

X REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE CIRUJANOS

SEVILLA, 2-4 OCTUBRE 2008

COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES

Hígado, páncreas, bazo

Utilidad de la quimioembolización en la recurrencia y supervivencia de los pacientes trasplantados hepáticos

B. Sánchez Pérez, J. L. Fernández Aguilar, M. A. Suárez Muñóz, J. M. Aranda Narváez, A. J. González Sánchez, A. Pérez Daga, J. Santoyo Santoyo.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. (Málaga)

Introducción. El uso de tratamientos de destrucción percutánea en pacientes con hepatocarcinoma (HC) en lista de espera pretrasplante son usados por la casi totalidad de las unidades de trasplante. La eficacia de la quimioembolización (QE) pretrasplante está siendo ampliamente debatida, ya que parece no estar claro su efecto beneficioso sobre la recurrencia y la supervivencia del H.C.

Objetivo. Analizar la influencia de la QE sobre la recurrencia y supervivencia de nuestros pacientes trasplantados hepáticos.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de pacientes trasplantados por HC (81, 69 con HC conocidos y 12 incidentales) en el periodo comprendido entre Marzo 97 y Diciembre 06. Se excluye de la serie 10 pacientes tratados con otras técnicas de destrucción percutánea (radiofrecuencia y alcoholización). Aunque la QE no se indicó basada en un protocolo rígido, si se hizo en pacientes con tumores mas avanzados. Se analiza la influencia de la QE en la recurrencia del HC y en la supervivencia, evaluando diferentes variables que pudieran influir en la supervivencia como el Child-Pugh, MELD, AFP y tiempo en lista de espera. Además, se analiza la distribución del estadio tumoral TNM radiológico y patológico y los Criterios de Milán (CM) pretrasplante y del hígado explantado. Se estudiaron las variables categóricas mediante Chi-cuadrado y las cuantitativas mediante la T- student. Para la realización de las curvas de supervivencia hemos utilizado el Test de Kaplan-Meier. **Resultados.** Presentamos 71 pacientes divididos en dos grupos, en función de tener realizada QE o no; el grupo QE consta

de 46 pacientes frente al grupo control, NoQE, formado por 25 pacientes. Los grupos son homogéneos respecto a la edad, MELD, Child-Pugh, tiempo de lista de espera, número de nódulos en pieza explantada, TNM radiológico, CM pretrasplante (Si: 67.4% vs 84.6%; No: 32.6% vs 15.4%) (p: 0.26) y CM anatomopatológicos (Si: 69.6% vs 68%; No: 30.4% vs 32%) (p: 0.82). Encontramos diferencias en los niveles de AFP (p: 0.05), número de nódulos radiológicos (p: 0.07) y TNM anatomopatológicos (p: 0.06). La supervivencia global de la serie es del 72% y 64% a los 5 y 8 años respectivamente. La supervivencia por grupos a 5 y 8 años (67% y 63% vs 84% y 72%) no presenta diferencias estadísticamente significativas (p: 0.3). El cumplimiento de los CM muestra una mayor supervivencia tanto en la serie global (Si: 77% vs No: 65%) (p: 0.07) como en el grupo de los QE (Si: 82% vs No: 51%) (p: 0.04) a 8 años. Solo hemos tenido 4 (5.6%) recurrencias en el global de la serie, todas las recurrencias aparecieron en el grupo de los pacientes QE y 3 de estos pacientes no cumplían CM (p: 0.04). **Conclusiones.** El uso de la QE no ha mostrado ventajas respecto a la supervivencia ni sobre la recurrencia. La supervivencia esta directamente relacionada con el mantenimiento de los Criterios de Milán, al igual que la recurrencia.

Revisión de la reparación quirúrgica de las lesiones de la vía biliar tras colecistectomía

C. Jiménez Mazure, B. Sánchez Pérez, M. Valle Carbajo, A. González Sánchez, J. Santoyo Santoyo, J.A. Bondía Navarro.

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

Introducción: Desde la aparición de la laparoscopia se ha producido un significativo aumento en la incidencia de lesiones de la vía biliar, alcanzando el 0,5% de las colecistectomías laparoscópicas. Además, la detección intraoperatoria de un traumatismo biliar en el transcurso de una colecistectomía

