresión logística binaria; 3) Calibración mediante test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow; 4) Discriminación mediante curva Receiver Operating Characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC). Se aceptaron como de relevancia estadística niveles de significación $p < 0.05$ y para todos los parámetros se definió su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Muestra compuesta por 64 pacientes, con edad mediana de 60 años (r: 18-90), 29 hombres (45%) y 35 mujeres (55%). Mayoritaria etiología neoplásica con componente obstructivo o perforativo (57.8%). Cirugía urgente 48% y de urgencia diferida 52%, con 9.5% de intención de abordaje laparoscópico (3.1% de conversión). Los procedimientos más frecuentemente empleados fueron la hemicolectomía derecha (29.7%) e izquierda con washed-out y anastomosis primaria (20.3%), teniendo que asociar algún gesto quirúrgico adicional en el 50% de los pacientes. Solo 15.6% de procedimientos precisaron ostomías terminales o derivativas. Morbilidad global del 60% (39% grados I-II de la clasificación de Dindo-Clavien) y 6 éxitos (9.4%). De la morbilidad destacan 5 episodios (7.8%) de dehiscencia anastomótica y 13 (20%) pacientes con infección de sitio quirúrgico (17% parietales, 3% de órgano/espacio). La distribución de la morbilidad por estratos definidos por la escala POSSUM fue la siguiente: 0-40: 41%; 41-70: 74%; 71-100: 77% ($p < 0.02$). Buena calibración (test de Hosmer-Lemeshow n.s.) y aceptable aunque lábil capacidad discriminativa (AUC de curva ROC: 68%, $p < 0.01$, IC95% 0.5-0.8) del modelo POSSUM para morbilidad.

Conclusiones: La cirugía necesaria para el tratamiento de la patología colónica de presentación urgente conlleva una elevada morbimortalidad. El modelo POSSUM en este contexto clínico ha mostrado una buena capacidad de detección global de eventos de morbilidad (calibración) y roza la aceptabilidad en cuanto a capacidad de discriminar individualmente pacientes de riesgo, por lo que su información debe tomarse con precaución.

Escala Physiologic and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity (POSSUM) y sus variantes Portsmouth (P-POSSUM) y Colorectal (CR-POSSUM) como predictores de mortalidad en cirugía de colon de urgencias.

Becerra Ortiz R, Aranda Narváez JM, Pulido Roa Y, Fernández Burgos I, Prieto-Puga Arjona T, García Albiach B, González Sánchez AJ, Montiel Casado C, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La cirugía inmediata o de urgencia diferida por patología colónica urgente asocia una significativa tasa de morbimortalidad. El predictor de mortalidad más aceptado es la escala POSSUM y su variante P-POSSUM, aunque su generalización a circunstancias e intervenciones de toda índole ha originado sugerencias en torno a defectos en su capacidad predictiva global, y paralelamente al diseño de modelos predictivos específicos. Pocas aportaciones existen en torno a la aplicabilidad de estos modelos en la cirugía urgente de colon. Presentamos un estudio analizando la capacidad predictiva, calibración y discriminación de tres modelos predictivos (POSSUM, P-POSSUM y CR-POSSUM) sobre la mortalidad postoperatoria tras cirugía de colon con carácter urgente o de urgencia diferida.

Material y método: Estudio observacional analítico, elaborado sobre la cohorte de pacientes que precisaron cirugía inmediata o de urgencia diferida por patología colónica urgente durante un periodo de 24 meses (Enero 2009-Diciembre 2010), intervenidos por la Unidad de Urgencias de Cirugía del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. Variable predictor: escalas POSSUM de mortalidad, P-POSSUM y CR-POSSUM. Variable resultado: mortalidad postoperatoria, definida como la producida en los primeros 30 días del postoperatorio. Análisis estadístico: software SPSS y Epidat 3.1. 1) Regresión logística binaria con cada una de las escalas como predictor; 2) Calibración mediante test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow (buena calibración si test n.s.); 3) Discriminación mediante curva Receiver Operating Characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC). 4) Comparación de curvas ROC y AUC mediante χ^2 de homogeneidad de áreas. Se aceptaron como de relevancia estadística niveles de significación $p < 0,05$ y para todos los parámetros se definió su intervalo de confianza al 95% (IC_{95%}).

Resultados: Muestra compuesta por 64 pacientes, con edad mediana de 60 años (r: 18-90), 29 hombres (45%) y 35 mujeres (55%). Mayoritaria etiología neoplásica con componente obstructivo o perforativo (57.8%). Los procedimientos más frecuentemente empleados fueron la hemicolectomía derecha (29.7%) e izquierda con washed-out y anastomosis primaria (20.3%), teniendo que asociar algún gesto quirúrgico adicional en el 50% de los pacientes. Mortalidad: 6 pacientes (9.4%). Los resultados principales del estudio fueron: buena calibración (Hosmer-Lemeshow n.s.) pero labilidad en la capacidad discriminativa (AUC 0,7; $p < 0,1$) de las escalas POSSUM y P-POSSUM, sin diferencias significativas entre ellas. Sin embargo la escala CR-POSSUM mostró igualmente una buena calibración y superó ampliamente a las otros dos scores en cuanto a capacidad discriminativa, con una AUC 0,85 (IC_{95%}

0,7-0,9; $p < 0,005$) y diferencias significativas en el test comparativo de AUC ($p < 0,05$).

Conclusión: Las escalas POSSUM y P-POSSUM, aunque bien calibradas, tienen una lábil capacidad discriminativa. El modelo CR-POSSUM, específicamente diseñado para cirugía colorrectal, consigue una mayor capacidad predictiva en parámetros de calibración y discriminación, ajustándose mejor a la mortalidad postoperatoria tras cirugía de colon urgente o de urgencia diferida.

Crossectomía alta sin sección vascular vs crossectomía clásica

Cañizares Díaz, I; Docobo durantez, F; Delfin Salazar, E; Gómez Uncu, Y; Martín Martín, JM

Hospital Blanca Paloma. Huelva

Introducción: Uno de los principales problemas con los que se enfrentan los cirujanos que realizan cirugía venosa es la alta tasa de recidivas. Son diferentes los tipos de recidiva, siendo el más frecuente el tipo reticular o grado 1 de DeMaeseneer. Este tipo de recidiva se explica por la neoangiogénesis provocada por la siembra de células endoteliales. Con objeto de reducir esta, describimos una variante técnica a la crossectomía clásica.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo y randomizado donde 150 pacientes son clasificados en dos grupos sometiendo a una de ellos a safenectomía con crossectomía clásica y al otro a safenectomía con crossectomía sin sección vascular.

Resultados: En el grupo de la safenectomía con crossectomía clásica observamos una tasa global de recidivas al año muy superior frente a la tasa del grupo de pacientes sometidos a safenectomía con crossectomía sin sección vascular. En el análisis diferenciado según el tipo de recidiva se observa que existen diferencias significativamente estadísticas en las de tipo reticular a favor del grupo de safenectomías con crossectomía sin sección vascular. En cambio con respecto a las varices grado 2 de DeMaeseneer no existen diferencias apreciables.

Conclusión: La crossectomía sin sección vascular consigue reducir la tasa de recidivas tipo reticular frente a la crossectomía clásica y derivado de esto también reduce la tasa global de recidivas.

Estudio de morbimortalidad en la cirugía urgente de la hernia crural

Cepeda Franco C, Sojo Rodríguez V, Ramírez Plaza CP, Tallón Aguilar L, Flores Cortes M, Lopez Bernal F, Prendes Sillero E, García Cabrera AM, Pareja Ciuró F, Padillo Ruiz J.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Analizar los factores que condicionan la morbilidad y la mortalidad de la intervención quirúrgica urgente por hernia crural.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de los pacientes intervenidos de urgencia por hernia crural complicada en el Hospital Universitario Virgen del Rocío desde Enero 1996 hasta la actualidad. Las variables estudiadas son: sexo, edad, presencia de síntomas o radiología sugestivos de obstrucción intestinal, pruebas preoperatorias, comorbilidades, demora en el tratamiento, vía de abordaje,

técnica quirúrgica, necesidad de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos y postoperatoria global, complicaciones y tasa de mortalidad.

Resultados: La mayoría de los pacientes intervenidos de forma urgente por hernia crural complicada en nuestro Hospital son mujeres, con una mayor frecuencia en edades superiores a los 70 años. Los síntomas digestivos al ingreso y la imagen radiológica con niveles hidroaéreos fue frecuente entre los pacientes que requirieron posteriormente una resección intestinal. La prueba diagnóstica preoperatoria más frecuentemente usada fue la radiología simple de abdomen, con poca sensibilidad y especificidad. Aunque el grupo de pacientes que no precisó resección intestinal fue mayoritario con respecto al grupo que la necesitó, los pacientes tributarios de resección intestinal mostraron características de grupo, complicaciones y mortalidad diferentes respecto al subconjunto sin resección; con diferencias destacables en cuanto a media de edad, estancia postoperatoria global, prevalencia de complicaciones totales y mortalidad.

Conclusiones: Ante un paciente de sexo femenino, añosa, que consulta en urgencias por cuadro de dolor abdominal y vómitos, siempre debemos tener en cuenta la patología herniaria de la región crural como posible origen del cuadro, debido a la alta morbimortalidad que ésta conlleva y a la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz. La demora en el tratamiento y la resección intestinal asociada son los factores más influyentes en la posterior evolución del paciente; por lo que un cuadro clínico y una radiología compatibles son más que suficientes para plantear una intervención quirúrgica urgente. Por tanto, consideramos primordial la necesidad de explorar los orificios herniarios en todo paciente que acuda a Urgencias por un cuadro de estas características, haciendo un especial hincapié en este grupo de pacientes.

Cirugía del elastofibroma de pared torácica

C.F Giraldo Ospina, F. Hernández Escobar, S, Sevilla López, A. Alkourdi Martínez, F. Quero Valenzuela, C. Bayarri Lara, A. Sanchez Palencia, J. Ruiz Zafra, A. Cueto Ladrón de Guevara.

Servicio de Cirugía torácica Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: El elastofibroma dorsi es una rara tumoración benigna de lento crecimiento formada por tejido fibroadiposo en degeneración. Se presenta más frecuentemente en mujeres entre 40 y 70 años en la región subescapular. Su etiología es incierta, aunque parece deberse a microtraumatismos de repetición relacionados con actividades manuales y ocupacionales.

Objetivo: Conocer las características clínico-epidemiológicas de los casos de elastofibroma intervenidos en la unidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos desde febrero de 2005 a octubre de 2010 diagnosticados e intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de elastofibroma dorsi. Se recogieron las siguientes variables: presentación clínica del tumor, sexo, edad media, localización, tamaño, evolución, recidiva, estancia hospitalaria, complicaciones, diagnóstico y tratamiento.

Resultados: Se contabilizaron un total de 10 casos, la relación hombre-mujer fue 3:7, con una edad media de 55.7 años

(rango 35-78). El síntoma más frecuente fue dolor y/o bultoma en 7 de los casos. La localización del elastofibroma fue: 4 sub-escapulares izquierdos, 3 derechos y 3 bilaterales. La estancia media hospitalaria fue de 6.6 días (rango 5-11). La pieza operatoria tuvo una media de diámetro máximo de 7.3 cm (rango 5-12). El postoperatorio fue favorable en el 100%. Sólo un caso desarrolló un seroma como complicación postquirúrgica precoz y otro dolor crónico como complicación tardía. El VPP de las pruebas de imagen RMN y TAC en el diagnóstico de elastofibroma fue del 90%, mientras que en un 10 % el diagnóstico fue fibrolipoma.

Conclusión: 1. El elastofibroma predomina en el sexo femenino y se manifiesta generalmente en la edad media de la vida como bultoma o dolor subescapular unilateral o bilateral.

2. El diagnóstico por técnicas de imagen (RMN y TAC) es muy preciso siendo necesario el diagnóstico de certeza para descartar malignidad mediante biopsia.

3. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica, con excelentes resultados funcionales.

Roturas diafragmáticas de origen traumático

F. Hernández Escobar, F. Quero Valenzuela, S. Sevilla López, A. Alkourdi Martínez, CF Giraldo Ospina, C. Bayarri Lara, A. Sanchez Palencia, J. Ruiz Zafra, A. Cueto Ladrón de Guevara.

Servicio de Cirugía torácica Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Las lesiones diafragmáticas tras un traumatismo abierto o cerrado es una entidad poco frecuente que conlleva una elevada morbimortalidad así como de lesiones asociadas. El diagnóstico puede ser tardío y asociado a alguna complicación secundaria a la rotura como herniación de víscera abdominal. Es más frecuente en el lado izquierdo debido a la protección hepática derecha y su tratamiento es siempre quirúrgico.

Objetivo: Valoración clínico-epidemiológica así como tratamiento y resultado de todas las roturas diafragmáticas traumáticas del servicio.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de 32 casos de lesiones diafragmáticas traumáticas tratadas en el servicio durante el periodo de diciembre de 1986 a octubre de 2010. Las variables analizadas fueron edad, sexo, localización, causa, mecanismo lesional, presencia de lesiones asociadas, diagnóstico inicial o diferido, vía de abordaje, tratamiento y mortalidad. El objetivo del estudio es la valoración clínico-epidemiológica así como tratamiento y resultado de todas las roturas diafragmáticas traumáticas del servicio.

