

## COMUNICACIONES ORALES

### PRIMERA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

#### **Fistula pancreato-pleural en un paciente con pancreatitis aguda**

F. J. del Rio Lafuente, P. Fernandez Zamora, F. Del Rio Marco  
*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla - Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza*

*Introducción:* La pancreatitis aguda es un proceso clínicamente caracterizado por un dolor abdominal agudo, acompañado por un aumento de las enzimas pancreáticas en la sangre y consecuentemente en la orina y otros líquidos biológicos, como consecuencia de una inflamación aguda de la glándula. El espectro clínico con el que se presenta, ya señalado por Fitz en 1889, junto con las peculiaridades de la localización, complejidad de los sistemas enzimáticos que intervienen en su fisiopatología y la variabilidad del grado de afectación de la glándula, hacen que su estudio constituya un capítulo apasionante de la patología quirúrgica. Una complicación poco frecuente de la pancreatitis es la fistula pancreato-pleural, que tiene lugar como consecuencia de la rotura posterior de un conducto pancreático con paso de las secreciones pancreáticas exocrinas a la cavidad pleural.

*Caso Clínico:* Varón de 45 años de edad con antecedentes de un episodio de pancreatitis aguda alcohólica hace siete años diagnosticándose entonces de litiasis biliar. Ingresa en el Servicio de Neumología por un episodio de disnea, tos, expectoración y dolor pleurítico, En la radiografía de tórax se observa un derrame pleural izquierdo con pinzamiento del seno costofrénico derecho. El paciente es ingresado con la impresión diagnóstica de neumonía. El tercer día se le practica una toracocentesis obteniendo un líquido pleural con características de exudado y ante la persistencia del derrame se le coloca un drenaje torácico bilateral. El sexto día se realiza TAC toracoabdominal que se informa como derrame pleural bilateral, hallándose una estructura tubular que ocupa el espacio inter-porto-cava, sugestivo de pseudoquiste pancreático o tumor microquístico pancreático. Ante esta duda diagnóstica se realiza una resonancia magnética que

confirma un pseudoquiste pancreático. En una nueva toracocentesis realizada en la 4ª semana de ingreso se realiza análisis del líquido pleural que muestra una amilasa de 10300UI/L, lipasa de 52400 UI/L. Es valorado por el servicio de digestivo que, dado el antecedente de pancreatitis aguda, la presencia del pseudoquiste y las cifras elevadas de amilasa y lipasa en líquido pleural, diagnostica el cuadro de fistula pancreático pleural. Se inicia tratamiento conservador con reposo digestivo, somatostatina y nutrición parenteral, pero al no lograrse la resolución del cuadro se consulta con el servicio de cirugía que programa intervención quirúrgica encontrándose en la cara posterior de cabeza de páncreas un absceso de 3x5 cm de contenido purulento que se drena y lava repetidamente, dejándose un drenaje aspirativo. El postoperatorio cursa de modo favorable con desaparición de la clínica respiratoria y un aclaramiento progresivo de los drenajes, siendo dado de alta hospitalaria a los quince días de la intervención.

*Comentarios:* La pancreatitis aguda tiene una prevalencia del 1% de los ingresos hospitalarios. La etiología en el 90% de los casos se relaciona con la litiasis biliar y con el abuso del alcohol. Las complicaciones pleuropulmonares en pacientes afectados de pancreatitis aguda son relativamente frecuentes, manifestándose a través de atelectasias, derrames pleurales o edema pulmonar. Una importante causa de derrame pleural en la pancreatitis aguda es la formación de una fistula pancreático-pleural secundaria a la disrupción de un pseudoquiste originado en un episodio de pancreatitis aguda. La mejor determinación analítica para su diagnóstico es la marcada elevación de amilasa en el líquido pleural.

*Conclusiones:* La fistula pancreáticopleural es un proceso que se debe tener en cuenta en pacientes con derrame pleural y con antecedentes de pancreatitis aguda. Un exudado pleural con cifras muy elevadas de amilasa, la existencia de un pseudoquiste pancreático en la TAC abdominal y la demostración de la rotura del trayecto fistuloso son determinantes para el diagnóstico. El tratamiento inicial debe ser conservador con reposo digestivo, nutrición parenteral total e inhibidores de la secreción exocrina pancreática, reservándose la cirugía para casos en los que fracasa el tratamiento conservador.