laparoscópica es más difícil, lo que se traduce en una mayor morbimortalidad. La reparación quirúrgica sigue teniendo su indicación en el manejo de estas lesiones, no estando exentas de complicaciones.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de las lesiones de la vía biliar tras colecistectomía reparadas quirúrgicamente en el H.R.U. Carlos Haya durante el período comprendido entre Enero-1999 y Junio-2008. Los datos fueron recogidos y analizados de forma retrospectiva. **RESULTADOS:** Se han revisado un total de 16 casos de reparaciones quirúrgicas de lesiones de la vía biliar (5 de ellas remitidas desde otro centro). 12 casos (75%) fueron secundarias a colecistectomía laparoscópica, y 4 (25%) a colecistectomía abierta. Un 68,75% fueron intervenciones programadas, y un 31,25% intervenciones urgentes. En 5 casos, el hallazgo fue intraoperatorio (2 durante colecistectomía abierta y 3 durante laparoscópica), realizándose en todos ellos una reparación inmediata mediante hepaticoyunostomía (HY); en el postoperatorio, 4 de estos pacientes sufrieron colangitis por estenosis de la HY, siendo finalmente reintervenidos. De los 11 pacientes en los que la reparación se hizo en un segundo tiempo, a todos ellos se le realizaron CPRE o CPTH previo a la cirugía; durante el seguimiento, 1 precisó reintervención; en el resto no existieron complicaciones. La técnica más empleada fue la HY termino lateral (9 pacientes) seguido del Hepp-Couinaud.

Conclusiones: Los traumatismos de la vía biliar en el transcurso de una colecistectomía suponen una complicación poco frecuente aunque con una importante morbimortalidad. La laparoscopia ha supuesto un aumento en su incidencia, siendo la detección intraoperatoria menos frecuente, con el consiguiente aumento de la morbilidad. En nuestro centro han tenido mejor pronóstico y menor incidencia de reintervención aquellas lesiones de la vía biliar intervenidas en un segundo tiempo, probablemente porque la reparación primaria es más compleja, con una vía biliar más fina, y a menudo en peores condiciones locales. La reparación en un segundo tiempo permite condiciones óptimas, con una vía biliar dilatada, y en una unidad especializada.

Experiencia con banda gástrica ajustable laparoscópica

M. Valle-Carbajo, M. Ruiz-López, C. Jiménez-Mazure, C. Ramírez-Plaza, B. Sánchez-Pérez, J.L. Gallego-Perales, V. Delgado-Bravo, JA. Bondía-Navarro,

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: Analizar los pacientes intervenidos con bandas gástricas ajustables colocadas mediante cirugía laparoscópica y los resultados obtenidos con dicha técnica en el Hospital Carlos Haya de Málaga.

Material y Métodos: Realizamos una revisión de los casos de obesidad mórbida intervenidos en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Carlos Haya de Málaga desde mayo de 1996 hasta abril de 2003. Analizamos los casos con controles a los seis meses, al año y a los cinco años. Las variables medidas han sido género y edad, peso preoperatorio, índice de masa corporal (IMC), porcentaje de sobrepeso

perdido (PSP), porcentaje perdido del exceso de IMC (PPE-IMC), estancia hospitalaria, porcentaje de enfermos que han requerido ajustes de banda y número de los mismos, índice de complicaciones y cuáles de estas complicaciones han sido las más frecuentes.

Resultados: En la revisión realizada encontramos 61 pacientes intervenidos de forma consecutiva por el mismo equipo quirúrgico. La revisión se ha completado en 60 pacientes (98,4%), de los cuales 50 (83,3%) eran mujeres, y 10 (16,7%) varones, con una media de edad de 38 (17-60) años, un peso medio preoperatorio de 124 (90-170) kgs, y un IMC medio de 46 (35-62). El PSP a los 6 meses, al año y a los 5 años, ha sido del 36%, 47,2% y 54,8% respectivamente. El PPEIMC a los 6 meses, al año y a los 5 años, ha sido del 16,8%, 22,6% y 26,4% respectivamente. La estancia hospitalaria media fue de 2,4 (1-7) días. Fueron precisos ajustes de la banda gástrica en el 66,6% de los pacientes, con una media de 3 (1-5) ajustes en cada uno de ellos. No encontramos ningún caso de mortalidad en la serie analizada. Ocurrieron complicaciones postquirúrgicas en el 26,6% de los casos, a causa de deslizamiento de la banda (4 casos), rotura o inclusión de la misma (4 casos), fístula gástrica (2 casos), obstrucción gástrica por dilatación del reservorio (1 caso), fiebre recurrente (1 caso), y dilatación gástrica aguda (1 caso), precisando todos estos pacientes retirada de la banda o conversión a otra técnica quirúrgica de obesidad mórbida.

Conclusiones: La colocación de banda gástrica laparoscópica es una intervención poco exigente técnicamente en comparación con otras técnicas de cirugía bariátrica laparoscópica. Tiene una baja mortalidad, con una tasa de complicaciones graves baja, aunque con posibilidad de conllevar cirugías de conversión a otras técnicas más complejas, una elevada tasa de revisiones posteriores para ajustes de la banda y una pérdida de peso aceptable, que depende en gran medida de la colaboración del propio enfermo, aunque no alcanza los valores de la derivación biliopancreática o del bypass gástrico. En cualquier caso, consideramos que esta técnica quirúrgica debe restringirse a casos seleccionados, o bien como primer escalón en superobesos.

