

CD y de 13,7 en el grupo de CU, con tendencia a la significación estadística ($p < 0,08$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la morbimortalidad postoperatoria. Al estratificar los casos en función de la localización tumoral, el grupo de los tumores distales presentó una mayor tasa de complicaciones Clavien grado III o superior en el grupo de cirugía urgente con respecto al de cirugía diferida mediante stent. Se realizó anastomosis primaria en el 86,3% de los pacientes sometidos a cirugía diferida y en el 50% de los pacientes sometidos a cirugía directa ($p < 0,006$). El 75% de los estomas se realizó en pacientes con tumores distales. El abordaje laparoscópico sólo fue posible en el grupo de CD en un 46% de los casos ($p < 0,005$). Se aislaron menos de 12 ganglios en 5 pacientes del grupo CU y en ninguno en el de CD ($p < 0,05$).

Conclusiones: El uso de endoprótesis colónica como puente a la cirugía permite una mayor tasa de anastomosis primaria en el tratamiento de los tumores de colon izquierdo ocluidos y posibilita el abordaje laparoscópico en muchos casos. En el subgrupo de tumores distales, la cirugía diferida mediante stent puente reduce la morbilidad postoperatoria frente a la cirugía directa, así como aumentar la calidad oncológica de la resección.

COMUNICACIONES ORALES DE LA PARED ABDOMINAL

Resultados de la implantación de la técnica sandwich en la reparación de eventraciones complejas

Tinoco J, Bustos M, Ramallo Im, Martín JA, Tamayo Mj, Docobo F, Padillo FJ.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: En la actualidad, para el tratamiento quirúrgico de las hernias ventrales se ha generalizado el uso de prótesis de material sintético. Esta técnica se utiliza en el tratamiento de grandes hernias que hasta hace poco tiempo se consideraban fuera del alcance del tratamiento quirúrgico o al menos éste era muy problemático. Se puede asociar a plastias de pared abdominal tales como la técnica de Ramírez, aunque nuestra tendencia actual es utilizarla sin realizar separación de componentes.

Material y método: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a la realización de técnica sandwich para reparar eventraciones complejas en nuestra Unidad desde 2010 a 2013. Se ha realizado una base de datos con las variables demográficas de los pacientes, diámetro máximo, recidivas en el seguimiento y complicación peroperatorias.

Los datos continuos se han informado como medianas. Las estimaciones de supervivencia se han calculado utilizando el método de Kaplan-Meier. El valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Utilizamos para el análisis de los datos el programa IBM SPSS Statistics versión 20.

Resultados: Se han analizado 38 pacientes sometidos a la técnica Sandwich. La edad media fue de $56,13 \pm 13,91$ años. La distribución por sexo fue 47,3 % varones y 52,7% mujeres en la muestra. El riesgo anestésico según el ASA fue igual o menor a 2 en el 55,6%, frente al 44,4% de los casos. Se utilizó la anestesia epidural en la misma proporción que anestesia sistémica. El tamaño medio del defecto (diámetro mayor) fue de $15,17 \pm 5,36$ cm. El 50% de los pacientes tenían un anillo único, 30,6% dos anillos y el 19,4% 3 o más. La indicación de reparación de la eventración compleja fue por recidiva de una hernia previa en 28 casos (73%), frente a 10 casos (27%) que padecían la primera eventración. 2 pacientes (5,6%) fallecieron en el seguimiento y 4 de ellos mostraron complicaciones (10,5%). Durante el seguimiento sólo se detectó 1 recidiva (2,6%) tras la implantación de la terapia en sandwich. A los 3, 6 y 12 meses el porcentaje de recidiva fue del 0%. A los 2 años fue del 0%, elevándose al 2,6% a los 3 años. —En nuestro grupo el análisis estadístico no encontró diferencias ($p < 0,05$) en cuanto a IMC, tipo de hernia, edad, sexo, número de anillos y tamaño herniario en cuanto a la recidiva preimplantación del sistema sandwich. Tras su empleo sólo obtuvimos una recidiva, por lo que los resultados muestran una técnica fiable.

Conclusiones: La técnica «sándwich» se ofrece como una técnica alentadora para el cierre en casos de eventraciones complejas, y en manos experimentadas, ofrece un perfil de recidiva y complicaciones bastante seguros y fiables.

¿Cómo puedo realizar el cierre del peritoneo en cirugía laparoscópica de la hernia inguinal (TAPP)?