Resultados: Edad media 36.95 años (14-72) Sexo: 26 hombres (81.25 %) y 6 mujeres (18.75%) Causa: accidente de tráfico 13 (40.6 %), arma blanca 7 (22 %), arma de fuego 5 (15.4 %) y otras 7 (22%). Mecanismo lesional: traumatismo cerrado 19 casos (59.3%) y abierto 13 casos (40.7%). Localización: 50 % hemidiafragma izquierdo y 50% derecho. Diagnóstico: inicial 21 (65.6%) y tardía 11 casos (34.4%). Lesiones asociadas: 26 casos (81.2%). Abordaje: toracotomías 13, laparotomías 3, videotoracoscopia reconvertida a toracotomía 4, toracolaparotomías 10, videotoracoscopia 1 laparoscopia 1 caso.

Tratamiento: Sutura directa con material irreabsorbible 28 casos y uso de prótesis o malla en 4 casos. Mortalidad: 1 caso operatoria y 2 postoperatoria.

Conclusiones: 1.- Es más frecuente en adultos jóvenes tras un accidente de tráfico sin presentar localización preferente, a diferencia de la predilección izquierda de la literatura.

2. El diagnóstico es tardío en un tercio de los casos a pesar de las técnicas de imagen disponibles aumentando la mortalidad y complicaciones asociadas.

3. El tratamiento quirúrgico es la norma, siendo la toracotomía la vía de abordaje más frecuente, con sutura del defecto con materiales irreabsorbibles o en menor medida prótesis o mallas.

Resultados del tratamiento quirúrgico de la oclusión mecánica del colon izquierdo tras la colocación de prótesis endoluminal autoexpandible

J.J. Segura Sampedro, A.M. García Cabrera, G. Jiménez Riera, F. López Bernal, E. Prendes Sillero, R. Jiménez Rodríguez, C.P. Ramírez Plaza, M. Flores Cortés, F. Pareja Ciuró, F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Un 25% de los pacientes con neoplasia de colon presentan al inicio de su enfermedad un cuadro obstructivo que requiere tratamiento urgente. La colocación de prótesis endoluminal autoexpandible permite realizar una cirugía definitiva semielectiva y en un tiempo en pacientes con neoplasia estenosante de colon izquierdo.

Pacientes y método: Estudio descriptivo-retrospectivo de los pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía de Urgencias del HUVR por obstrucción mecánica de colon izquierdo-descendente tras la colocación de endoprótesis durante los años 2009 y 2010. Se han analizado variables epidemiológicas, localización e histopatología del tumor, tipo y secuencia temporal de cirugía realizada, así como la morbimortalidad.

Resultados: Un total de 12 pacientes han sido intervenidos, 7 mujeres y 5 varones, con una edad media de 65,1 años (48-84). La localización más frecuente de la tumoración fue el colon sigmoideo (4), seguida de unión colon descendente-sigma (3), ángulo esplénico (2), colon descendente (2) y 1 caso en la unión recto-sigmoidea. La cirugía se ha realizado de forma programada y en dos episodios de ingreso diferentes en 8 casos (66.6%), con una estancia media de 13,75 días. En los 4 pacientes restantes se ha realizado todo el proceso en el mismo ingreso; en 2 de ellos la intervención fue realizada con carácter urgente por complicaciones posteriores a la colocación de la prótesis, con una estancia media de 34,25 días (28-45). Un total de 7 pacientes han sido intervenidos mediante abordaje laparoscópico (58.3%), con un caso de conversión (14.2%). La estancia media postoperatoria ha sido de 17 días, 5,8 días en el grupo laparoscópico y 23,8 días en el grupo de cirugía abierta. El tiempo medio transcurrido entre la colocación de la prótesis y la intervención ha sido de 10,91 días (2-24). Se han realizado las siguientes técnicas quirúrgicas: Hemicolectomía izquierda (n=6), resección anterior (n=3), sigmoidectomía (n=2) y colectomía subtotal con ileostomía de protección (n=1). Por tanto, en todos los casos se ha realizado anastomosis primaria. La mortalidad postoperatoria ha sido del 8,3% (1 caso). La morbilidad global ha sido del 50%, con 4 casos de infección superficial del sitio quirúrgico (33,3%), 3 casos de dehiscencia de sutura (25%), 2 visceraciones (16,6%), una fístula

tratada de forma conservadora (8,3%), un absceso subfrénico (8,3%) y una neumonía (8,3%). Un total de 4 pacientes (33,3%) fueron reintervenidos, precisando 3 de ellos la creación de un estoma. Anatomía Patológica: En todos los casos el diagnóstico patológico ha sido de malignidad (adenocarcinoma), con un 66% de casos de presentación como estadio avanzado (III y IV). En 7 pacientes (58%) la linfadenectomía ha sido positiva, con una media de exéreis de 20,75 ganglios (6-31), con cifras similares en abordaje abierto (21,3 ganglios) y laparoscópico (20,1 ganglios).

Conclusiones: La colocación de prótesis endoluminal autoexpandible en cuadros de obstrucción intestinal de colon izquierdo posibilita la realización de cirugía electiva, permitiendo la estabilización clínica del paciente. Sin embargo, sigue presentando una morbilidad significativa que exige seleccionar de forma estricta las indicaciones.

Terapia incontinencia anal con neuroestimulación

C. Jordán Chaves, Carmen Palacios, F. de la Portilla, Ricardo Rada, M. Laporte, J. M. Sánchez Gil, J. L. Gollonet, J. M. Vázquez Monchul, J. M. Díaz Pavón, Carmen Palacios, F.J. Padillo

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La Neuromodulación del nervio tibial posterior es una nueva alternativa no invasiva para el tratamiento de la incontinencia fecal. Si bien en la NM sacra la estimulación temporal percutánea de la raíz es el principal parámetro de selección, en la Neuromodulación del nervio tibial posterior no se ha identificado aún ninguno.

Objetivo: Identificar factores que nos permita predecir la respuesta con la Neuromodulación del nervio tibial posterior.

Material y métodos: Neuromodulación del nervio tibial posterior fue aplicado en 30 pacientes (21 mujeres, edad media 56,8 años). Fueron medidas y sometidas a regresión logística con el objetivo de identificar elementos que nos puedan predecir una buena o mala respuesta al tratamiento, los siguientes factores: edad, sexo, evolución incontinencia, IMC, defecto esfínter, tratamiento previos, score wexner, escala valoración analógica (VAC), FIQL, datos manométricos e intensidad estimulación. Los periodos evaluados fueron a las 12 y 24 sesiones, 6 y 24 meses de haber finalizado el tratamiento.

Resultados: Tras un periodo de seguimiento de 24 meses, se consiguió mejoría en un 51 % pacientes. Se identificaron con factores predictores de buena respuesta: score Wexner 12 sesiones meses (OR: 0.711; IC 0.552-0.912, p<0.008), 24 sesiones (OR: 0.668; IC 0.483-0.923, p<0.015), 6 meses sin tratamiento (OR: 0.454; IC 0.224-0.920, p<0.028), 24 meses sin tratamiento (OR: 0.853; IC 0.747-0.975, p<0.019), VAC a los 24 sesiones (OR: 0.779; IC 0.638-0.951, p<0.014) y nivel estimulación 12 sesiones (OR: 0.726; IC 0.527-0.999, p<0.049).

Conclusión: Unos índices bajos del score Wexner y VAC; así como necesidad de niveles de estimulación menores, pueden predecir buenos resultados con la esta terapia emergente.

Resultados del Tratamiento de la Fisura Anal con Trinitrato de Glicerilo

Vecino Bueno, C, Gómez Rosado JC, Retamar Gentil M, Capitán Morales LC, Mauricio Alvarado C, Martín Pérez B, Oliva Mompean, Fernando.

Servicio de Cirugía General. Unidad de Gestión. Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Analizamos la respuesta al tratamiento con Trinitrato de Glicerilo para la fisura anal en una serie de 70 pacientes así como la aparición de efectos adversos.

Material y métodos: En una serie de 70 pacientes (55% mujeres y 45% hombres) diagnosticados de fisura anal crónica se realiza tratamiento mediante la aplicación 2 veces al día de Trinitrato de glicerilo en pomada con un ciclo de 6 semanas. Se evalúan los resultados mediante revisión en consulta y posterior encuesta telefónica.

Resultados: 85% de los casos fueron fisuras posteriores. La tasa de curación total resultó del 35%, mientras que un 42% reconocieron mejoría sin llegar a la curación y tan solo un 23% precisó cirugía. En cuanto al tiempo de encontrar mejoría se establece una media aproximada de 12 días siendo la moda 15 días.

Como efectos adversos se presentó cefalea en un 65% de los pacientes propiciando la suspensión del tratamiento en 8 pacientes. Sólo se han presentado 4 casos de hipotensión sintomática. Como hallazgos puntuales se relacionó con la aplicación del tratamiento la aparición de náuseas en 2 casos y vértigo autolimitado en otros 2.

Conclusión: El tratamiento de la fisura anal con Trinitrato de Glicerilo consigue resultados aceptables sin graves complicaciones.

Tratamiento de lesiones benignas (adenomas) y cáncer rectal en estadio inicial mediante resección endoanal.

Alberto Titos García, Santiago Mera Velasco, Ivan González Poveda, Manolo Ruiz López, Jose Antonio Toval Mata, Joaquín Carrasco Campos, Isabel Pulido Roa, Marta Valle Carbajo, Julio Santoyo Santoyo

H.R.U. Carlos Haya (Málaga).

Introducción: La resección endoanal es una técnica introducida por Parks en los años 70 para el tratamiento quirúrgico de lesiones de recto medio y bajo, tanto benignas (adenomas) como malignas en estadios iniciales (adenocarcinomas). Hoy en día, y a pesar de la aparición de técnicas nuevas como las técnicas endoscópicas, se sigue considerando una cirugía segura, con baja tasa de complicaciones, baja recurrencia y que ofrece una importante calidad de vida al paciente, sobre todo en el caso de tumores rectales en estadios iniciales al evitar una cirugía mas agresiva como es la resección anterior baja y la amputación abdominoperineal. El objetivo de este estudio es analizar la experiencia de nuestro Hospital con esta técnica en lesiones benignas y malignas rectales, valorando fundamentalmente el grado de recurrencia local, necesidad de reintervención y la supervivencia a corto-medio plazo en los pacientes tratados de cáncer.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes intervenidos en

nuestro servicio mediante resección endoanal por causa benigna o maligna durante el período comprendido entre 1998 y 2010, siendo un total de 69 casos. Se han revisado los datos demográficos, características morfológicas y etiológicas de las lesiones, estancia postoperatoria, complicaciones, anatomía patológica, tasa de recidiva local y necesidad de reintervención, así como supervivencia a corto y largo plazo

Resultados: La edad media de los pacientes ha sido de 66.03 años (rango de 15-88 años) y existe un ligero predominio del sexo masculino (53.6%). Se intervinieron 9 pacientes con diagnóstico preoperatorio por biopsia de pólipo hiperplásico, 48 adenomas y 10 adenocarcinomas que aumentaron a 23 tras el resultado histopatológico de la pieza. 10 de estos pacientes fueron un estadio II, decidiéndose reintervención a cirugía convencional resectiva en 3 pacientes. La tasa de complicación relacionada con la cirugía fue baja, apareciendo sangrado rectal (2.89%), perforación rectal (1.44%), incontinencia anal (2.89%) y una mortalidad del 1.44%. La estancia media postoperatoria ha sido de 3.37 días. El seguimiento se pudo realizar en el 85.51% de los pacientes con un tiempo medio de 77.22 meses. La recurrencia local a 5 años fue variable; 10.81% de adenoma a adenoma, 2.7% de adenoma a carcinoma y 23% de carcinoma a carcinoma. La supervivencia en casos de cáncer rectal a 1, 5 y 10 años ha sido respectivamente del 94.44%, 73.33% y 30%.

Conclusiones: 1) La resección endoanal es una técnica segura con una baja tasa de complicaciones y mortalidad reducida similar a las nuevas técnicas endoscópicas. 2) La recurrencia tras la cirugía es muy reducida con muy buenos datos de supervivencia a largo plazo en el caso de cánceres rectales. 3) Está plenamente justificado su uso en patología benigna rectal como el adenoma y en cánceres rectales en estadios iniciales, Tis y T1; y en casos T2 muy seleccionados en pacientes con alto riesgo quirúrgico o negativa del paciente a una cirugía mas agresiva o a la posibilidad de un estoma.

Reconstrucción electiva del tránsito intestinal en el seno de una Unidad de Cirugía de Urgencias.

Jiménez Riera G, Navas Cuéllar JA, Ramallo Solís IM, Ramírez Plaza CP, Jiménez Rodríguez RM, López Bernal F, Flores Cortés M, García Cabrera AM, Prendes Sillero E, Pareja Ciuró F, Padillo Ruiz FJ.

UCG de Cirugía General y del Aparato Digestivo. HH UU Virgen del Rocío. Sevilla

La confección de un estoma terminal o lateral suele estar asociada a neoplasias obstructivas o perforadas, diverticulitis agudas o procesos benignos complicados, lesiones traumáticas o vólvulos de rectosigma.