Análisis de las lesiones yatrógenas de vía biliar: Validación pronóstica de las clasificaciones actuales y experiencia de un centro de referencia

J. Roldán De La Rúa, R. Ciria Bru, A. Naranjo Torres, R. Diaz Nieto, J. Sanchez Hidalgo, A. Luque Molina, M. Luna Herreras, J. Briceño Delgado, S. Rufian Peña, P. Lopez Sillero .

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba

Introducción: Las lesiones yatrógenas de la vía biliar han aumentado significativamente desde la introducción de la cirugía laparoscópica. Cada vez son mayores las indicaciones quirúrgicas de este tipo derivadas a centros de referencia en cirugía Hepatobiliar desde centros secundarios.

Objetivos: Evaluar la experiencia en reparación de lesiones yatrógenas de la vía biliar del Hospital Universitario Reina Sofía como centro de referencia de Cirugía Hepatobiliar. Evaluar la mejor aproximación diagnóstica y pronóstica de

las distintas clasificaciones actuales de yatrogenias de vía biliar.

Pacientes y Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos por lesiones yatrógenas de vía biliar en el Hospital Universitario Reina Sofía en los últimos 5 años (2002-2007). Análisis estadístico de las diferentes clasificaciones actuales (Bismuth, McMahon, Strasberg, Ámsterdam, Neuhaus, Csendes, Stewart-Way, CUHK) en cuanto a aproximación diagnóstica y mejor estadificación pronóstica y terapéutica de la yatrogenia. Se clasificaron las complicaciones postquirúrgicas según la clasificación propuesta por Dindo.

Resultados: Dieciocho pacientes fueron intervenidos durante el periodo referido debido a lesiones yatrógenas de vía biliar. La distribución por sexos fue 12 varones y 6 mujeres. La edad media fue de 62 años (rango 35-82). Tres pacientes (16,6%) fallecieron durante el postoperatorio. La estancia media postoperatoria fue de 8 días (rango 6-42). El 83% de las lesiones se produjeron debido a colecistectomía laparoscópica. La lesión inicial más frecuente (75%) fue estenosis en vía biliar principal a nivel de la confluencia cístico-conducto hepático de las cuales el 50% fue completa.

El 100% de los fallecidos presentaron lesiones graves de vía biliar a nivel de hilio hepático, así como edades por encima de los 75 años. Todos ellos presentaron lesiones que requirieron colangioanastomosis a más de un canal en la placa hiliar con hepatectomía asociada en el 66%. Los pacientes sobre los cuales se realizó intento de reparación por unidades sin experiencia en cirugía hepatobiliar compleja presentaron mayor índice de complicaciones tipo II y III respecto de los pacientes que fueron derivados directamente a nuestro centro (65% vs 21%; $p < 0.05$). Las clasificaciones actuales reflejan una importante disparidad de criterios. En nuestra serie, la clasificación de Neuhaus (2000) fue la que mejor se aproximó a la verdadera lesión encontrada, así como la que estratificó de forma más cercana el pronóstico postquirúrgico.

Conclusiones: La lesión yatrógena de la vía biliar debe ser evaluada de forma inmediata, así como derivada a una unidad de referencia en cirugía Hepatobiliar, evitando la reparación por equipos con poca experiencia. Las clasificaciones actuales presentan un importante déficit debido a su enfoque teórico sobre la lesión encontrada y no sobre el mecanismo lesional. De las mismas, la clasificación de Neuhaus es la que más se aproxima al verdadero hallazgo lesional.

Rotura esplénica como debut de Mononucleosis Infecciosa

A. Reguera- A. Ramiro- R. González Sendra

Hospital Ciudad de Jaén. Jaén

Mujer de 17 años que ingresa en Digestivo por dolor abdominal en epigastrio de varios días de evolución, ahora más generalizado, con fiebre en los días previos. Antecedentes: dermatitis seborreica, adenoidectomizada en 1996. Exploración: buen estado general, afebril, TA 100/60, FC 90 lpm, abdomen blando y depresible doloroso a la palpación en epigastrio. PC: Hb 10mg, 23000leucocitos, 63% neutrófilos, 13.4% linfocitos, GOT 279, GGT 128. ECO abdo-

minal: líquido libre en toda la cavidad, masa supramesoepicóica que impresiona de gran coágulo o bien de embarazo ectópico. Test de embarazo negativo. Se consulta con ginecología que descarta patología ginecológica mediante exploración y eco vaginal, evidenciando líquido libre intraabdominal. Se decide intervención quirúrgica de urgencias por el hemoperitoneo evacuando 2l. de sangre en toda la cavidad, con presencia de rotura subcapsular de bazo, y hepatomegalia. Se realiza esplenectomía, coagulando el pedículo esplénico con ligasure. Colocación de drenaje aspirativo en subfrénico derecho. Durante la intervención presenta Hb 8.6mg, por lo que precisa transfusión de un concentrado de hemáties. Postoperatorio sin incidencias, dándose de alta asintomática a la semana se realizó una prueba de anticuerpos heterófilos que resultó positiva. Se amplió el estudio microbiológico y serológico, en la que se halló hemocultivos negativos y pruebas para EBV + co infección actual y CMV indeterminados