Suárez Grau JM, Gómez Menchero J, Bellido Luque JA, Guadalajara Jurado JF

Hospital de Riotinto, Huelva

Introducción: La finalización de la cirugía laparoscópica intraabdominal de hernia inguinal (TAPP) es el cierre del peritoneo. Este punto en la fase de aprendizaje de la técnica es crítico, pues puede ser a veces incluso más costoso que la colocación de la malla. EL uso indiscriminado de múltiples tackers puede conllevar dolor. Las suturas no estancas pueden ocasionar adherencias de las asas intestinales a las mallas (creando cuadros de obstrucciones, posibles fistulas, etc.). Existen algunas recomendaciones (bajar la presión del pneumoperitoneo, liberar lateralmente el peritoneo, usar el propio saco herniario) y nuevos dispositivos que hacen más fácil esta fase del cierre del peritoneo.

Material y Método: Analizamos los distintos tipos de cierre del peritoneo en TAPP con videos ilustrativos: cierre con tackers, cierre con suturas barbadas, cierre con ayuda de adhesivos, cierres con la propia adhesión de la malla, y trucos en casos de complicaciones (colocación de aislante en caso de imposibilidad del cierre del peritoneo).

Discusión: El cierre con tackers (sobre todo absorbibles)

suele ser rápido y sin complicaciones, sobre todo útil cuando se ha usado tackers para la fijación de la malla. Pero a veces se desgarran el peritoneo y se crean aperturas en los propios tackers o entre ellos.

La sutura continua con suturas barbadadas han mejorado mucho la facilidad de hacer una sutura para el cierre del peritoneo, ya que no precisa que se mantenga la tensión (pues no se afloja por su sistema de autofijación por las barbas).

Existen otros métodos que son de ayuda como los pegamentos (cianocrilatos o sobre todos pegamentos de fibrina, como se muestra en el video) ayudan a la correcta fijación y pueden ser útiles en pequeñas aperturas peritoneales entre zonas que se queden abiertas entre tackers o puntos.

Existen nuevas mallas autofijables que incorporan un gel adhesivo que no solo es útil para la fijación de la malla, sino que como se muestra en el video, no precisa ningún elemento añadido para cerrar el peritoneo pues éste se adhiere a otra cara de la propia malla.

Por último se muestra en el video un nuevo sistema que hemos testado experimentalmente y ya lo ponemos en práctica sólo cuando existe una brecha peritoneal que no se puede cerrar y el peritoneo se desgarran constantemente al intentar suturarlo. Su uso se puede justificar en estos casos aislados por la disminución del tiempo quirúrgico, la ausencia de añadir otros dispositivos (pegamentos, suturas o tackers), y su fácil e inmediata disposición.

Conclusiones: El cierre del peritoneo ha de ser estanco y debemos manejar los actuales materiales propios para ello. Afortunadamente antes de llegar al extremo de convertir la técnica a IPOM podemos poner en práctica algunos de los ejemplos expresados en la comunicación para el cierre del peritoneo.

Cierre de pared en evisceraciones mediante técnica de doble malla tipo sandwich y anclaje transparietal común de ambas mallas.

El tratamiento para el cierre de pared abdominal en evisceraciones complejas es, en ocasiones, un verdadero reto profesional. En pacientes con evisceración completa tras cirugía abdominal con exteriorización de asas y con pared abdominal fina y de escaso componente muscular, planteamos el cierre mediante dos mallas con colocación IPOM de malla de baja densidad compuesta con cara visceral de colágeno con posterior cierre del peritoneo y colocación de malla de polipropileno de alta densidad onlay.

Presentamos la técnica en cuatro pacientes con evisceración completa, tres mujeres tras cirugía de abdomen agudo obstructivo con resección intestinal y un varón tras cirugía urológica y obstrucción por herniación de asa de intestino delgado en orificio de salida del drenaje y evisceración. Pacientes con gran debilidad de pared y sin posibilidad de cierre primario por la gran separación aponeurótica donde realizamos la colocación de malla tipo parietex a nivel IPOM con anclaje transparietal cierre del peritoneo sobre la primera malla la cual cubre todas las vísceras y que puede estar en contacto con ellas por la parte visceral de colágeno. Colocamos posteriormente la segunda malla onlay de polipropileno de alta densidad, que se ancla con los cabos del anclaje de la primera malla IPOM, realizando una fijación común transparietal de ambas de tal modo que soporta la presión abdominal.