La presencia de una ostomía supone un deterioro importante en la calidad de vida de los pacientes, debido fundamentalmente a la aparición de problemas cutáneos, fugas, hernias paraostomales, impacto psicológico y deterioro de la sexualidad. Sin embargo, el reestablecimiento del tránsito intestinal después de una ostomía es un procedimiento quirúrgico mayor de no exento de riesgo, que generalmente se asocia a una elevada morbimortalidad.

El desarrollo de Unidades de Cirugía Urgencia (CU) dentro de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Cirugía General y Digestiva ha supuesto una mejora en los resultados en

la atención a los pacientes intervenidos por patología quirúrgica urgente. Desde su creación, hemos pretendido en nuestra Unidad de CU la atención transversal de todo el proceso asistencial del paciente hasta su alta definitiva, lo cual ha implicado el seguimiento en Consulta Externa y, finalmente, la resolución quirúrgica diferida de secuelas o estados del proceso. De esta forma, en nuestra Unidad de CU hemos asumido y realizado, desde Enero-2009, la reconstrucción del tránsito intestinal en un segundo tiempo de los pacientes intervenidos en situación de urgencias.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos para reconstrucción del tránsito intestinal por parte de nuestra Unidad de CU como consecuencia de una cirugía urgente llevada a cabo que motivó la confección de un estoma temporal en los últimos 27 meses (inicio en enero 2009). Las intervenciones se han llevado a cabo de forma programada en los quirófanos habilitados para la CU y siempre en horario de mañana. Hemos analizado las variables demográficas, la causa de la intervención inicial, el tipo de anastomosis realizada y las complicaciones del procedimiento de reconstrucción.

Resultados: Se han intervenido un total de 20 pacientes, con una media de edad de 50.6 años (22 - 74 años), tratándose el 60% de varones.

El motivo de realización del estoma fue:

- Diverticulitis aguda complicada: 4 casos (20%)
- Neoplasia colónica obstructiva: 3 casos (15%)
- Enfermedad de Crohn: 3 casos (15%)
- Isquemia intestinal: 2 casos (10%)
- Endometriosis: 2 casos (10%)
- Perforación por cuerpo extraño: 2 casos (10%)
- Perforación yatrógena: 1 caso (5%)
- Neoplasia ovárica: 1 caso (5%)
- Vólvulo de sigma: 1 caso (5%)
- Gangrena de Fournier perineal: 1 caso (5%)

En 11 de los pacientes se realizó estoma terminal colónico o intervención de Hartmann (55%), estoma terminal de intestino delgado en 5 pacientes (25%), 3 ileo-colostomías en asa (15%) y una colostomía en asa (5%).

Se realizó un estudio de tránsito intestinal con bario previo a la reconstrucción en 12 de los 20 pacientes (60%).

El tipo de anastomosis realizada fue colo-cólica en 7 casos (35%), ileo-cólica en otros 7 casos (35%) y colo-rectal en el 20% (4 casos). En un caso (5%) se realizó una sutura intestinal, y en otro caso no fue posible realizar la reconstrucción debido a la presencia de una importante peritonitis plástica.

La morbilidad global fue del 20% (4 pacientes): 3 de ellos sufrieron complicaciones menores (infecciones de herida quirúrgica e infección respiratoria, 15%); se dio un caso de morbilidad mayor (5%) por dehiscencia de sutura, siendo necesaria reintervención, rehacer el estoma y estancia prolongada en UCI. Hubo un caso de mortalidad (5%) debido a fallo multiorgánico secundario a shock séptico de origen intraabdominal.

La estancia media postoperatoria de los pacientes sin complicaciones fue de 8.3 días. Para el grupo de complicaciones menores fue de 19.3 días. Los pacientes que requirieron reintervención tuvieron una estancia de media postoperatoria de 49.5 días.

Conclusiones: La cirugía de reconstrucción del tránsito intestinal puede llevarse a cabo con seguridad y buenos resultados en el seno de una unidad de CU en forma de actividad programada. De esta forma, se cumplen dos objetivos: 1) el paciente puede ser tratado por el mismo equipo quirúrgico que la primera vez, con el grado de satisfacción y sensación de continuidad en la atención del proceso que ello genera; 2) se evita que este grupo de pacientes se acumule en las listas de espera quirúrgica y no puedan reconstruirse en los plazos deseados.

Resección transanal por puerto único. Experiencia inicial de una alternativa al TEM

Jiménez Vega FJ, Mulet Zayas O, Márquez Muñoz M, Lorente Herce JM, Galindo Galindo A

Hospital universitario nuestra señora de valme. sevilla

Introducción: La escisión local de tumores rectales en estadios tempranos, se ha presentado como una opción atractiva frente a la cirugía radical, en términos de morbimortalidad y calidad de vida.

Material y método: Desde Septiembre de 2010 hasta Marzo de 2011, hemos intervenido a 7 pacientes con lesiones rectales que cumplían criterios de escisión local.

Resultados: Todos los pacientes fueron sometidos a resección transanal mediante la técnica con single port. Ninguno presentó complicaciones postoperatorias inmediatas reseñables. Hemos evaluado el dolor, el confort y la continencia postoperatoria con excelentes resultados.

Conclusiones: Desde la introducción de la técnica TEM, se ha mostrado como la técnica más segura y eficaz en la escisión local de lesiones rectales, con resultados en términos de supervivencia y recidiva en estadios tempranos superponibles a la cirugía exéretica radical. Aplicando los avances en instrumentación aportados por el desarrollo de la cirugía laparoscópica, y el acceso con puerto único, encontramos la posibilidad de aplicarlos al abordaje transanal.

Programa de Detección precoz y Seguimiento de Lesiones Intraepiteliales Anales Premalignas en Pacientes VIH varones: Resultados iniciales

Segura Jiménez I, Conde Muíño R, Paz Yañez A, Jorge Cerrudo J, Rivero MM, Hidalgo Tenorio C, Pasquau J, Delgado Carrasco ML, Palma P, Ferrón Orihuela A

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Las lesiones intraepiteliales escamosas anales (SIL) asociadas al virus del papiloma humano (VPH), muy frecuentes en la población de varones VIH que mantienen relaciones sexuales con varones, son lesiones potencialmente malignas, precursoras del carcinoma escamoso anal pudiendo progresar a carcinomas invasores con rapidez.

Material y métodos: Población de estudio: 1) Casos: Pacientes varones que tienen sexo con hombres (HSH) VIH positivos procedentes de la Consulta de Enfermedades Infecciosas. 2) Controles: HSH VIH negativos procedentes del entorno de los pacientes. En la primera visita, se realiza citología del canal anal y una segunda muestra para PCR de VPH. En función de los resultados, se realizará el siguiente algoritmo de seguimiento:

- a) Si Citología y PCR negativas se repiten al año.
- b) Si Citología positiva para LSIL con PCR negativa se repiten ambas a los 6 meses.
- c) Si Citología negativa con PCR positiva se repiten ambas a los 6 meses.
- d) Si Citología patológica para LSIL y PCR positiva se repiten ambas a los 6 meses.

e) Si la Citología es compatible con HSIL, el paciente se deriva para realización de Rectoscopia con biopsias de las lesiones macroscópicas sospechosas o tras tinción con ácido acético al 5%. En caso de confirmación, se remiten para exéresis.

Resultados: Se remitieron un total de 9 pacientes. Se aplicó ácido acético, en 4 previa exéresis de lesiones macroscópicas. 4 pacientes presentaban SIL de bajo grado con focos de alto grado, 2 SIL de alto grado, 2 pacientes con carcinoma escamoso y 1 paciente un sarcoma de Kaposi.

Conclusiones: Las lesiones intraepiteliales y los carcinomas anales son frecuentes en los pacientes varones VIH, incluso en aquellos que participan en programas de detección; el seguimiento estrecho es obligado.

Sutura manual frente a mecánica en anastomosis ileocólicas

Becerra Ortiz RM, Mera Velasco S, Ruiz López M, González Poveda I, Carrasco Campos J, Toval Mata JA, Jiménez Mazure C, Valle Carbajo M, Santoyo Santoyo J
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: Las anastomosis ileocólicas se realizan sobre todo para patologías que afectan al colon derecho, ya sea por cáncer o por enfermedad de Crohn. Estas anastomosis pueden realizarse de forma mecánica, usando grapadora lineal, o bien con sutura manual.

Objetivo: Analizar el índice de complicaciones de las anastomosis ileocólicas, comparando las manuales frente a las mecánicas.

Material y método: Se ha realizado un ensayo clínico con 25 pacientes aleatorizados en 2 grupos, entre junio de 2009 y febrero de 2011. Uno de ellos formado por los pacientes en los que se ha practicado anastomosis ileocólica manual, y el otro al que se ha sometido a anastomosis mecánica. Los grupos son homogéneos en todas sus variables.

Resultados: Los datos relativos a los pacientes estudiados fueron: varones 14, mujeres 11; dieciocho pacientes con edad comprendida entre los 41 y 80 años; del total 21 se intervinieron por patología neoplásica, 2 por enfermedad de Crohn y otros 2 por otras patologías. Trece anastomosis fueron manuales y 12 mecánicas, de las cuales 20 se realizaron por abordaje laparotómico, y el resto por laparoscopia. Se detectaron 3 fugas anastomóticas, una de las cuales correspondió a anastomosis manual y 2 a mecánicas, no detectándose correlación estadísticamente significativa (OR 0.46 [0.05-4.46] p=0.59)

Conclusiones: No se ha encontrado relación entre la incidencia de fuga anastomótica y el tipo de anastomosis realizada.

No obstante el escaso número de pacientes invita a continuar con el estudio para aumentar la potencia de los resultados.

Manejo y tratamiento de lesiones anorrectales no tumorales, a propósito de 5 casos clínicos

M.García Avila, J.Medina, G.Krasniqi, C.López Gonzalez, C.Nieto Moral, Z.L. De Julian Fernandez-Cabrera, D. Palomares Rabadán, F. Molina, C.Ugena.

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Introducción: Las tumoraciones benignas del espacio anorrectal son muy poco frecuentes. De etiología variada (vascular, muscular, quística, de tejido adiposo) y predominio en el sexo femenino. En la mayoría de las publicaciones se describen casos individuales. El mayor número de diagnósticos se dan en la edad adulta (80%). Suelen ser asintomáticos. Su posible clínica se relaciona con el tamaño tumoral y la compresión local de la zona. En el manejo diagnóstico, la prueba principal es la RMN, a complementar con TAC, ECO Endoanal, tacto rectal y PAAF guiada por eco si existe alta sospecha de benignidad. Las tumoraciones benignas más frecuentes son: hamartomas, leiomiomas, quistes y tumores de partes blandas. Según su tamaño tumoral, algunas tienen riesgo de malignización. Su tratamiento es la exéresis quirúrgica completa.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo de todos los tumores benignos de la región anorrectal operados entre el 2009 y 2010 en nuestro centro. Las variables a estudio han sido: sexo, edad, antecedentes personales, clínica, pruebas diagnósticas, vía de abordaje quirúrgico, anatomía patológica, estancia media y complicaciones a corto y largo plazo.

Resultados: De los cinco pacientes a estudio, tres eran mujeres y dos eran hombres. El 80 % se encontraban asintomáticos. A todos se les realizó estudio diagnóstico mediante RMN, TAC Y PAAF. Las cinco lesiones se situaban en el espacio anorrectal, pero en especial una de ellas se situaba en el tabique recto-vaginal y otra se extendía desde el espacio anorrectal hacia raíz del muslo derecho. Se intervinieron por vía perianal dos pacientes y por vía perineal los tres restantes. Todos ellos cerrados bajo drenaje. La estancia media fue de 48 horas, sin complicaciones inmediatas ni a largo plazo (0% incontinencia fecal).

Dentro de la serie, la A.P. resultó ser: Tres Leiomiomas, un Hamartoma y un Fibroma Colagenoso.

Conclusiones: La prueba principal diagnóstica para el manejo de las lesiones benignas anorrectales es la RMN. El tratamiento de las mismas es la exéresis quirúrgica completa aún en lesiones benignas asintomáticas.

Cirugía de los bocios endotorácicos

Alkourdi Martínez A., Sevilla López S., Quero Valenzuela F., Hernández Escobar F., Giraldo Ospina C.F., Piedra Fernández I., Bayarri Lara C.I., Ruiz Zafra F.J., Sánchez Palencia Ramos A., Cueto Ladrón de Guevara A.

H.U. Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La patología endotorácica por crecimiento de la glándula tiroidea presenta una baja prevalencia en nuestro medio aunque pueden provocar sintomatología compresiva local grave y en ocasiones se requiere un acceso cervical y mediastínico para su resección.

Objetivos: Analizar las variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y resultados del tratamiento quirúrgico del Bocio Endotorácico (BE).

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de 49 pacientes intervenidos de BE entre 1986 y 2010. Variables: edad y sexo, presencia de cirugía tiroidea previa, presentación clínica, carácter electivo o urgente de la cirugía, abordaje quirúrgico, tipo de resección, complicaciones y anatomía patológica.