Estudio del riesgo de diabetes tras duodenopancreatectomía cefálica

J. M. Lorente Herce, P. Parra Membrives, D. Díaz Gómez, D. Martínez Baena, M. Márquez Muñoz, J. Serrano Diez-Canedo, A. Galindo Galindo

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: La resección de la cabeza del páncreas siempre acarrea un riesgo teórico de déficit insulínico postoperatorio, aunque escasos estudios han recogido el grado real de afectación del metabolismo hidrocarbonado por la duodenopancreatectomía cefálica (DPC). La escasa literatura disponible muestra además resultados dispares. Presentamos una revisión de pacientes sometidos a DPC y las alteraciones en el control glucémico que han presentado posteriormente.

Material y Método: Se analizaron los datos de 56 pacientes sometidos a DPC y seguidos en consulta en nuestro centro entre 1993 y 2007. Fueron intervenidos 26 hombres (46.4%) y 30 mujeres (53.6%) con una edad media de 59.91 ± 11.9 años. Cuarenta y cuatro pacientes no eran diabéticos antes de ser intervenidos, 12 presentaban una diabetes mellitus tipo II y solo un paciente era diabético tipo I antes de su resección pancreática. En 44 pacientes (78.6%) se realizó una técnica de Whipple estándar y en 12 (21.4%) una resección con preservación pilórica. La indicación de DPC se debió a patología maligna en 47 casos (83.9%) y hubo afectación de la glándula pancreática (cáncer o pancreatitis crónica) en 23 (41.07%). El seguimiento medio de los pacientes fue de 47.82 ± 45.35 meses. Se analizó el estado diabetológico tras la cirugía (Diabetes Mellitus -DM- tipo I ó tipo II, intolerancia hidrocarbonada o no diabetes)

Resultados: En 27 pacientes (48.2%) empeoró el control del metabolismo hidrocarbonado a consecuencia de la DPC (en el 50% de los previamente no diabéticos y en el 45.5% de los que ya lo eran). De los pacientes con DM tipo II antes de la intervención, 5 (45.5%) requirieron terapia insulínica durante el seguimiento postoperatorio. Entre los pacientes con control glucémico previo normal, 4 (9.1%) requirieron terapia con antidiabéticos orales, 10 (22.7%) fueron insulinizados y 8 (18.2%)

presentaron intolerancia hidrocarbonada. El paciente con DM tipo I antes de su DPC conservó un control glucémico similar al preoperatorio. El deterioro del control glucémico fue más acentuado cuando el motivo de la resección pancreática fue por enfermedad primaria de la glándula (cáncer de páncreas, pancreatitis crónica, tumor pancreático benigno o pseudoquistes complicados) que cuando la indicación fue de causa extrapancreática (ampuloma, neoplasias de vía biliar distal o cáncer duodenal) con un 65,2% de progresión vs 36,4%, $p < 0,05$.

Conclusiones: Aunque la mayor parte de la secreción insulínica se produce en la cola pancreática, existe un riesgo bien definido de deterioro del control glucémico, con alta probabilidad de aparición de diabetes o intolerancia hidrocarbonada, tras la DPC. Este riesgo es mayor cuando la intervención se realiza por enfermedad primaria de la glándula, benigna o maligna.

Análisis de factores pronósticos en el trasplante hepático infantil

R. Ciria, J. M. Sánchez-Hidalgo, A. Naranjo, J. Briceño, J. Roldán, J. J. Gilbert, J. Jiménez, E. García-Menor, M. de la Mata, J. L. Pérez-Navero, S. Rufián, P. López-Cillero

Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. Servicio de Cirugía General., Unidad de Hepatología. Servicio de Pediatría. Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: Muchos son los factores que pueden influir en el resultado a corto, medio y largo plazo del trasplante hepático en pacientes pediátricos.

Objetivos: Identificar los factores de interés pronóstico en la supervivencia de receptor e injerto en el trasplante hepático pediátrico.

Pacientes y Métodos: Cien pacientes consecutivos sometidos a trasplante hepático pediátrico en sus diferentes modalidades (Split, reducido, donante vivo). Las variables sometidas a estudio fueron: edad, etiología, tiempo en lista de espera, grado de preferencia, técnica quirúrgica, tiempo de cirugía, tiempo de isquemia. Se realizó análisis univariante (Kaplan Meier log rank test) y Multivariante (modelo de regresión de Cox) para las distintas variables. Se aceptaron como significativas las variables con valor estadístico $p < 0,05$. Se incluyeron en el estudio multivariante las variables con significación estadística $p < 0,1$.