Evolución favorable de los pacientes, sin aumento de la presión intraabdominal y sin necrosis de piel. En tres casos seroma que precisó apertura parcial del cierre de piel y que con curas se produce la granulación sin problemas de la parte expuesta de la malla de polipropileno.

Mediante la colocación de ambas mallas, la colocada IPOM de baja densidad protege y cubre las asas, el cierre del peritoneo cubre la primera malla y con el implante de la malla de polipropileno de alta densidad onlay al realizarse un anclaje común soporta la presión abdominal.

La posible indicación de esta técnica son aquellos casos de pacientes con evisceración completa, con exteriorización de asas, gran separación aponeurótica, con paredes débiles y que el cierre con doble malla no crea tensión en exceso con un posible aumento de la presión intraabdominal.

Resultados de la reparación fascial con malla en cirugía de urgencias

Romacho Lopez Laura, García Albiach Beatriz, González Sánchez Antonio Jesús, Aranda Narváz José Manuel, Montiel Casado María Custodia, Blanco Elena Juan Antonio, Santoyo Santoyo Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Históricamente ha existido un rechazo sobre el uso de mallas de material no absorbible para la reparación de defectos de pared abdominal en campos contaminados o sucios por las posibles tasas de infección y recurrencia y la necesidad de retirada de la malla. Presentamos los resultados de un estudio para su evaluar la seguridad y eficacia del uso de prótesis no absorbible en reparación fascial en cirugías de urgencias contaminadas o sucias en un hospital de tercer nivel.

Material y método: Estudio observacional analítico, desarrollado sobre la cohorte de pacientes intervenidos de forma urgente en los que se ha empleado malla de polipropileno para la reparación fascial en cirugías clasificadas como contaminadas o sucias durante un periodo de 3 años (2011-2013) en el Hospital Regional Universitario de Málaga (n=40), se excluyeron 11 pacientes que fallecieron en los 30 primeros días postoperatorios quedando una muestra final de 29 pacientes. Las variables resultado estudiadas son tasas de infección quirúrgica, tasas de recurrencia, tasa de retirada de malla y necesidad de uso terapia VAC. Se realizó seguimiento telefónico. Análisis estadístico: software SPSS.

Resultados: Características demográficas: 59% varones y 41% mujeres, edad media de 66 años (r: 32-87), 69% con ASA de alto riesgo (III-IV) y 21% requirieron posterior ingreso en UCI. Variables quirúrgicas: La indicación quirúrgica fue 41% evisceración, 17% dehiscencia anastomótica, 14% fístula intestinal postoperatoria, 10,5% perforación de víscera hueca, 10,5% diverticulitis aguda, 3,5% neoplasia complicada y 3,5% peritonitis biliar. La indicación del uso de malla fue evisceración en 45% de los casos, mala calidad de los tejidos según criterio del cirujano en 38% y presencia de hernia previa en 17,5%. En un 80% de los casos se realizó un cierre primario y colocación de malla supraaponeurótica y en 20% se realizó

plastia según la técnica de Chevrel. El 65,5% de las cirugías fue considerada como contaminada y el 35,5% como cirugía sucia. La distribución de los pacientes por categoría NNIS (calculada a partir de sus componentes ASA, duración de la intervención, tipo de cirugía NRC) fue 14% NNIS 1, 58,5% NNIS 2 y 27,5% NNIS 3. Variables postquirúrgicas: Estancia postquirúrgica media de 32 días (r:4-110). Infección del sitio quirúrgico del 55%, con un 31 % de pacientes que requirieron el uso de VAC. Retirada de malla 1 caso (3,5%). Recidiva herniaria 2 casos (7%).

Conclusiones: El uso de prótesis de material no absorbible en cirugías contaminadas o sucias se asocia a una tasa de infección de sitio quirúrgico elevado. Sin embargo, a largo plazo presenta buenos resultados con bajas tasas de recidiva herniaria y retirada de malla.

COMUNICACIONES ORALES. MISCELÁNEA

Cinco años de una unidad de trauma y cirugía de urgencias

Aranda JM, González AJ, Montiel MC, Titos A, Santoyo J.
Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Los pacientes con patología quirúrgica urgente o emergente constituyen un alto volumen de la actividad asistencial de grandes servicios de Cirugía. En España comienzan a surgir y afianzarse unidades específicamente dedicadas. Presentamos la experiencia de una Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias (UTCU) en sus primeros cinco años en un hospital de tercer nivel.