Resultados: 49 casos: 31 mujeres (63.27%) y 19 hombres (36.73%). La edad media de los pacientes fue de 58.98 años (30-85). Clasificamos el BE según el porcentaje de localización intratorácica tipo A menor 50% (15 casos), tipo B superior al 50% (28 casos) y tipo C 100% intratorácico (6 casos). Cirugía tiroidea previa: en 8 casos (17.7%). Clínica: la más frecuente fue la disnea, masa cervical palpable, tos irritativa y disfagia. El 16.19% presentaba hipertirodismo. Se realizó fibrobroncoscopia a 11 pacientes (compresión extrínseca y estenosis moderada en 8 casos y severa en 3). Cirugía urgente: en 3 pacientes, siendo electiva en el resto. Abordaje quirúrgico: el más frecuente fue la cervicotomía 33 casos (67.35%), 5 cervico-esternotomía parcial, 2 esternotomías medias completas, 6 toracotomía, 1 caso cervico-toracotomía y 2 cervico-esterno-toracotomía. Tipo de resección: 35 tiroidectomías subtotales, 6 tiroidectomías totales, 4 hemitiroidectomías izquierdas, 4 hemitiroidectomías derechas.

Complicaciones: las más frecuentes fueron la hipocalcemia transitoria 11.84%, parálisis recurrencial unilateral 6.75% y fibrilación auricular 4.4%. Anatomía patológica: benigna 97.77% (el más frecuente bocio coloide multinodular) y maligna 2.22% (dos casos carcinoma anaplásico de tiroides y un caso carcinoma medular). Tamaño medio de la pieza 12.55 cm. rango (4-17). Ausencia de recidiva en la patología benigna entre un periodo de seguimiento mínimo de un año y máximo de 10 años.

Conclusiones:

1. El BE presenta mayor frecuencia en el sexo femenino en edad media de la vida. En la clínica destacan los síntomas respiratorios derivados de la compresión local.
2. El abordaje quirúrgico más frecuente realizado fue la cervicotomía que permite el acceso al mediastino anterior y superior.
3. Los resultados obtenidos son buenos con un porcentaje de complicaciones aceptable y similar a otras series.

Neuroestimulación continua en tiempo real en cirugía endocrina cervical

Jiménez G. A.; Sánchez G. S.; Marín V. C.; Díaz R. M.; López L. C.; Pueyo F. J.A.; Belisova M.; Marengo B.; Díaz M. J.A.; Sánchez M.; Jiménez Calderón M.C.; Vázquez Z. V.

Hospital Universitario Virgen Macarena.-Unidad de Cirugía Endocrina, de la Voz (O.R.L.) y Anestesia. Sevilla

Objetivos: La Neuromonitorización intraoperatoria en Cirugía Endocrina cervical cobra especial relevancia no solo en cirujanos jóvenes sino en los que realizan más de 100 procedimientos anuales, existiendo estudios que demuestran entre el 92 y el 100% de valor predictivo negativo. Presentamos nuestra experiencia como pioneros en nuestro país en estimulación continua del vago cuando hemos superado 400 casos de neuromonitorización.

Material y método: Hemos superado los 400 casos de procedimientos de cirugía endocrina cervical con neuromonitorización en los que hemos realizado estimulación continua del N. Vago obteniendo un perfil y valoración de ondas que permite realizar una calificación funcional predictiva.

Aplicamos nuestro protocolo y con el valor de la valoración funcional en la Unidad de la Voz del Servicio de O.R.L. y del Servicio de Anestesia.

Resultados: Hemos podido constatar la importancia de la valoración de la funcionalidad de las cuerdas vocales y la identificación de lesiones previas a la cirugía programada.

Los valores de latencia y amplitud coinciden con los del International Standards Guideline Statement, si bien no aportan como nosotros hacemos resultados con estimulación continua.

Conclusiones: La Neuroestimulación continua permite apreciar durante el acto operatorio la variabilidad de la amplitud sufrida por los registros obtenidos en tiempo real

Hiperparatiroidismo renal y cáncer de paratiroides.

Jiménez García A.; Marín V. C.; Díaz R.M.; García E. A.; Milán J.A.; Belisova M.; Díaz Milanés J.A.; Jiménez Calderón M.C.; Vázquez Z. V.

Unidad de Cirugía Endocrina Hospital Universitario Virgen Macarena. (U.C.G. Cirugía General y Ap.Dig. Dr. Oliva. E). Sevilla

Introducción: El carcinoma de paratiroides con una frecuencia en torno al 1% en los hiperparatiroidismos primarios, es excepcional en la literatura su descripción en pacientes con insuficiencia renal crónica.

En 2005 aportamos el caso número 18 de la literatura, en paciente en hemodiálisis, y nuevamente ahora dos casos más, siendo nuestro objetivo describir las características y criterios que se exigen para el diagnóstico, así como el tratamiento recomendado.

Material y método: Se presentan dos pacientes intervenidos con fracaso renal crónico, uno en diálisis peritoneal y otro en hemodiálisis. El criterio de indicación quirúrgica ha sido el que se emplea para los pacientes con fracaso renal crónico, y la técnica quirúrgica ha sido de paratiroidectomía subtotal conservando 1/3 de la menos adenomatosa, bien vascularizada y lobectomía tiroidea homolateral a la lesión neoplásica. La evolución ha transcurrido con normalidad produciéndose el descenso automático esperado de la PTH.

Resultados: Buena evolución postoperatoria con regularización de los valores de PTH, y cifras controladas de Calcemia.

Conclusiones: El diagnóstico de carcinoma de paratiroides exige estrictamente el cumplimiento de los criterios de Castleman, y el tratamiento implica una lobectomía tiroidea homolateral con vaciamiento ganglionar terapéutico al menos del compartimento central.

Metástasis en ganglios axilares no centinelas asociada con micrometástasis en ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama invasivo.

A. Palomares Cano; J. Jiménez Anula; M.D. Martín Salvago; N. Palomino Peinado; A. Reguera ; B. Dueñas Rodríguez; ; M. Medina Cuadros.

Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. Jaén

Introducción: Como objetivos de este estudio tenemos determinar la frecuencia de metástasis en ganglios no centinelas en pacientes con micrometástasis en ganglio centinela e identificar factores predictivos de metástasis en ganglios no centinelas.

Material y métodos: Se estudiaron retrospectivamente las pacientes diagnosticadas de carcinoma infiltrante de mama en las que se realizó linfadenectomía axilar por micrometástasis en el ganglio centinela, tratadas en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén, entre mayo de 2005 y octubre de 2010. Se estudiaron características clínicas (edad, tamaño tumoral clínico, estadio clínico, quimioterapia neoadyuvante) e histopatológicas del tumor (tamaño tumoral patológico, tipo histológico, grado histológico, receptores estrogénicos, receptores de progesterona, herceptest e invasión linfovascular). En la linfadenectomía se determinó el tamaño de las metástasis de los ganglios afectos. Se estudió la relación entre la afectación tumoral de los ganglios no centinelas y las características clínicas e histopatológicas del tumor.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizó biopsia selectiva de ganglio centinela en 423 pacientes con carcinoma infiltrante. En 18 casos (4%) el ganglio centinela presentó micrometástasis y se practicó linfadenectomía axilar. En cuatro pacientes (22%) se detectaron metástasis en ganglios no centinelas. Tras la linfadenectomía, la clasificación ganglionar pasó de pN1(mi) a pN1 en dos casos, a pN2 en un caso y en otra paciente se mantuvo pN1(mi). En el análisis bivalente no se encontró relación entre la afectación tumoral de los ganglios no centinelas y las características clínicas e histopatológicas del tumor.

Conclusiones: En la muestra estudiada, la linfadenectomía cambió la estadificación de los ganglios axilares en el 22% de los casos. No se encontró relación entre la afectación de los ganglios no centinelas y las características clínicas e histopatológicas del tumor.

Resultados de la aplicación del programa MATLAB v 7.0 en el diagnóstico de patología mamaria

Otero Cabot E, Cabot Ostos E, Ortega Beviá JM, Gómez Gonzalez E.

Departamento de Cirugía. y Departamento de Física Apliaca. Universidad de Sevilla

Introducción: La ecografía mamaria es una excelente herramienta para el diagnóstico de la patología mamaria habitual. Su complemento con la mamografía permite obtener resultados altamente satisfactorios en la mayoría de los casos. Aún así,

Queda un número determinado de pacientes que requieren para su diagnóstico definitivo la realización, bien de una PAFF

o de una biopsia previa o intraoperatoria para establecer con seguridad el tipo exacto de patología de los pacientes.

Nuestro grupo ha desarrollado una herramienta que consiste en un programa informático donde tanto el procesado matemático un así como la interfaz gráfica han sido desarrollada con el programa MATLAB en su versión 7.0. Para su desarrollo se ha utilizado un PC convencional

Material y Método: El estudio ha abarcado a un total de 157 pacientes con diagnósticos de Quistes (62), Fibromas (68) y Cánceres de mama (27). Las imágenes de tamaño 716x537 px han sido obtenidas mediante un equipo de ultrasonidos Toshiba modelo APLIO-XV trabajando a una frecuencia entre 5 y 12 Mhz

Resultados: Todos los resultados obtenidos tanto en la segmentación como en el cálculo de estimadores se presentan de forma global y resumida para la mejor comprensión del usuario, generándose un Informe de Resultados que contiene toda la información del paciente y de la imagen estudiada: datos personales, síntomas, imagen de ecografía estudiada, resultados de la segmentación y resultados del análisis (estimadores y diagnóstico).

De esta forma, en el grupo de la patología diagnosticada de quistes (62 pacientes) siguiendo el proceso habitual ecográfico se presentaron 7 casos (11,29%) de diagnóstico erróneo (fibromas) según nuestro método. En el Bloque de pacientes diagnosticados de Fibromas según la metodología convencional (68) se detectaron 3 errores (4,41 %) según nuestro estudio. En el bloque de 27 pacientes con Cáncer el diagnóstico fue coincidente entre ambos métodos.

Conclusiones: La herramienta que presentamos puede ser especialmente útil en los casos de duda diagnóstica al permitir la visualización de las imágenes de otra forma complementaria a la ecografía tradicional. Por otro lado creemos que mejorando los parámetros comparativos podremos mejorar nuestra capacidad diagnóstica.

Resultados del Tratamiento de la Fisura Anal con Trinitrato de Glicerilo

Vecino Bueno, C, Gómez Rosado JC, Retamar Gentil M, Capitán Morales LC, Mauricio Alvarado C, Martín Pérez B, Oliva Mompean, Fernando.

Servicio de Cirugía General. Unidad de Gestión. Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Analizamos la respuesta al tratamiento con Trinitrato de Glicerido para la fisura anal en una serie de 70 pacientes así como la aparición de efectos adversos.

Material y métodos: En una serie de 70 pacientes (55% mujeres y 45% hombres) diagnosticados de fisura anal crónica se realiza tratamiento mediante la aplicación 2 veces al día de Trinitrato de glicerilo en pomada con un ciclo de 6 semanas. Se evalúan los resultados mediante revisión en consulta y posterior encuesta telefónica.

Resultados: 85% de los casos fueron fisuras posteriores. La tasa de curación total resultó del 35%, mientras que un 42% reconocieron mejoría sin llegar a la curación y tan solo un 23% precisó cirugía. En cuanto al tiempo de encontrar mejoría se establece una media aproximada de 12 días siendo la moda 15 días.

Como efectos adversos se presentó cefalea en un 65% de los pacientes propiciando la suspensión del tratamiento en 8 pacientes. Sólo se han presentado 4 casos de hipotensión sintomática. Como hallazgos puntuales se relacionó con la aplicación del tratamiento la aparición de náuseas en 2 casos y vértigo autolimitado en otros 2.

Conclusión: El tratamiento de la fisura anal con Trinitrato de Glicerido consigue resultados aceptables sin graves complicaciones.

Casos especiales en suprarrenalectomía laparoscópica

M Martos, C Méndez, R Jiménez, A Razak, M Pérez, I García, J Padillo

En la cirugía de las glándulas suprarrenales, tanto el diagnóstico y manejo preoperatorio como la sistemática de abordaje laparoscópico por vía fundamentalmente transabdominal lateral están perfectamente establecidos, respondiendo a las necesidades de la mayoría de los pacientes. Sin embargo, hay casos que por uno y otro no son tributarios de este esquema estándar. Presentamos 8 casos de especial interés seleccionados de entre las más de 250 suprarrenalectomías laparoscópicas realizadas en nuestra unidad.

Cirugía suprarrenal en España: resultados finales de una encuesta nacional.

Alejandro Paz Yáñez (1), Jaime Jorge Cerrudo (1), Susanna Gil Loza (1), Pablo Moreno Llorente (2), Juan Manuel Martos Martínez (3), César Pablo Ramírez Plaza (4), Cristina Martínez Santos (5), Eduardo Domínguez-Adame Lanuza (6), Mario Serradilla Martín (7), Francisco Mateo Vallejo (27), Francisco Herrera Fernández (34) Teresa Alves Conceição (36), Nuria Muñoz Pérez (1), Juan Ignacio Arcelus Martínez (1), Jesús María Villar del Moral (1), Jose Antonio Ferrón Orihuela (1).