Resultados: Se realizaron 100 trasplantes desde enero de 1990 hasta noviembre de 2007. La edad media al trasplante fue de 5 años, siendo los trasplantados menores de 1 año un 28%. El tiempo de isquemia fría fue de 7,10 horas \pm 3,1. El tiempo medio de cirugía fue de 5,2 horas \pm 2,2. El tiempo de permanencia medio en lista de espera fue de 75 días (1-1012). La supervivencia media del injerto fue de 70,4%; 59,2% y 51% a 1-, 3-, y 5-años. Los factores que alteraron de forma significativa ($p < 0,05$) dicha supervivencia (Kaplan Meier log-rank test) fueron: edad menor de 2 años, tiempo

de cirugía > 6 horas, enfermedades metabólicas, colestásicas y cirrosis frente a FHA y tiempo de permanencia en lista de espera > 100 días.

Conclusiones: La permanencia en lista de espera, la edad, el fallo hepático agudo y el tiempo de cirugía son variables pronósticas en los resultados del trasplante hepático pediátrico.

Consolidación de un programa de trasplante hepático infantil: experiencia del Hospital Universitario Reina Sofía tras 100 trasplantes

J. M. Sánchez-Hidalgo, R. Ciria, A. Naranjo, J. Briceño, J. Roldán, J. J. Gilbert, J. Jiménez, E. García-Menor, M. de la Mata, J. L. Pérez-Navero, S. Rufián, P. López-Cillero.

Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. Servicio de Cirugía General. Unidad de Hepatología. Servicio de Pediatría. Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: En el año 1990 se inicia el programa de trasplante hepático infantil en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. A finales de 2007, se realizó el trasplante número 100 sobre 84 pacientes.

Objetivos: Análisis de los factores determinantes en el proceso de creación y consolidación de un programa de trasplante hepático pediátrico.

Pacientes y métodos: Análisis retrospectivo descriptivo de los 100 trasplantes realizados en 84 receptores.

Resultados: Se realizaron 100 trasplantes desde enero de 1990 hasta noviembre de 2007. La proporción varón/hembra fue 40/60. La edad media al trasplante fue de 5 años, siendo los trasplantados menores de 1 año un 28%. La distribución etiológica de los trasplantes fue la siguiente: enfermedades colestásicas (43%), fallos hepáticos agudos/subagudos (FHA) (34%), enfermedades metabólicas (14%) y cirrosis (9%). Un 35% de los donantes procedió de Andalucía. El 84% de los receptores pertenecía a la comunidad autónoma de Andalucía. El 34% del total de trasplantes se realizó de forma urgente-preferente. La supervivencia media del injerto fue de 70,4%; 59,2%, y 51% a 1-, 3- y 5-años. Realizando una teórica división en dos periodos: 90-98 y 99-07, se observan diferencias no significativas en la supervivencia a largo plazo (51 vs 59%) y a corto plazo (71% vs 70%), si bien se observa una mayor proporción ($p = 0,005$) de pacientes de alto riesgo (FHA y edad < 2 años) trasplantados durante el periodo 99-07. Todos los datos previos se encuentran dentro de los estándares recogidos en el European Liver Transplant Registry 2007.

Conclusiones: La consecución de un programa de trasplante pediátrico está al alcance de centros con alta experiencia en trasplantes. La adecuación a los registros europeos de calidad debe ser la norma que impere en esta actividad quirúrgica altamente especializada.

¿Es recomendable el drenaje biliar previo a duodeno-pancreatectomía cefálica?

P. Parra Membrives, D. Díaz Gómez, J. M. Lorente Herce, D. Martínez Baena, M. Márquez Muñoz, J. Serrano Díez-Canedo, A. Galindo Galindo

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: En los últimos años ha descendido de manera muy importante la morbi-mortalidad asociada a la duodeno-pancreatectomía cefálica (DPC), aunque la tasa de complicaciones continúa en torno al 50%. La colostasis preoperatoria se ha considerado un factor de riesgo para la presentación de complicaciones tras una DPC, por lo que la derivación biliar previa debería disminuir teóricamente su aparición. Sin embargo, aun existe controversia acerca del uso sistemático de la descompresión biliar preoperatoria.

Material y Método: Comunicamos los datos de 35 pacientes sometidos a DPC entre Febrero 2000 y Febrero de 2008, el 82.9% de los casos en los últimos 5 años y por los mismos 3 cirujanos. La técnica estándar fue una DPC tipo Whipple con reconstrucción en un asa y anastomosis pancreato-yeyunal en 2 planos (Wirsung-mucosa y pancreato-serosa) sin tutor. Solo en dos ocasiones se realizó una anastomosis telescópica sin tutor, y en otros 2 casos se reconstruyó el tránsito intestinal mediante anastomosis en 2 asas. Fue necesaria una resección portal para completar la DPC en un caso.