Material y método: Estudio observacional descriptivo de la actividad de la UTCU del Hospital Regional Universitario de Málaga en el periodo Nov2008-Dic2013, compuesta por un Coordinador y 3 facultativos. Análisis estadístico con software SPSS: variables cuali y cuantitativas y contraste de hipótesis según estimadores y tests habituales.

Resultados: 1) Área asistencial: se han intervenido bajo anestesia general 1935 pacientes (mediana/año: 392), un 29,2% del total de pacientes urgentes atendidos por la globalidad del Servicio. 296 (15,3%) de ellos se intervino en un quirófano electivo adicional semanal dotado para la Unidad en los últimos 3 años. Edad mediana 57 años, varón/mujer 52%/48%, y un 33% de ellos considerados como urgencias diferidas. Los procedimientos más habituales han sido los relacionados con patología biliar —vesícula y vía biliar principal— (27,3%), la apendicectomía (17%) y los derivados de urgencias coloretcales (14,8%). De forma puntual se han llevado a cabo todo tipo de procedimientos incluidos hepatectomías (7), gastrectomías (12) o duodenopancreatectomías cefálicas (2). Un mayor número de procedimientos calificados como mayor plus o más

complejos por la clasificación de la British United Provident Association (BUPA) fueron intervenidos en horario de mañana (36%vs24%; $p<0,001$). Se han elaborado 8 protocolos asistenciales para distintas patologías y de ámbito multidisciplinar, de aplicación a la globalidad del servicio y del centro. Cada uno de los miembros de la Unidad pertenece a un Comité Hospitalario de Calidad (Trauma, Seguridad Clínica, Infecciones y Mortalidad) y dos comparten su actividad con el trasplante. Una consulta semanal con una mediana de 14 pacientes completa la actividad asistencial de la Unidad.

2) Área de investigación: el total de comunicaciones aportadas a congresos nacionales e internacionales y el número de publicaciones/capítulos de libro ha sido de 111 (62 orales, 47 pósters, 2 vídeos) y 34 (8 internacionales, 16 nacionales, 10 capítulos de libro) respectivamente. Un total de 12 ponencias y la moderación de 6 mesas completan la colaboración de componentes de la Unidad en diferentes reuniones.

3) Área docente: las rotaciones por la Unidad para los residentes y la participación en el programa de Sesiones son las mismas que para el resto de las Secciones. Desde la Unidad se ejerce la Tutoría de los Residentes. El Coordinador es Profesor Asociado y los 3 adjuntos son Profesores Colaboradores de la Universidad de Málaga. La Unidad coordina una sede ATLS y dos profesionales son instructores.

Conclusiones: Las UTCU son la mejor forma de alcanzar la excelencia en la atención al paciente quirúrgico urgente. Debe recomendarse la creación y potenciación de estas Unidades al menos en hospitales de máximo nivel y valorarse la integración de la disciplina como área troncal.

Revisión del manejo de las heridas por Arma de fuego y Arma blanca en nuestro Servicio

Grasa González F, Sánchez Relinque D, Elmalaki Hossain L, Gómez Sánchez T, García Romero E.

Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cadiz)

Introducción: Los traumatismos por arma blanca (TAA) o de fuego (TAF) en la región abdominal son una entidad poco frecuente en nuestro medio, a pesar de ello, es importante conocer los múltiples factores diagnósticos y terapéuticos a tener en cuenta en su manejo.

Objetivo: Describir el manejo y resultados de los TAA y TAF que requirieron cirugía.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. La unidad de análisis estudiada fue Pacientes intervenidos durante el periodo 1990-2013, con el diagnóstico de TAA o TAF.

Resultados: El total de TAA o TAF que requirieron cirugía durante el periodo 1990-2013 fue de 54. De los cuales, 48 fueron por TAA (88,9%) y 6 por TAF. Las heridas predominaron en pared abdominal sin penetrar en cavidad abdominal (laparotomía en blanco) 22,2% (12 casos), intestino delgado 13% (7) y bazo 9,3% (5). El resto de los órganos lesionados fueron, estómago (4), hígado (3), colon sigmoides, retroperitoneo y diafragma 2 casos cada uno; y 1 caso vasos ilíacos y riñón izquierdo respectivamente. El resto de los casos 15 (27,8%) sólo se evidenció hemoperitoneo leve-moderado o líquido libre