(1) Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. (2) Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. (3) Servicio de Cirugía General, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. (4) Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga. (5) Servicio de Cirugía General, Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga). (6) Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. (7) Servicio de Cirugía General, Complejo Hospitalario de Jaén. (8) Servicio de Cirugía General, Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz). (9) Servicio de Cirugía General, Hospital de Santa Ana, Motril (Granada). (10) Servicio de Cirugía General. Hospital Torrecárdenas de Almería. . Granada

Introducción: Dada la disponibilidad del abordaje laparoscópico y la creciente detección de incidentalomas, las indicaciones de suprarrenalectomía pueden estar cambiando. La Sección de Cirugía Endocrina de la Asociación Española de Cirujanos diseñó un estudio para evaluar sus indicaciones y resultados en los servicios quirúrgicos españoles.

Material y métodos: Se recogieron datos respecto al tipo de Hospital y Servicio, volumen de procedimientos, estudios de

localización y preparación preoperatoria, indicaciones, técnica quirúrgica, instrumental utilizado, y resultados en términos de morbilidad y estancia. Se compararon los resultados de los centros en función de su volumen de actividad, utilizando la prueba de Mann-Whitney para variables cuantitativas y chi cuadrado para cualitativas.

Resultados: Treinta y seis centros cumplimentaron el cuestionario, incluyendo 301 adrenalectomías realizadas en 2008. Las lesiones extirpadas más frecuentes fueron feocromocitoma (25,2%), adenoma no funcionante (16,2%), aldosteronoma (15,9%), adenoma de Cushing (11,2%), metástasis (10,3%), mielolipoma (5,6%), y carcinoma (4,9%).

Se realizó abordaje laparoscópico en el 83,7% de casos (el 6,7% requirió conversión a laparotomía). La estancia media hospitalaria fue de 3,9 días para adrenalectomía laparoscópica y 7,4 para laparotómica. En Unidades de alto volumen hubo una mayor proporción de casos tratados por laparoscopia ($p=0,019$) y menor estancia global ($p<0,000$) y tras adrenalectomía laparoscópica ($p<0,000$).

Conclusiones: En España, el abordaje laparoscópico para suprarrenalectomía es la regla, con buenos resultados en términos de morbilidad y estancia hospitalaria. Los centros de alto volumen tienen mejores resultados en términos de uso de cirugía mínimamente invasiva y estancia hospitalaria.

¿Son diferentes los resultados de la cirugía del feocromocitoma respecto al resto de lesiones suprarrenales? Análisis comparativo en un hospital regional.

J Jorge, Paz A, Villar JM, Muñoz N, Arcelus JI, Ferrón JA
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: La patología suprarrenal incluye una serie de procesos de tratamiento quirúrgico. Entre ellos, el feocromocitoma presenta unas características especiales debido a su perfil secretor, que le hacen merecedor de un manejo específico en el pre, intra y postoperatorio. Pretendemos analizar nuestros resultados en el tratamiento de dicha patología, comparándolos con los obtenidos en el manejo de otras lesiones adrenales benignas.

Material y métodos: A partir de los registros introducidos prospectivamente en una base de datos específica de patología suprarrenal, hemos analizado los resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes intervenidos por patología adrenal benigna unilateral en el periodo comprendido entre Enero de 2002 y Diciembre de 2010. Se ha desglosado la serie en dos grupos, constituyendo el primero los pacientes intervenidos por feocromocitoma, y el segundo los operados por el resto de patologías (control). Hemos valorado datos demográficos, diagnóstico preoperatorio, vía de abordaje quirúrgico, tiempo operatorio, lateralidad y tamaño de la lesión extirpada, diagnóstico anatomopatológico definitivo, tasa de conversión a laparotomía, morbilidad postoperatoria y estancia hospitalaria (preoperatoria y total).

Los datos se han tratado estadísticamente con el programa SPSS versión 15.0, analizando las variables cualitativas con el test de chi cuadrado, y las cuantitativas con el test de Mann-Whitney para distribuciones no paramétricas. El nivel de significación estadística se estableció en $p<0,05$.

Resultados: En dicho periodo se han intervenido en nuestro Servicio un total de 56 pacientes por patología adrenal benigna unilateral, de los cuales 19 eran feocromocitomas y el resto (37) pertenecían al brazo control. La edad media fue de 47 años en ambos brazos y el porcentaje de mujeres fue superior en el brazo control (47% frente 78%; $p < 0,019$). La vía de abordaje laparoscópica fue superior en los controles (16% frente 97%), así como un menor tiempo operatorio (198 frente 146; $p < 0,001$) y menores conversiones a laparotomía (25% frente 2%; $p < 0,064$). No hubo diferencias con respecto al tamaño del tumor (4,9 frente 4cm; $p < 0,172$). Las morbilidades fueron mayores en el grupo de los casos (26% frente 5%; $p < 0,038$). En concreto en dicho grupo, se notificaron dos isquemias por estenosis aortica, un absceso intrabdominal, un ileo postoperatorio y una descompensación cardiorespiratoria. En el grupo del resto de patologías benignas, hubo un hematoma intrabdominal y una lesión hepática. La estancia preoperatoria (6,5 frente 1,3 días; $p < 0,0001$) y global (13,6 frente 4,7 días; $p < 0,0001$) fueron superiores en los feocromocitomas.

Conclusiones: Respecto al resto de patologías benignas adrenales, en nuestro medio el feocromocitoma afecta más frecuentemente a varones, y presenta una mayor duración de la intervención, morbilidad postoperatoria y estancia hospitalaria preoperatoria y total.

Evaluación y aplicabilidad de los scores de probabilidad de supervivencia del politraumatizado grave en un hospital de tercer nivel: injury severity scale (ISS), revised trauma score (RTS) y trauma and injury severity score (TRISS)

Pulido Roa Y, Aranda Narváz JM, Fernández Burgos I, Becerra Ortiz R, Marín Camero N, Títos García A, Prieto-Puga Arjona T, García Albiach B, Santoyo Santoyo J

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: Se han elaborado varios scores predictores de supervivencia en base a grandes registros de trauma. La principal utilidad de estos modelos es la estratificación del riesgo de mortalidad de los pacientes politraumatizados, permitiendo la comparación intercentros y la revisión por comités de trauma de pacientes con elevada probabilidad de supervivencia que fallecen como consecuencia del traumatismo. En Andalucía, donde la atención al politraumatizado debe basarse en el denominado Proceso Asistencial Integrado (Atención al Trauma Grave) (disponible en: <http://www-csalud.dmsas.sda.sas.junta-andalucia.es/procesos/documentos.asp?idp=110>), el score propuesto para este fin es el TRISS, que incluye las escalas ISS y RTS junto a la edad, considerando además una probabilidad de supervivencia distinta en base al carácter cerrado o penetrante del traumatismo. Aunque validado en grandes poblaciones de politraumatizados, resulta conveniente evaluar la aplicabilidad del modelo en cada centro (y en concreto en el grupo de pacientes con componente abdominal grave) como paso inicial previo a su implantación como indicador. Presentamos un estudio para evaluar la capacidad predictiva de los scores en trauma (ISS, RTS y TRISS) en un hospital de tercer nivel.

Material y método: Estudio observacional analítico, desarrollado sobre el grupo de pacientes intervenidos por trauma

matismo abdominal en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, en un periodo de dos años (Enero 2009-Diciembre 2010). Variable resultado: mortalidad. Variables predictoras: ISS, RTS y TRISS, calculados a partir de sus componentes mediante el empleo de calculadoras específicas disponibles en la web (<http://www.trauma.org/archive/scores/index.html>). Análisis estadístico: software SPSS. 1) Estadísticos descriptivos muestrales expresados como $\mu \pm \sigma$; en variables cuantitativas y como porcentajes en cualitativas; 2) Test de la U de Mann Whitney para la diferencia de scores entre pacientes con/sin mortalidad; 3) Análisis de la calibración y capacidad discriminativa de los scores mediante test de Hosmer-Lemeshow y curva receiver operating characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC) respectivamente. Se aceptaron como significativos niveles de $p < 0,05$, y para los distintos parámetros se definió el intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Muestra final constituida por 21 pacientes, con mediana de edad de 35 ± 15 años, con tan solo 3 mujeres en la serie. 17 traumatismos cerrados y 4 abiertos. Exploración abdominal realizada en 82 ± 48 minutos, con solo dos abordajes laparoscópicos en dos pacientes con lesión penetrante. Aunque la mayoría de los pacientes presentaban más de una lesión intraabdominal, la esplenectomía fue el gesto técnico más frecuente al ser el bazo el órgano más frecuentemente afectado. Mortalidad: 5 pacientes (23,8%), siempre con carácter intra o perioperatorio, y con valores mayores de ISS (49 vs 30, $p < 0,01$) y menores de RTS (2.4 vs 6.2, $p < 0,003$) y TRISS (7 vs 74, $p < 0,001$) que los pacientes que sobrevivieron al trauma. Todos los pacientes fallecidos debían ser considerados muertes inevitables (TRISS $< 25\%$). Los tres modelos mostraron una buena calibración (Hosmer-Lemeshow n.s.) y una elevada capacidad discriminativa, aunque el índice TRISS destacó por encima de la ISS y el RTS (AUC score TRISS 0.9

8, IC95% 0.94-1, $p < 0,001$).

Conclusiones: La principal limitación del estudio reside en que constituye tan solo una aproximación inicial, y por tanto parte de un tamaño muestral bajo y no incluye pacientes con tratamiento no operatorio. A pesar de ello puede considerarse que el índice TRISS constituye un modelo válido para la estratificación del riesgo de mortalidad en el paciente politraumatizado.

Enfoque multidisciplinar en cirugía de control de daños

J. J. Fernando Pérez Martínez, E. Pintor Amat, J. Peinado
Empresa Pública Hospital del Poniente. Almería

Introducción: Los traumatismos constituyen la cuarta causa general de muerte en Occidente, y la primera en menores de 40 años. La asistencia al paciente traumatizado en nuestro medio ha permitido organizar circuitos asistenciales óptimos para la atención inicial al paciente, en el lugar del suceso, y su traslado al centro hospitalario, lo cual ha motivado numerosos cursos de formación en la materia.

La atención hospitalaria precisa una organización eficaz de acuerdo con los medios disponibles para continuar la asistencia de la manera más efectiva al paciente traumático. Dichos

procesos de atención hospitalaria requieren de un engranaje perfecto de los distintos profesionales implicados.

Material y Métodos: Mediante el desarrollo de un protocolo consensuado se ha establecido una línea de actuación común que implica el desarrollo de unas pautas de actuación que incluyen dese la selección de los pacientes, hasta la preparación de quirófano, traslado a UCI y manejo de los mismos hasta la cirugía definitiva.

Resultados: La activación y desarrollo de los protocolos, el conocimiento íntimo del proceso y la adecuación de los medios nos han permitido optimizar la atención a los pacientes traumatizados graves atendidos en nuestro hospital.

Conclusiones: En base a nuestra experiencia creemos necesario un enfrentamiento consensuado y multidisciplinar del paciente traumático en el ámbito hospitalario, debiendo para ello articular los mecanismos necesarios para una abordaje completo y no sesgado del problema, en función de los criterios de cada especialista hospitalario.

Experiencia en el hospital de La Línea en la ablación por endoláser para el tratamiento de las varices en régimen CMA.

Javier Ulecía; Luis Romero; Antonio Alvarez; Francisco Rodríguez; Héctor Recio; Carmen Tejido; José Luis Fernández.

Hospital del SAS de La Línea de la Concepción. Cádiz

Objetivo: La insuficiencia venosa crónica es uno de los procesos mas habituales atendidos en una consulta de cirugía general o vascular. La incompetencia de la vena safena mayor es la causa más frecuente de las varices. El deseo de proporcionar a los pacientes una opción menos dolorosa a la fleboextracción con reintegración más rápida al trabajo y actividades normales condujo al desarrollo de la ablación endovenosa con láser. Además, dicho procedimiento es factible realizarse en régimen de CMA.

Material y métodos: Hemos revisado nuestra experiencia en los últimos 6 años. Presentamos un total de 176 pacientes intervenidos por los cirujanos del Servicio tras el aprendizaje de la técnica, con una curva relativamente rápida. Los pacientes fueron explorados y evaluados mediante ecodoppler venoso e incluidos en RDQ según protocolo.

Resultados: Los pacientes ingresaron el mismo día de la intervención. Fueron sometidos a anestesia espinal y operados con el endoláser seguido de la ligadura de perforantes y/o comunicantes. El alta se produjo en la misma tarde en el 95% de los mismos. El 5% restante no pudieron marcharse por problemas digestivos (nauseas mantenidas o vómitos) o retención urinaria que obligo a sondaje. No tuvimos episodios de dolor postoperatorio.

Las complicaciones postoperatorias fueron del 3% global por seroma de herida quirúrgica o hematoma en la incisión inguinal.

A un año de seguimiento la satisfacción global supera el 98%.

Conclusiones: Creemos que se trata de un procedimiento rápido y seguro, versátil y duradero con molestias y tiempo de incapacidad mínimos para el paciente. Además, es factible

su realización en régimen de CMA tras su pequeña curva de aprendizaje y con la selección adecuada de pacientes.