Resultados: Se intervinieron 11 hombres y 24 mujeres con edad media de 60.83±12.16 años. De ellos, 32 (91.42%) debido a neoplasias malignas. El diagnóstico más repetido fue el de adenocarcinoma de páncreas con 12 casos (34.3%), seguido del ampuloma con 11 (31.4%). Diecisiete pacientes (48.6%) fueron sometidos a drenaje biliar preoperatorio, 10 (55.5%) percutáneo y 8 (44.5%) interno mediante prótesis plástica endoscópica. Los niveles de bilirrubina medidos antes de la intervención fueron 11.93 mg/dl en el grupo no drenado y de 10.25 mg/dl en el drenado ($p>0.05$). La duración de la cirugía fue 422.35±99.4 minutos en no drenados y 481.38±76.73 minutos los drenados ($p>0.05$). La estancia fue 16.12±9.59 días en no drenados y 14.78±12.09 en drenados ($p>0.05$). Dieciséis pacientes (45.7%) sufrieron algún tipo de complicación de los cuales 12 (34.3%) fueron complicaciones quirúrgicas (sin diferencias significativas entre pacientes drenados y no drenados). Cuatro pacientes fallecieron de causa no relacionada con la técnica quirúrgica. Todos ellos habían sido drenados percutáneamente ($p<0.05$) aunque tres de ellos fueron drenajes «no efectivos», ya que la bilirrubina preoperatoria media fue 24.79 mg/dl. El nivel de bilirrubina preoperatoria fue significativamente superior en los pacientes que finalmente fallecieron (20.98±10.56 vs. 9.84±9.39). En todos ellos el fracaso hepático estuvo implicado entre las causas de fallecimiento.

Conclusiones: La DPC puede ser realizada con una tasa baja de complicaciones por cirujanos especialmente dedicados a estas intervenciones. La morbilidad es similar, a igual nivel de bilirrubina, para pacientes drenados y no drenados. Sin embargo, la mortalidad es mayor en pacientes con drenaje ineficaz, en nuestra experiencia por vía percutánea, estando la colostasis implicada en la mayoría de los fallecimientos. En

pacientes con altas cifras de bilirrubina o en los que sea inevitable la demora de la cirugía recomendamos el uso de drenaje por vía endoscópica.

Efectos adversos sobre el perfil lipídico de los regímenes inmunosupresores: Tacrolimus vs Ciclosporina (C2)

B. Sánchez Pérez, M. A. Suárez Muñoz, J. M. Aranda Narváez, J.L. Fernández Aguilar, A. J. González Sánchez, A. P. Daga, J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga

Introducción: El desarrollo de los diferentes regímenes inmunosupresores han mejorado las tasas de supervivencia en los pacientes trasplantados hepáticos. Las dislipemias constituyen uno de los principales factores favorecedores del desarrollo de enfermedades cardiovasculares, y estas son la segunda causa de mortalidad a largo plazo en estos pacientes.

Objetivo: Conocer la incidencia de las dislipemias (hipercolesterolemia -HiperCo- e hipertrigliceridemia -HiperTg-) en relación con el régimen inmunosupresor utilizado: Tacrolimus (Tac) vs. Ciclosporina medida con niveles C2 (CsA2).

Material y Métodos: Realizamos un estudio observacional descriptivo analizando la incidencia de dislipemias en relación con el tipo de inmunosupresión utilizada (Tac vs. CsA2) en una serie consecutiva de 74 pacientes trasplantados entre Enero 2001 y Enero 2003. Analizamos las variables cuantitativas mediante T de Student.

Resultados: Los 74 pacientes se han distribuido en dos grupos: 35 pacientes en el grupo de CsA2 y 39 en el grupo de Tac. Con un seguimiento medio de 40 meses (r: 8- 85 meses), la serie completa presentó un 11% de HiperCo y un 15% de HiperTg. Al comparar las dislipemias de forma global entre los dos inmunosupresores, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (HiperCo; $p: 0.46$, HiperTg; $p: 0.15$). Estratificando de forma temporal a los 6, 12, 24 y 60 meses, tampoco encontramos diferencias significativas entre ambos tipos de dislipemias. Finalmente, en relación con la aparición de eventos cardiovasculares se observaron en un 14.3% en el grupo de CsA2 frente a un 18.9% en el grupo de Tac, lo cual tampoco mostro diferencias significativas ($p 0.75$).

Conclusión: El uso de CsA monitorizado mediante niveles C2, muestra un perfil de seguridad similar al Tac respecto al desarrollo de alteraciones en el perfil lipídico y a la aparición de eventos cardiovasculares.

Hígado graso no alcohólico y cirugía bariátrica (técnica Scopinaro)

M. Ferrer Márquez, C. Carvia Pousaillè, J. Velasco Albendea, M^a del Mar Rico Morales, E. Yagüe Martín, V. Maturana Ibáñez, M. Ferrer Ayza .

Hospital Torrecárdenas. Almería

Introducción: La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública en el mundo occidental. Se considera un

importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas de gran prevalencia en los países desarrollados entre la que se encuentra el hígado graso no alcohólico (HGNA). En la actualidad no existe ningún tratamiento de eficacia demostrada en los pacientes con esteatohepatitis no alcohólica. Los esfuerzos actualmente van dirigidos a modificar las condiciones más frecuentemente asociadas con el HGNA, como es la obesidad. Por otra parte, una pérdida de peso muy rápida asociada a un síndrome de malabsorción puede dar lugar a un incremento de la inflamación portal y la fibrosis hepática. Es por ello que el efecto de la pérdida de peso en el HGNA no es del todo conocido pareciendo necesaria la realización de estudios que evalúen el impacto de la pérdida de peso tras la cirugía bariátrica en las lesiones hepáticas asociadas a la obesidad.