### Indicaciones actuales de tratamiento quirúrgico de las lesiones hepáticas benignas

Rguez Silva,C; Sánchez Perez,B; Fdez Aguilar,JL; Suarez Muñoz, MA; Blanco Elena, JA; Gamez Córdoba, ME; Santoyo Santoyo, J

HRU Carlos Haya

**Introducción:** Los tumores hepáticos benignos son lesiones que asientan en general en pacientes sin patología hepática previa. Su diagnóstico discurre, en la mayoría de los casos, de forma incidental durante la realización de alguna prueba radiológica. Aunque el tratamiento basal es la actitud conservadora, sigue existiendo indicación quirúrgica en determinadas situaciones tales como: duda diagnóstica, crecimiento progresivo y/o sintomatología asociada.

**Objetivos:** Analizar la incidencia de THB intervenidos en los últimos cinco años en un hospital de tercer nivel. Conocer las principales indicaciones de tratamiento quirúrgico y confirmar el grado de concordancia clínico- radiológica, respecto a las lesiones sólidas.

**Material y métodos:** Hemos realizado en los últimos 20 años en nuestro hospital 870 resecciones hepáticas, de las cuales, 143 fueron por THB. Para homogeneizar diagnósticos radiológicos, anatomopatológicos, indicaciones y técnicas quirúrgicas, nos circunscribimos a los últimos cinco años. Por lo que llevamos a cabo un estudio descriptivo prospectivo acerca de la incidencia de intervenciones quirúrgicas por THB durante el periodo desde Enero 2009 a Febrero 2013, incluyendo un total de 46 pacientes. Las principales indicaciones de tratamiento quirúrgico fueron: sintomatología, duda diagnóstica y cancerofobia en el paciente. Se ha llevado a cabo un seguimiento activo vía telefónica verificando el grado de satisfacción de nuestros pacientes, con un seguimiento medio de 50 meses.

**Resultados:** Se intervinieron un total de 46 pacientes, con predominio del sexo femenino y edad media de 46.61 años. El 56.5% presentaban un ASA II preoperatorio. La TAC y RNM abdominal fueron la base del diagnóstico preoperatorio. El 11% de los pacientes presentaban biopsia preoperatoria. La poliquistosis hepática (PHP)/quiste simple fue el THB más frecuentemente intervenido (30.9%) seguido del hemangioma y la hidatidosis (23.9% en ambos casos). La principal causa de indicación quirúrgica fue la sintomatología del paciente. El 45.7% de los procedimientos se realizaron vía laparoscópica. La evolución postoperatoria fue favorable en todos los casos, con mortalidad nula. Seis pacientes (13%) presentaron complicaciones postquirúrgicas grado Clavien III mayoritariamente. El grado de concordancia entre el diagnóstico radiológico y el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue del 84%. Actualmente el 100% de casos se encuentran asintomáticos.

**Conclusiones:** Debido al desarrollo de las técnicas radiológicas, cada día son diagnosticados un elevado número de tumores hepáticos benignos, y aunque la actitud conservadora es la base fundamental de su tratamiento, la evolución clínica, la cancerofobia o la duda diagnóstica dan cabida al tratamiento quirúrgico, basado en bajas tasas de morbilidad, nula mortalidad y una franca mejoría en la calidad de vida del enfermo.