Avances en Cirugía Oncoplástica del cuadrante inferointerno: El uso del colgajo inferior

Nuria Palomino Peinado, Joaquín Navarro Cecilia, Carolina Luque López, Basilio Dueñas

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: La cirugía conservadora constituye la técnica de elección en el tratamiento quirúrgico de la mujer con cáncer de mama. El conflicto entre la amplitud de la resección y el resultado estético final puede conducir a la presencia de asimetrías y deformidades que se intensificarán tras el tratamiento adyuvante. La introducción de técnicas oncoplásticas en el manejo conservador del cáncer de mama permite incrementar la indicación de la conservación mamaria y mejorar los resultados estéticos, lo que aumenta las alternativas técnicas del cirujano general con dedicación preferente a esta enfermedad.

En esta comunicación se presenta una alternativa real para la corrección de las secuelas de la cirugía conservadora del cuadrante inferointerno, con mayor seguridad vascular, gran capacidad de relleno y buen resultado estético.

Material y métodos: Presentamos la técnica desarrollada en nuestro Servicio para el tratamiento de defectos de volumen tras cuadrantectomías inferointernas o tumorectomías de gran tamaño en dicho cuadrante mamario. Consiste en el tallado de un colgajo de base inferior desepidermizado basado en perforantes de la arteria mamaria interna y rotado medialmente para su ubicación en el defecto original.

Éste es un colgajo ampliamente utilizado por Cirugía Plástica como “autoprótesis” en procedimientos de mastopexia y reducción mamaria, dado su seguridad vascular y fácil tallado.

Nuestra técnica consiste en la asociación de un patrón cutáneo vertical (con vascularización superomedial del complejo areola pezón) y un colgajo inferior de relleno de la zona inferomedial.

Resultado: El colgajo inferior de relleno corrige perfectamente la repleción de volumen tras la cirugía oncológica y permite la recreación del nuevo pilar medial para el cierre del patrón vertical, lo que confiere una menor cantidad de cicatrices cutáneas y un gran resultado estético.

Su “rival” más directo, el colgajo de rotación inferior, que consiste en la movilización y rotación de un colgajo constituido por la porción inferior y lateral de la mama que previamente ha sido despegado de la fascia del pectoral mayor, se nutre a partir del plexo superficial por el aporte de ramas toracoepigástricas, y le da una debilidad vascular que puede provocar necrosis distales de difícil rescate, justo en la zona que pretendíamos reconstruir.

Conclusiones: El colgajo inferior es un procedimiento muy seguro, que proporciona gran relleno a la zona inferomedial de la mama y que, combinado con el patrón vascular, nos proporciona un agradable resultado estético, objetivo perseguido por la cirugía conservadora tras el control local de la enfermedad.

Índice National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) como predictor de riesgo de infección de sitio quirúrgico (SSI) tras colecistectomía precoz por colecistitis aguda.

Fernández Burgos I, Aranda Narváez JM, Becerra Ortiz R, Pulido Roa Y, Prieto-Puga Arjona T, García Albiach B, Titos García A, Marín Camero N, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La importancia de la SSI como problema justifica el diseño y ejecución de programas de seguimiento y control, identificando medidas de riesgo que permitan establecer comparaciones intercentros e identificar grupos de riesgo. Aunque diversos análisis han puesto en duda su capacidad predictiva, el índice NNIS continúa siendo el más aceptado en cuanto a ajuste del riesgo. Presentamos un estudio para evaluar su capacidad predictiva de la SSI tras colecistectomía precoz por colecistitis aguda en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio observacional analítico, desarrollado sobre la cohorte de pacientes intervenidos por colecistitis aguda de forma precoz (durante el ingreso por el episodio inflamatorio agudo) durante un periodo de 2 años (2009-2010) en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. Variable predictora: índice NNIS, definido para cada paciente entre 0 y 3 según: 1) ASA (≤2: 0; >2: 1); 2) Duración de la intervención (<2 horas ?percentil 75 dictado por el CDC-: 0; >2 horas: 1); 3) Clasificación del tipo de cirugía según la National Research Council (NRC) (potencialmente contaminada: 0; contaminada o sucia: 1); 4) vía de abordaje: se le restó 1 punto al score global si se empleó el abordaje laparoscópico, definiendo una subcategoría M para pacientes con riesgo 0 y colecistectomía laparoscópica. Variable resultado: SSI, definida y clasificada según los criterios del CDC (superficial, profunda, órgano o espacio ?O/E-). Análisis estadístico: software SPSS. Examen de la capacidad predictiva del índice NNIS mediante: 1) Test de la χ2; 2) Regresión logística binaria con el índice global como predictor de SSI; 3) Calibración mediante test de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow; 4) Discriminación mediante curva receiver operating characteristic (ROC) y área bajo la curva (AUC). Se aceptaron como significativos niveles de $p < 0,05$, y para los distintos parámetros se definió el intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Muestra total de 265 pacientes. 118 hombres (45,5%) y 147 mujeres (55,5%), con edad mediana de 63 años (rango: 17-91). 22,6% con ASA de alto riesgo (III-IV), 50% de formas evolucionadas (gangrenosa o perforada) y 81% de intención de abordaje laparoscópico (conversión: 11%). Estancia mediana de 4 días y 5,3% de reingresos. SSI global del 4,5%, distribuida del siguiente modo: 2,3% superficial, 0,4% profunda y 1,9% de órgano o espacio (O/E). La distribución de los pacientes por categoría NNIS y su respectiva tasa de SSI fue la siguiente: M: 34,3% (1,1% SSI); 0: 23% (1,6% SSI); 1: 14,7% (7,7% SSI); 2: 12,5% (9,1% SSI); 3: 3% (12,5% SSI) ($p < 0,04$). En el análisis de regresión se observó un incremento progresivo de las Odds de riesgo (OR) de SSI de acuerdo a las categorías del score NNIS, y el índice global mostró significación estadística subclasificándolo en bajo (M, 0 o 1) y alto (2 o 3) riesgo ($p < 0,04$). El modelo no mostró una buena calibración (capacidad para predecir número global de SSI) ($p < 0,000$),

pero su capacidad discriminativa (y por tanto su capacidad de distinguir individualmente pacientes de riesgo) fue superior al 70% (AUC de la curva ROC: 0,74, $p < 0,01$, IC95% 0,6-0,9).

Conclusión: La capacidad predictiva de SSI tras colecistectomía laparoscópica precoz por colecistitis aguda que ofrece el índice NNIS resulta deficiente en cuanto a estimación global de número de eventos, pero discrimina satisfactoriamente entre distintos individuos en cuanto a probabilidad de SSI individual.

Influencia del uso de quimioterapia antiangiogenica en la regeneracion hepatica

Amparo Valverde Martínez, Patricia Aguilar-Melero, Isidora Ranchal, Rubén Ciria Bru, Dolores Ayllón Terán, Juan Manuel Sánchez-Hidalgo, Alvaro Naranjo Torres, Sebastián Rufián Peña, Jordi Muntané Relat, Pedro López-Cillero, Javier Briceño Delgado

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Córdoba

Introduccion: Durante más de tres décadas, las opciones terapéuticas para los pacientes con cáncer colorrectal se ha basado casi exclusivamente en el 5-fluorouracilo (5-FU). La aparición de nuevos agentes citotóxicos y biológicos, ha mejorado de forma considerable las tasas de respuesta y la supervivencia en pacientes con metástasis hepáticas de cáncer colorrectal. El bevacizumab, derivado de un anticuerpo monoclonal recombinante murino que se une y neutraliza el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF), ha sido rápidamente incorporado en la rutina de tratamiento quimioterápico de los pacientes con metástasis hepáticas de cáncer colorrectal. Sin embargo, esto brinda una cuestión acerca de los efectos que estas terapias biológicas dirigidas, con o sin otros agentes quimioterápicos asociados, tienen sobre la cicatrización de las heridas y regeneración hepática en pacientes sometidos a resección tras terapia adyuvante.

Objetivos del estudio: El objetivo principal de este proyecto es llevar a cabo un estudio de experimentación animal en el que, con numerosas determinaciones sobre volumetría hepática, microscopía óptica histología y de biología molecular, trataremos de establecer las diferencias que el antiangiogénico genera en cada uno de los pasos del fenómeno de regeneración hepática tras resección mayor hepática, de tal forma que tras conocer los resultados podamos ampliar o bien limitar las indicaciones de su uso y valorar si son extrapolables a la práctica clínica diaria.

Material y metodos: Se utilizaron ratas Wistar (n=95) distribuidas en distintos grupos (n=5) : a) grupo control sin BV: SO, operación simulada; H6, hepatectomía con sacrificio 6 horas; y H24, hepatectomía con sacrificio 24 horas; b) grupo experimental con administración de BV a dosis 0,005mg/gr peso animal, vía intraperitoneal dosis única (100ug, 200ugr y 400ugr). Los grupos correspondientes se sometieron a resección hepática 2/3 bajo anestesia inhalatoria continua con Sevorane® 7días después de la administración del antiangiogénico. Los animales se sacrificaron a las 6 y 24 horas tras la cirugía para medir parámetros morfométricos y bioquímicos, estrés oxidativo, catabolismo celular, perfiles de citoquinas, proliferación celular y parámetros histopatológicos tisulares.

Resultados: La mortalidad postoperatoria inmediata (n=3)

no se relacionó con la administración de bevacizumab. La comparación intergrupos del índice de regeneración hepática tan sólo resultó significativa en el que recibió una dosis mínima de 100ugH6 en relación con el grupo H6 ($p < 0,008$). No se observaron diferencias entre los distintos grupos del peso del tejido regenerado total. El perfil hepático analítico (ALT, AST, GGT, FAlcalina, proteínas totales) resultó ser similar en todos los grupos. La relación GSH/GSSG (glutación reducido/glutación oxidado) se encontró elevado, incluso en los animales a los que se les administró el anticuerpo, como respuesta proliferativa precoz normal ($22 \pm 4 \text{ nm/mgr}$). El daño histopatológico y el grado de esteatosis no fue superior en las ratas que recibieron bevacizumab. El estado catabólico celular, objetivado con la medición del ATP/gr tejido, tampoco mostró diferencias.

Conclusiones: 1) La capacidad de regeneración hepática no se ve afectada de forma significativa con la administración de Bevacizumab previa a la realización de hepatectomía 2/3 en animales de experimentación. 2) Este potencial regenerador de los animales a los que se les administra el antiangiogénico nos ayuda a entender cómo actúa el Bevacizumab en el fenómeno de regeneración hepática.

Resultados a largo plazo de la resección quirúrgica en el cáncer de páncreas.

S. Gil, M. T. Villegas, J. Valdivia, A. Bustos, A. Paz, K. Muffak, A. Becerra, D. Garrote, J. A. Ferrón.

H. U. Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Los tumores periampulares constituyen del 1 al 2% de los tumores del tracto digestivo, con una frecuencia mayor entre la 5ª y 7ª décadas de la vida. La presentación clínica se caracteriza por la ictericia, pero también pueden presentar dolor abdominal, pancreatitis, o pérdida de peso. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, como la ecografía y la tomografía. El diagnóstico definitivo es la endoscopia, y la ecoendoscopia que tiene un papel importante en la estadificación de estos tumores. En los tumores benignos y en los tumores T1 en ecoendoscopia se puede realizar una resección local, en el resto de los tumores la duodenopancreatectomía es el tratamiento de elección.

Realizamos una revisión de los pacientes intervenidos por cáncer periampular no pancreático y valoramos los resultados obtenidos.

Material y métodos: Analizamos 21 casos de tumores periampulares no pancreáticos intervenidos en nuestro centro desde Enero del 2005 hasta Diciembre de 2009.