Objetivos: Los objetivos de nuestro estudio son evaluar el impacto de la pérdida de peso inducida por la cirugía bariátrica en las lesiones histológicas hepáticas asociadas al paciente obeso y describir el grado de lesión hepática desde el punto de vista histológico en pacientes con obesidad mórbida subsidiarios de cirugía bariátrica en nuestro servicio.

Material y Métodos: En nuestro estudio se incluirán pacientes con obesidad mórbida subsidiarios de tratamiento con cirugía bariátrica (Intervención de Scopinaro). En el estudio preoperatorio se recogerán variables clínicas y analíticas. Durante la cirugía se procederá a la obtención de la biopsia hepática índice. Entre los 12 y 24 meses tras la cirugía se repetirán las evaluaciones clínicas y analíticas. Además se realizará una segunda biopsia hepática (obtenida en pacientes que se han reintervenido por eventración subcostal o percutánea con control ecográfico).

Resultados: En nuestro estudio de 76 pacientes, al volver a analizar los datos clínico analíticos entre los 12-24 meses, se demuestra una mejoría tanto de las variables clínicas como de las analíticas. En cuanto al seguimiento histológico, de los 76 pacientes que fueron estudiados y a los que se realizó biopsia hepática durante la primera intervención, a 39 se volvió a realizar biopsia control entre los 12 y 24 meses. Los principales resultados en el estudio demuestran una mejoría importante de las lesiones hepáticas, tanto de la esteatosis simple como de la EHNA, sin encontrar ningún caso de empeoramiento de las mismas.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de lesiones hepáticas asintomáticas en pacientes obesos subsidiarios de cirugía bariátrica. La cirugía bariátrica induce una pérdida de peso que se asocia con una mejoría de la patología asociada a la obesidad (DM, HTA, SAOS, Sde metabólico), así como un descenso significativo de las cifras de GPT,GGT,FA y BR. Tras la pérdida de peso casi la totalidad de los pacientes presentaron mejoría de las lesiones histológicas hepáticas, destacando que la EHNA desapareció en el 85% de los pacientes.

Patología de la vesícula biliar y obesidad mórbida: Estudio prospectivo sobre 184 pacientes consecutivos sometidos a cirugía bariátrica

R. Ciria; A. Arjona; A. Membrives; J.M. Gallardo; D. Cobo; M. Barrera; J. Redel; A. Gordón; E. Arévalo

Servicio de Cirugía General y Digestiva II. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Introducción: La obesidad mórbida conlleva la formación de litiasis biliar en un rango de entre el 10% y el 40% de los pacientes según los diferentes estudios. Basándose en estos datos, algunos grupos recomiendan la colecistectomía sistemática en todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica mientras que otros solo la llevan a cabo en pacientes con patología vesicular demostrada.

Objetivos: Analizar la prevalencia de patología en la vesícula biliar en pacientes sometidos a cirugía bariátrica con colecistectomía sistemática, así como los factores asociados al desarrollo de esta patología concomitante.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo sobre 184 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica de forma consecutiva en el periodo 1997-2004, excluyéndose del análisis 17 pacientes que habían sido colecistectomizados previamente. Se analizó mediante examen patológico la presencia de patología vesicular concomitante (colecistitis, colelitiasis, colelitiasis y colesterolesis).

Resultados: De los 167 pacientes analizados en el estudio, un 76.6% fueron mujeres. La edad media de los pacientes fue de 39 años (19-60). El IMC medio fue de 51.8 (33-86.). La distribución por rangos fue la siguiente: IMC<40 (4.4%); 40-45 (16.3%); 45-50 (24.4%); 50-55 (26.3%); 55-60 (13.1%); 60-65 (9.4%); >65 (6.3%). Se encontró patología vesicular en el estudio anatomopatológico en un 83.2% de los casos. La presencia de colelitiasis, colelitiasis crónica y de colesterolesis fue de un 14%, 53% y 51% respectivamente. Se encontró una presencia significativamente superior de patología vesicular de cualquier tipo en pacientes mayores de 50 años (78% vs 96%; chi-square=4.7; P=0.03). La prevalencia de colelitiasis no difirió de forma significativa según grados crecientes de IMC.

Conclusiones: En nuestro estudio, una elevada proporción de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica presentaron patología vesicular concomitante, principalmente aquellos de edad avanzada. La realización de colecistectomía profiláctica en los pacientes sometidos a este tipo de cirugía debería ser considerada, principalmente en pacientes de edad avanzada.