### Drenaje lumbar espontáneo de colección pancreática

Pablo Moreno Marín, Juan Carlos Navarro Duarte, Álvaro Morales González

Complejo Hospitalario Torrecárdenas

La pancreatitis es un proceso inflamatorio que afecta al páncreas, al tejido peripancreático e incluso a órganos vecinos. En la mayor parte de los casos, es un proceso autolimitado en el tiempo y leve en su intensidad, pero puede presentar gran cantidad de complicaciones sistémicas o locales. Presentamos un paciente con antecedentes de cirugía de litiasis renal a través de lumbotomía izquierda. Dos meses después de un episodio de pancreatitis aguda grave, presenta clínica de vómitos, disfagia y fiebre alta, acompañados de supuración espontánea a través de cicatriz de lumbotomía previa. En TAC se objetiva colección peripancreática de 35 mm con extensión a espacio pararenal anterior y posterior izquierdo, que fistuliza a piel con gran componente inflamatorio de tejidos blandos. Con diagnóstico de absceso pancreático, se decide drenaje quirúrgico a través de lumbotomía. Tras el mismo el paciente presenta postoperatorio desfavorable siendo necesaria su intervención quirúrgica con drenaje anterior. 2 semanas tras la cirugía, es dado de alta con el cuadro clínico resuelto. Dentro de las complicaciones locales, se encuentra el absceso pancreático, que es una colección de la zona pancreática y peripancreática, que suele formarse más de 3 semanas después del proceso agudo y cursa con fiebre, elevación de parámetros inflamatorios analíticos y puede ser origen de un cuadro séptico. El tratamiento de elección es el drenaje radio o ecoguiado, pero en muchas ocasiones precisa de tratamiento quirúrgico accediendo a la celda pancreática a través del ligamento gastrocólico.

### Metástasis cutánea de hepatocarcinoma: presentación de un caso clínico

N. Palomino, M. Serradilla, A. Ramiro, A. Palomares, B. Sánchez, E. Dabán, L. Vázquez, J. Navarro, M. Medina

Complejo Hospitalario de Jaén

**Introducción:** La presencia de metástasis cutáneas suele asociarse a tumores de origen pulmonar o mamario. En el caso del hepatocarcinoma, las localizaciones habituales son el pulmón, seguido por los ganglios de la cadena periportal y las metástasis óseas. El desarrollo de metástasis cutáneas de hepatocarcinoma son muy raras, estando presentes en el 2.7-3 % de los pacientes y representando el 0.8% de todas las metástasis cutáneas conocidas. Habitualmente, estas lesiones se presentan como nódulos de rápido crecimiento, no dolorosos, localizados en cara, cuero cabelludo, hombros y pecho. El tratamiento consiste en la exéresis de la lesión con borde quirúrgico libre.

**Caso Clínico:** Paciente varón de 34 años con diagnóstico de hepatocarcinoma fibrolamelar intervenido en 1999 con tratamiento quimioterápico adyuvante. En 2002 se objetivan metástasis pulmonares múltiples, que son resecaadas, tras lo cual, siguió revisiones periódicas. En 2012 se descubre nódulo en tercio proximal de brazo derecho, a nivel deltoideo, de unos

2 cm de diámetro, subcutáneo, móvil no adherido a planos profundos. Se completa estudio con RM de hombro derecho donde se visualiza tumoración ovalada a nivel de tejido celular subcutáneo de 3,5 cm de diámetro que contacta y comprime el músculo deltoides, sin infiltración del mismo. No otras alteraciones significativas. PAAF lesión: positivo para células tumorales malignas (sugestivo de metástasis de carcinoma hepático) El paciente es intervenido quirúrgicamente, reseándose la lesión bajo anestesia local con borde quirúrgico libre macroscópicamente. AP de la lesión: metástasis de hepatocarcinoma bien diferenciado. Márgenes no afectados. Conclusión. Las metástasis cutáneas del hepatocarcinoma son raras y deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial de los pacientes con antecedentes de hepatocarcinoma que presenten lesiones cutáneas sospechosas.

### Trasplante hepático utilizando donantes tipo II de Maastrich en Andalucía

Zambudio, N; Fundora, Y; Muffak, K; Villegas, T; Becerra, A; Garrote, D; Ferrón, JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada

**Introducción:** La necesidad de usar donantes llamados "marginales" debido al aumento en la demanda de hígados y la estabilización del número de donantes en nuestro país en los últimos años hacen necesario buscar otras modalidades a la hora de la obtención de órganos. El uso de donantes en asistolia es un recurso en evolución que puede ayudar a dar respuesta a estas necesidades. Como problemas más importantes en este tipo de donación aparecen mayores tasas de síndrome de isquemia-reperusión traducidas en disfunción primaria del injerto o complicaciones en la vía biliar. Esto está en relación con el aumento del tiempo de isquemia caliente del órgano. El Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada es el único centro de Andalucía que tiene definido un protocolo de donación en asistolia.