Resultados: La edad media fue de 66 años (48-77) con una distribución por sexos de 14 hombres (66,7%) y de 7 mujeres (33,3%). El motivo de consulta fue de ictericia en 8 casos (38%); pancreatitis en 3 casos (14,3%); síndrome constitucional en 2 casos (9,5%); dolor en 3 casos (14,3%) y de forma casual en 1 caso (4,8%). De forma combinada 2 pacientes (9,5%) presentaron dolor y pancreatitis, y 2 ictericia y sdr. constitucional (9,5%). La bilirrubina total media de estos pacientes fue de 8 mg/dl, a expensas de la directa (bilirrubina directa media de 5,5 mg/dl). La ecografía se realizó en 10 pacientes con una sensibilidad del 80%. En los 2 pacientes (20%) en que no se diagnosticó como enfermedad maligna, la sospecha

diagnóstica fue de litiasis. La TAC se realizó en 14 pacientes con una sensibilidad del 64%, siendo en 9 pacientes con origen sospechoso de malignidad y en 4 de causa indeterminada. La resonancia se realizó en 5 casos, 2 con sospecha de malignidad y 3 sin evidenciar la causa de la obstrucción de la vía biliar. La ecoendoscopia se realizó en 2 casos, ambos diagnósticos de probable origen maligno. Se realizó CPRE en 18 pacientes (85%) con toma de biopsia en 15 pacientes siendo positiva en 14 de ellos pacientes (93%). Se realizó drenaje de la vía biliar mediante esta técnica en 12 de los pacientes, y en 1 por CPTH. El diagnóstico fue de ampuloma en 18 casos (85,7%), colangiocarcinoma en 3 casos (14,3%). La técnica quirúrgica realizada fue DPC en 13 casos (72,2%), 3 de ellos con preservación pilórica. Ampulectomía en 4 casos (22,2%) e irreseccable en 1 caso (5,6%) por enfermedad metastásica. En los 3 colangiocarcinomas se realizó DPC (100%). El diagnóstico histológico postoperatorio en los ampulomas fue de adenocarcinoma en 13 casos (72,2%), displasia en 4 casos (22,2%) y tumor carcinoide en 1 caso (5,6%). El diagnóstico histológico de los colangiocarcinomas fue de adenocarcinoma en todos los casos. La resección quirúrgica se consideró R0 en 17 de los 18 casos de ampuloma (94,4%), siendo 1 R2 por metástasis (5,6%). Los colangiocarcinomas se informaron como R0 en 2 casos (66,7%) y R1 en otro (33,3%). La distribución de los tumores en estadios en los 13 casos de adenocarcinomas ampulares fue: estadio I 9 casos (69,2%); Estadio II en 1 caso (7,7%); Estadio III en 2 casos (15,4%); Estadio IV 1 caso (7,7%). El tumor carcinoide se estadificó en grado IV. Los colangiocarcinomas fueron informados uno como estadio I, otro como III y otro como IV. En el postoperatorio losa pacientes que padecieron dehiscencia pancreática un 28,6% de los apcientes, con reintervención en 3 de ellos (50%). El sangrado postoperatorio ocurrió en un 9,5%. La mortalidad postoperatoria fue de 2 pacientes (9,5%). Se realizó tratamiento quimioterápico en 8 casos (38%). La supervivencia global de estos enfermos fue a los 2 años fue del 64% (éxito 5 de 14 pacientes) para los ampulomas y 100% para los colangiocarcinomas, y a los 5 años del 42,8% para los ampulomas (éxito 8 de 14 pacientes) y 66,7% para los colangiocarcinomas.

Conclusiones: El tratamiento de elección con fines curativos del cáncer periampular es la duodenopancreatectomía cefálica, con o sin preservación pilórica dependiendo de los casos. La ampulectomía se podría reservar para cánceres pTis o pT1 de 1 cm. o menos, en pacientes con alto riesgo quirúrgico. En el diagnóstico y planificación del tratamiento quirúrgico de estos tumores es de gran utilidad la ecoendoscopia.

Resultados y factores determinantes de la estancia postoperatoria de la colecistectomía precoz con intención laparoscópica por colecistitis aguda.

Fernández Burgos I, Aranda Narváez JM, Pulido Roa Y, Becerra Ortiz R, Prieto-Puga Arjona T, García Albiach B, Montiel Casado C, González Sánchez AJ, Santoyo Santoyo J.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: Exceptuando pacientes inoperables o con largo tiempo de evolución del cuadro inflamatorio, la colecistectomía precoz laparoscópica es la opción terapéutica más aceptada en términos de coste-eficacia y seguridad para la co-

lecistitis aguda (CA). Presentamos un estudio para evaluar los resultados de esta política terapéutica en un Hospital de tercer nivel, identificando factores determinantes en la atención postoperatoria y potenciales áreas de mejora.

Material y método: Estudio desarrollado sobre la cohorte de pacientes intervenidos por CA con colecistectomía precoz (durante el ingreso por brote inflamatorio agudo) con intención laparoscópica en el Hospital Regional Carlos Haya de Málaga, entre Enero 2008 y Diciembre 2010. La indicación se estableció generalmente en base al tiempo de evolución (≥ 4 días) y a criterios de operabilidad (índice de riesgo anestésico de la American Society of Anaesthesiologists ?ASA- \geq III). 1) Análisis descriptivo muestral y de morbimortalidad. 2) Estudio observacional analítico, contemplando como variable resultado la estancia postoperatoria y como predictoras edad, género, ASA, vía de abordaje, estadio evolutivo de la colecistitis, colocación de drenaje y morbilidad postoperatoria (diferenciando infección de sitio quirúrgico ?SSI- de otras y clasificándola según las aportaciones de Dindo-Clavien). Análisis estadístico: software SPSS. 1) Definición de estimadores muestrales y resultados mediante mediana y rango para variables cuantitativas y porcentajes para cualitativas. Análisis multivariante mediante regresión lineal, considerando de relevancia estadística niveles de significación $p < 0,05$.

Resultados: Muestra final de 343 pacientes en los que se realizó una colecistectomía precoz por CA durante el periodo de estudio. Mediana de edad de 62 años (r: 17-93), con discreto predominio de mujeres (53.6%, ratio 1.16/1). La mayoría de los pacientes presentaban un ASA de bajo riesgo (I o II, 77.8%). La presentación en forma de estadios evolucionados fue mayoritaria (57.7% de pacientes). En el 80% de los casos se inició un abordaje laparoscópico, con un 12% de conversión, y se dejó un drenaje en el 62.4% de los casos. Mortalidad: 6 pacientes (1.75%), 5 octogenarios y 1 con neoplasia de páncreas asociada. Morbilidad postoperatoria: 18.1%, siendo destacables una tasa de infección de sitio quirúrgico del 4.9% (11 infecciones parietales y 6 de órgano/espacio) y 9 episodios de fistula biliar (2.6%), 7 tipo A (cierre espontáneo), 1 tipo D y 1 tipo E1 (estas dos últimas precisaron manejo endoscópico) de la clasificación de Strasberg. A igualdad del resto de variables, la estancia postoperatoria vino significativamente determinada por la vía de abordaje ($p < 0,02$, IC95% 0.2-2.5 días más para la vía abierta/convertida), la indicación de drenaje ($p < 0,01$, IC95% 0.2-2.4 días más de estancia para pacientes con drenaje) y la morbilidad postoperatoria según Dindo-Clavien ($p < 0,000$, IC95% 5.7-8.2 días más de estancia para pacientes con morbilidad). Sin embargo edad, género, estadio evolutivo e índice ASA no mostraron influencia alguna.

Conclusiones: La colecistectomía precoz con intención laparoscópica para la CA muestra unos buenos resultados, definiéndose como la medida terapéutica de elección en pacientes con ≥ 4 días de evolución y ASA \geq III, debiendo cuidarse estrictamente la indicación en pacientes de edad avanzada o pluripatológicos.

La importancia de la colecistectomía precoz como control de foco infeccioso en la CA hace que el estadio evolutivo no influya en la estancia hospitalaria.

Con una correcta política de seguimiento postoperatorio se consigue el acortamiento de la estancia asociado al abordaje laparoscópico también en la CA.

Podría evaluarse la indicación y los resultados del drenaje también en el contexto de la colecistectomía precoz por CA en la era de las restricciones en su uso. En caso de indicarse debe procederse a su retirada precoz para evitar innecesarias prolongaciones de la estancia postoperatoria.

Hemodinamia y oxigenación tisular en el receptor de trasplante hepático: revascularización secuencial vs simultánea

B. Sánchez, M.A. Suárez, J.M. Aranda Narváez, J.L. Aguilar, J.A. Pérez, A. Titos García, R. Becerra, J. Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: Aunque son escasos los estudios y diferentes las conclusiones, existen sugerencias a que métodos alternativos a la clásica reperfusión del injerto hepático por vía portal pueden condicionar mejoras en parámetros hemodinámicos, empleo intraoperatorio de hemoderivados o complicaciones biliares. Presentamos un estudio de cohortes prospectivas para analizar la estabilidad hemodinámica y la oxigenación tisular de receptores de trasplante hepático (OLT) según el modelo de revascularización: secuencial inicialmente portal (SIP) y simultánea arterioportal (SAP).

Material y métodos: Dos grupos (SIP y SAP) de 61 pacientes cada uno, elegidos de entre la totalidad de trasplantes realizados entre Enero 2004 y Mayo 2009, tras excluir pacientes fallecidos antes del día +30, retrasplantes, fulminantes o anastomosis biliares tipo hepaticoyeyunostomía. Todos se realizaron con shunt portocava temporal. Ambos grupos fueron homogéneos en todas las variables relacionadas con receptor y donante excepto en la puntuación MELD (SIP 13 vs SAP 16, $p < 0,006$) y Child (estadios C: 21% SIP vs 36% SAP, $p < 0,06$). PH, $p\text{aCO}_2$ y SvO_2 fueron las variables en relación a la oxigenación tisular. Presión arterial media (PAM), presión venosa central (PVC), presión pulmonar media (PPM), gasto cardíaco (GC) y resistencias vasculares sistémicas (RVS) y pulmonares (RVP) las relacionadas con la hemodinamia. Las medidas escogidas fueron las iniciales, las de la revascularización y las del final del procedimiento, realizando un análisis crudo y de las diferencias entre las medidas de los diferentes momentos, empleando siempre la t de Student y aceptando como significativos valores $p < 0,05$.

Resultados: Ambos grupos presentaron incidencia similar de síndrome de reperfusión y necesidad de inotrópicos. Los siguientes parámetros mostraron diferencias significativas entre grupos al inicio, en virtud del peor estado funcional del grupo SAP: pH ($p < 0,04$), pVC ($p < 0,001$), PPM ($p < 0,001$) y RVS ($p < 0,02$). Dichas diferencias se mantuvieron en las determinaciones posteriores, a excepción de la RVS que se igualaron durante la reperfusión gracias a una significativa caída de las mismas en el grupo SIP (diferencia RVS medidas entre reperfusión y al inicio: SIP 152 vs SAP 45, $p < 0,02$) para luego recuperar su tendencia al final del procedimiento. Estas oscilaciones no tuvieron repercusión en la PAM ($p < 0,77$, n.s.)

Conclusiones: Ambos métodos de reperfusión del injerto hepático presentan similares parámetros de oxigenación tisular y hemodinamia en el receptor.

Importancia del método de reperfusión del injerto en la función hepática postrasplante.

B. Sánchez, M.A. Suárez, J.M. Aranda Narváez, J.L. Aguilar, J.A. Pérez, I. Pulido Roa, T. Priego Puga, J. Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: La reperfusión por vía portal es la técnica estándar utilizada para la revascularización del injerto hepático. Sin embargo, existen indicios en la literatura que otras vías de revascularización podrían proporcionar mejoras en parámetros hemodinámicos, empleo intraoperatorio de hemoderivados o complicaciones biliares. Presentamos un estudio de cohortes prospectivas para analizar la función hepática postrasplante y complicaciones biliares en receptores de trasplante hepático (OLT) según el modelo de revascularización: secuencial inicialmente portal (SIP) y simultánea arterioportal (SAP).

Material y métodos: Dos grupos (SIP y SAP) de 61 pacientes cada uno, elegidos de entre la totalidad de trasplantes realizados entre Enero 2004 y Mayo 2009, tras excluir pacientes fallecidos antes del día +30, retrasplantes, fulminantes o anastomosis biliares tipo hepaticoyunostomía. Todos se realizaron con shunt portocava temporal. Ambos grupos fueron homogéneos en todas las variables relacionadas con receptor y donante excepto en la puntuación MELD (SIP 13 vs SAP 16, $p < 0.006$) y Child (estadios C: 21% SIP vs 36% SAP, $p < 0.06$). También lo fueron para los tiempos intraoperatorios excepto para el Tiempo de isquemia caliente (SIP 45.52 vs SAP 66.79, $p < 0.000$). Usamos como variables la BT, AST, ALT, FA, GGT, Plaquetas, TP (Tiempo de Protrombina) y Factor V en tres momentos el 1º, 3º y 7º día postrasplante, analizando el área bajo la curva (AUC) calculada mediante la aproximación trapezoidal, y el pico máximo. Además se estudió el rechazo agudo, las complicaciones biliares y arteriales postrasplante.

Se utilizó la *t* Student o la *X*² dependiendo de las variables analizadas, aceptando como significativos valores $p < 0.05$, y se realizó un análisis multivariante para las variables con significación bivalente.

Resultados: No encontramos diferencias estadísticamente significativas al analizar BT, AST, ALT, FA y GGT, ni en la cifras de plaquetas. Sin embargo la variable TP inicial (3 primeros días, $p < 0.001$) y de primera semana (primeros 7 días, $p < 0.001$) fueron significativas, y el Factor V mostraba tendencia a la significación, siempre a favor del grupo SIP. Sin embargo, sólo la edad del donante ($p < 0.001$) y el Tiempo de isquemia caliente ($p < 0.05$) alcanzaron significación al realizar la Regresión lineal. Respecto al rechazo, complicaciones biliares y arteriales no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos.

Conclusión: La SAP no aporta beneficios respecto a la SIP en los test de función hepática inicial ni respecto a las complicaciones biliares y arteriales postrasplante.

Tratamiento quirúrgico de los hepatoblastomas: presentación de serie de casos

Ayllón MD, Gómez O, Briceño J, Del Castillo L, Luque A, Ciria R, Mateos E, Peña MJ, Pérez-Navero J, Paredes R, Rufián S, López-Cillero P.