Experiencia tratamiento quirurgico tumores quísticos mucinosos del páncreas

P. Beltran Miranda, J. Cintas Catena, A. Sanchez Sanchez, M. Sanchez Ramirez, M. Retamar Gentil, B. Martin Perez, A. Nogalez Muñoz, I. Sanchez-Matamoros Martin, J.M. Ortega Bevià y J. Cantillana Martinez

Servicio de Cirugía General I. Hospital Universitario Virgen Macarena. (Sevilla)

Introducción: Las lesiones quísticas del páncreas son en su mayoría pseudoquistes de etiología benigna, entre dichos quistes, los tumores quísticos del páncreas son una entidad poco frecuente, sin embargo, su incidencia en los últimos años ha ido en aumento. Dentro de ellos, los quistes mucinosos del páncreas son los que presentan una mayor incidencia. Suelen debutar con sintomatología compresiva, dolor o de tipo incidental. Su aparición se relaciona con el consumo de tabaco y

nitrosaminas y es más frecuente en mujeres. Su ubicación es más frecuente en el cuerpo-cola que en la cabeza del páncreas. Es importante su diagnóstico precoz y diferencial con otras lesiones quísticas pancreáticas de tipo benignas ya que se tratan de lesiones con potencial preneoplásico cuyo tratamiento precoz conduce a la curación en la mayoría de los casos.

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo del tratamiento quirúrgico de esta patología mostrando la experiencia de nuestro servicio de cirugía en el periodo que transcurre desde 2000 hasta 2008.

Resultados y conclusiones: El tratamiento de los tumores quísticos mucinosos del páncreas es sin duda quirúrgico. El diagnóstico diferencial de otras lesiones quísticas precisa de distintas pruebas de imagen y su diagnóstico precoz es importante ya que se trata de lesiones preneoplásicas cuyo tratamiento quirúrgico precoz conlleva una alta supervivencia.

Factores asociados a los tumores de novo del trasplante hepático

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

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

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

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

Resultados: La serie está compuesta por 64 casos de tumores desarrollados en 50 trasplantados hepáticos con una incidencia cercana al 7%. Los tumores de piel son los más frecuentes (39.06%), seguidos por los de la región ORL (15.62%), pulmón (14.06%) y gastrointestinales (9.37%). El tiempo de evolución medio desde el trasplante hasta el diagnóstico de certeza del tumor es algo inferior a los 4 años (47,74 meses) con un rango de 6 – 200 meses. La tasa de recurrencia es del 16%.

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

COMUNICACIONES EN PÓSTER

Gestión, pared abdominal, endocrino, mama, retroperitoneo

El residente de cirugía en el tratamiento de la patología hemorroidal, en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

A. Muñoz; J.M. Vázquez; F. Docobo; C. Sacristán; D. Molina; M.C. Olano.

Servicio de Cirugía. Unidad Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo: Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico de las hemorroides realizado por residentes de cirugía, en una UCMA.

Materiales y Método: En 2007, fueron intervenidos 832 pacientes, por patología proctológica, en UCMA. Son: Sinus, 380 (45.67%); hemorroides, 231 (27.77%); fístulas 150 (18.03%); fisuras 71 (8.53%). Criterios inclusión: CMA. Preparación preoperatoria. Número nódulos: I, II, III. 1ª intervención extirpan 2 nódulos. Técnica: Fergusson o Milligan-Morgan Anestesia: Raquídea o local sedación. Alta CMA, analgesia programada y medidas higiénicas. Control postope-

ratorio telefónico, teléfono abierto y revisiones posteriores (48 horas y al mes).

Resultados: 231 intervenidos por hemorroides (27.76%, de 832 procesos proctológicos). Los residentes realizaron 533 procesos (64.06%), y 154 hemorroidectomías (66.66%, del total de 231 intervenidas en UCMA) Edad media: 41.62 años. Sexo: 130 mujeres (56.28%) y 101 hombres (43.72%). Nº nódulos: I, 64 (27.71%); II, 151 (65.37%); III, 16 (6.92%). Segunda intervención, 14 pacientes (6.06%). Técnica: Fergusson, 176 (76.19%); 2ª intervención 13. Milligan-Morgan, 55 (23.81%); 2ª intervención 4. Intervenciones de residentes: Fergusson 103 (66.88%) y Milligan-Morgan 51 (33.12%). Anestesia: Raquídea, 101 (43.72%); Local+sedación, 130 (56.28%). Alta: CMA, 226 (97.84%); 24 horas, 4 (1.73%); +24 horas, 1 (0.43%). Reingreso, 3 (1.29%); dolor 2 y sangrado importante 1. Controles: Curación, 228 (98.70%); recidiva o persistencia, 3 (1.30%).

Conclusiones: La hemorroidectomía es un procedimiento básico y fundamental en la formación del residente, Su participación directa en este tipo de procedimientos es muy alta (66.66%) y los resultados obtenidos con alta eficacia y eficiencia, es aceptado y con alta satisfacción.