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: El hepatoblastoma es el tumor hepático más frecuente en la infancia. Su tratamiento es quirúrgico, resección hepática y/o trasplante, acompañado de quimioterapia neoadyuvante o adyuvante. Presentamos nuestra experiencia quirúrgica en este tipo de neoplasias infantiles.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos con diagnóstico de hepatoblastoma en la última década. Se realizó un análisis descriptivo de la serie de casos mediante el programa SPSS.

Resultados: Desde el año 2003 hasta el 2011 se han intervenido 7 pacientes (4 niños y 3 niñas) con diagnóstico de hepatoblastoma. Un paciente varón presentó el Síndrome de Simpson-Golabi-Behmel asociado a hepatoblastoma. La edad media en el momento de la cirugía fue de 14,14 meses (DS 10,56 meses). El peso medio de los pacientes en el momento de la intervención fue de 9,26 kg (DS 3,37 kg). La estadificación tumoral prequimioterapia fue PRETEXT I (4 casos), PRETEXT II (2 casos) y PRETEXT III (1 caso). Sólo en un paciente se modificó el PRETEXT de II a I tras recibir 4 ciclos de quimioterapia; el resto de los casos mantuvieron el mismo PRETEXT pre y post-quimioterapia. Ningún paciente presentó metástasis al diagnóstico. El valor medio de alfa-fetoproteína al diagnóstico fue de 141794,44 ng/ml (DS 205223 ng/ml) y el 71,4% de los pacientes presentó trombocitosis al inicio. Se encontró invasión vascular al diagnóstico en 3 pacientes, dos a nivel de la porta derecha y uno a nivel de la izquierda. Todos los pacientes recibieron esquema de quimioterapia, el 57,1% con el protocolo SIOPEL 6 (cisplatino) y el 42,9% con el protocolo SIOPEL 3 (doxorubicina más cisplatino). Se realizó hepatectomía derecha en 2 pacientes, hepatectomía izquierda en 1 paciente, bisegmentectomía VII-VIII en 1 paciente, segmentectomía VI, IVb 2 pacientes y resección atípica en 1 paciente con una masa pediculada dependiente de segmento VI. Un paciente presentó un absceso subfrénico derecho que requirió drenaje percutáneo en el postoperatorio. El estudio histológico de los pacientes reveló un patrón epitelial mixto embrionario/fetal en 3 casos, un patrón mixto epitelial/mesenquimal en 2 casos y un patrón fetal puro en otros 2 casos. Los márgenes de resección se informaron como libres en el 85,7% de los pacientes (6 casos). El 87,5% de los pacientes (6 casos) ha presentado una remisión completa con ausencia de LOEs de nueva aparición ni de elevación de los niveles de AFP. La mediana de seguimiento fue de 15 meses con un intervalo de 1 a 129 meses. El último paciente se encuentra en postoperatorio inmediato. Ningún paciente ha requerido trasplante hepático.

Conclusiones: La resección hepática con quimioterapia neoadyuvante se constituye como una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de los pacientes pediátricos con hepatoblastomas. El abordaje de este tipo de tumores ha de ser multidisciplinar.

Impacto de los índices de sustitucion y ambulatorizacion en cirugia mayor ambulatoria de pared abdominal.

V. Vega Ruiz; MA Urbano Delgado; J. Alvarez; J. Falckenheiner; M. Balbuena; MJ Jimenez; A. Camacho; N. Assad, M. Velasco

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

Introducción: El índice de ambulatorización (IA) estima los procesos quirúrgicos realizados de forma ambulatoria del total de procesos quirúrgicos midiendo, de este modo, el impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Hospital, mientras que el índice de sustitución (IS) mide los procesos potencialmente ambulatorios realizados frente al total de procesos de ese GRD. El IA en un indicador grosero de eficiencia frente al IS, de mayor calidad y eficiencia, pero precisa de definir previamente los procesos susceptibles.

Realizamos un estudio prospectivo, transversal, analizando el índice de sustitución y de ambulatorización en patología de pared abdominal, como medida de estimación del impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Servicio.

Material y Método: El periodo de estudio es de tres meses (enero-marzo 2011) y la muestra pacientes con patología de pared abdominal intervenidos en nuestro Servicio. Se analizan como variables: realización en CMA (local +sedación, raquianestesia/general); ingreso, ingreso y alta en día de la intervención (cirugía 23 h). Las patologías fueron las siguientes: hernias inguinocrurales: 43; hernias umbilicales/epigástricas: 7. Analizamos el Índice de sustitución y de ambulatorización según datos aportados por el Servicio de Documentación del Hospital.

Resultados: Hemos realizado un total de 50 intervenciones por patología proctológica de las cuales; por CMA se han realizado: 26 casos; con ingreso: 14 casos; y con ingreso y alta al día: 10 casos. La distribución según el tipo de anestesia se refleja en la tabla 1.

	Total casos	CMA (A. local/A. Raquídea)	Ingreso	Ingreso previo y alta
H. inguinal/crural	43	20 (10/10)	13	8
H. umbilical/epig.	7	6(5/1)	1	1
	50	26(15/11)	14	9

Un 52 % del total de casos se realizó en régimen de CMA. Todos los pacientes que se ingresaron se intervinieron mediante anestesia raquídea. Un 18% de los pacientes potencialmente ingresados se dieron de alta el mismo día de la intervención. El Índice de sustitución global en patología de pared abdominal fue del 52% y el Índice de ambulatorización del 70%.

Conclusiones: El Índice de sustitución y ambulatorización son marcadores de calidad en la Cirugía Mayor ambulatoria. El empleo de la raquianestesia está asociado a un porcentaje mayor de ingresos frente a la anestesia local. Alrededor de un 20% de los pacientes ingresados son susceptibles de ambulatorización.

Impacto de los índices de sustitucion y ambulatorizacion en cirugia mayor ambulatoria proctologica.

V. Vega Ruiz; MA Urbano Delgado; J. Falckenheiner; J. Alvarez; M. Balbuena; MJ Jiménez; A. Camacho; N. Assad, M. Velasco

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

Introducción: El índice de ambulatorización (IA) estima los procesos quirúrgicos realizados de forma ambulatoria del total de procesos quirúrgicos midiendo, de este modo, el impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Hospital, mientras que el índice de sustitución (IS) mide los procesos potencialmente ambulatorios realizados frente al total de procesos de ese GRD. El IA en un indicador grosero de eficiencia frente al IS, de mayor calidad y eficiencia, pero precisa de definir previamente los procesos susceptibles.

Realizamos un estudio prospectivo, transversal, analizando el índice de sustitución y de ambulatorización en patología proctológica, como medida de estimación del impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Servicio.

Material y Método: El periodo de estudio es de tres meses (enero-marzo 2011) y la muestra, pacientes con patología proctológica intervenidos en nuestro Servicio. Se analizan como variables: realización en CMA (local +sedación, raquianestesia/general); ingreso, ingreso y alta en día de la intervención (cirugía 23 h). Las patologías fueron las siguientes: Fisuras anales: 12; Fistulas perianales: 10; Hemorroides: 8; sinus pilonidales: 21. Analizamos el Índice de sustitución y de ambulatorización según datos aportados por el Servicio de Documentación del Hospital.

Resultados: Hemos realizado un total de 51 intervenciones por patología proctológica de las cuales; por CMA se han realizado: 35 casos; con ingreso: 16 casos; y con ingreso y alta al día: 10 casos. La distribución según el tipo de anestesia se refleja en la tabla 1.

	Total casos	CMA (A. local/A. Raquídea)	Ingreso	Ingreso Previo y alta
Sinus pilonidal	21	19 (17/2)	2	2
Hemorroides	8	4(2/2)	4	2
Fisura anal	12	10(8/2)	2	2
Fistula anal	10	2 (2/0)	8	4
	51	35(29/6)	16	10

Un 69 % de casos se realizó en régimen de CMA. Todos los pacientes que se ingresaron se intervinieron mediante anestesia raquídea. Un 19% de los pacientes potencialmente ingresados se dieron de alta el mismo día de la intervención. El Índice de sustitución global en patología proctológica del 69% y el Índice de ambulatorización del 88%.

Conclusiones: El Índice de sustitución y ambulatorización son marcadores de calidad en la Cirugía Mayor ambulatoria. El empleo de la raquianestesia está asociado a un porcentaje mayor de ingresos frente a la anestesia local. Alrededor de un 20% de los pacientes ingresados son susceptibles de ambulatorización.

Epidemiología de la IVC. analisis de las indicaciones quirurgicas. Cuestionario IVC.

Martin Martin, JM; Cañizares Díaz, I; Leandro Vierira, A; Gómez Uncu, Y; Docobo Duranterz, F;

Hospital Blanca Paloma. Huelva

La IVC se trata de una enfermedad crónica de origen multifactorial, teniendo una evolución generalmente lenta y las complicaciones frecuentemente se manifiestan cuando han transcurridos años e incluso décadas desde la aparición de los primeros síntomas. Se estima que la prevalencia de la IVC en la población general es alrededor de 50,5% en mujeres y de 30% en hombres (11). Es la enfermedad vascular más frecuente, afectando del 20 al 30% de la población adulta y al 50% de los mayores de 50 años, constituyendo un problema de salud pública con importantes implicaciones socioeconómicas y laborales.

Los pacientes con IVC sufren demora, para ser visto por atención especializada, superior a los 18 meses en nuestra provincia., y algo similar ocurre en todo el territorio nacional.

En nuestra unidad de flebología hemos diseñado un cuestionario específico para IVC y lo hemos sometido a un estudio

prospectivo para determinar su especificidad y fiabilidad para seleccionar aquellos pacientes con indicación quirúrgica.

Aportamos los resultados del estudio preliminar con los primeros 100 pacientes.

Ligadura subfascial endoscopica de perforantes. ¿Sólo en estadios 5 y 6 de la CEAP?

Cañizares Díaz, I; Delfin Salazar, E; Gómez Uncu, Y

Hospital Blanca Paloma. Huelva

La ligadura subfascial endoscopica de venas perforantes ha demostrado suficientemente su efectividad en el tratamiento de las úlceras venosas a corto plazo.

Las series internacionales describen esta técnica en pacientes con úlceras activas o con antecedentes de ella.

Nuestro grupo de trabajo propone este procedimiento siempre que se demuestre por ecodoppler venoso la presencia de venas perforantes insuficientes.

Presentamos nuestra experiencia con esta técnica quirúrgica a lo largo de los últimos 10 años.

COMUNICACIONES EN PÓSTER

Leiomioma retroperitoneal

Almudena Moreno Serrano, Vanesa Maturana Ibañez, Elena Yague Martin, Francisco Quirantes Contreras, Guillermo Verdejo Lucas

CH. Torrecardenas. Almería

Introducción: Es un tumor maligno de células de músculo liso que puede aparecer en cualquier parte del organismo en la que exista este tipo de tejido. Las localizaciones más frecuentes incluyen útero, tracto gastrointestinal y grandes vasos.

Son tumores infrecuentes, representan menos del 0,2% de todas las tumoraciones del organismo y un 25-30% de los sarcomas retroperitoneales.

Caso clínico: Varón de 54 años, con antecedentes de Enfermedad de Crohn, que consulta por dolor en la región lumbar derecha de 2 años de evolución. En la exploración física el abdomen es doloroso en hemiabdomen derecho, se palpa masa en flanco derecho no dolorosa a la palpación. Ingresó en el Servicio de Urología para estudio de masa retroperitoneal. Se realizó RMN con contraste, se observó masa en fosa renal derecha de gran tamaño (20x19cm) con ocupación de espacio pararenal anterior desplazando y comprimiendo vena cava inferior, desplazando riñón derecho, no hay evidencias de adenopatías retroperitoneales asociadas. Se realizó biopsia ecodirigida que informó leiomioma grado II. No se pudo realizar la resección total del tumor porque se encontraba íntimamente adherido a la vena cava inferior. El paciente evolu-

cionó de forma desfavorable y después de 24 horas falleció en reanimación por tromboembolismo pulmonar.

Discusión: La mayoría de los leiomiomas se originan en la pared libre de las arterias y venas de diferente calibre, frecuentemente de la vena cava inferior. Los procedentes de esta localización muestran uno de los peores pronósticos respecto al de otras localizaciones con similar histología, debido a la confluencia de otros factores pronósticos negativos. Generalmente, el diagnóstico de los sarcomas retroperitoneales es tardío debido a la capacidad del retroperitoneo de acomodar grandes volúmenes de masa tumoral, dando la oportunidad al tumor de ir creciendo sin limitación de espacio. Además, estos tumores muestran escasa sintomatología siendo el dolor abdominal inespecífico y difuso el síntoma más frecuente. La ecografía y el TAC son las técnicas más utilizadas y adecuadas para la localización y seguimiento de masas tumorales, aunque el diagnóstico final siempre se obtiene después del examen histológico. El pronóstico inicial dependerá de la edad del paciente, del tamaño tumoral y de la presencia de metástasis a distancia, y en menor medida del grado tumoral y de su histología. El tratamiento óptimo es la completa escisión quirúrgica con amplios márgenes quirúrgicos. En ocasiones la cirugía se ve dificultada por el compromiso tumoral sobre estructuras adyacentes. El papel de la radioterapia y de la quimioterapia en el tratamiento del leiomioma retroperitoneal es una alternativa a considerar, aunque sí se ha mostrado eficaz en determinadas localizaciones del leiomioma.