**Objetivos:** Describir los resultados de los primeros casos de un programa de donación en asistolia en nuestro centro.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo de 4 pacientes entre los años 2002-2012 que se someten a trasplante hepático procedente de un donante tipo II según la clasificación de Maastrich siguiendo el protocolo de donación en asistolia del Hospital Virgen de las Nieves. Se recogieron variables tanto del donante como del receptor y se llevó a cabo un seguimiento de éstos últimos durante un mínimo de 7 meses. Las variables recogidas fueron: edad, peso, talla, grupo sanguíneo, antecedentes personales, duración de las maniobras de resucitación, valores analíticos (entre los que se incluyen las cifras de enzimas hepáticas), tiempos de preservación y de isquemia fría. Los datos se analizaron con el software IBM SPSS Statistics 17.

**Resultados:** En el caso de los donantes: presentaban una edad media de 48 años, uno de ellos sin comorbilidades asociadas y el resto presentaban cada uno: diabetes, narcolepsia y epilepsia. Todos fallecieron por paradas cardiorrespiratorias intrahospitalarias presenciadas. En todos se cumplieron los tiempos del protocolo de asistolia de nuestro centro con

menos de 15 minutos antes del inicio de maniobras de RCP avanzada, máximo de 30 minutos de duración de estas maniobras, tiempo hasta la perfusión de 30 minutos y tiempo en by-pass extracorpóreo con oxigenador de membrana en normotermia menor de 180 minutos. El valor medio de GPT de los donantes fue de  $81 \pm 15$ . En el caso de los receptores: dos pacientes se incluyeron en lista de espera por cirrosis biliar primaria (50%), uno de ellos por cirrosis hepática enólica con síndrome hepatorenal tipo II (25%); y el último por un carcinoma hepatocelular secundario a cirrosis por hemocromatosis (25%). Durante el implante: hubo un caso de síndrome post-reperusión y 3 de los 4 pacientes precisaron transfusión de concentrados de hemáties. En el post operatorio inmediato hubo una complicación por un Síndrome de linfocito pasajero y un éxitus en las primeras 24 horas secundario a una coagulopatía y shock vasogénico refractario. Como complicaciones en el post operatorio tardío, uno de los pacientes presentó una colangiopatía isquémica con resultado de estenosis en la vía biliar que ha sido tratada conservadoramente con buenos resultados.

**Conclusiones:** Los resultados de nuestro estudio pese al escaso tamaño muestral, concuerdan con los resultados de series mayores. Las complicaciones más frecuentes con este tipo de donación son la colangiopatía isquémica (con cifras entre el 25-40% en series mayores) y la disfunción primaria del injerto (cifras del 7-15%). Existiendo mayores tasas de retrasplante en los pacientes que reciben órganos de donantes en asistolia. En nuestro caso, existió 1 caso (25%) de colangiopatía isquémica y hasta la fecha, ningún caso de disfunción primaria ni de retrasplante. Con el tiempo, este tipo de donación se podrá desarrollar con menor tasa de complicaciones puesto que continuamente aparecen métodos y recomendaciones encaminados a mejorar los problemas derivados del tiempo en isquemia caliente y por otra parte, permitirá disponer de un mayor número de órganos.

### Patrones cambiantes en las indicaciones de esplenectomía

Ruiz Juliá ML, Aguilar Luque J, Martínez García P, Jiménez Vega FJ, Ruiz Luque V

Hospital Universitario de Valme

Las indicaciones de esplenectomía podemos agruparlas en 4 grandes grupos: traumatismos, inflamatorias/infecciosas, hematológicas, y tumorales. La aportación de las técnicas de imagen, las medidas de monitorización hemodinámica y clínica, los avances técnicos en cuanto a cirugía conservadora del bazo en el caso de los traumatismos, el mayor conocimiento de las enfermedades hematológicas y su tratamiento médico, y los progresos en el tratamiento quimioterápico de los tumores, en especial el linfoma, tumor más frecuente en el bazo, han hecho cambiar los criterios de esplenectomía con una tendencia cada vez más conservadora. Se analiza la serie de esplenectomías realizadas en nuestro servicio entre los años 1992-2012, con un total de 273, observando la evolución en cada una de las patologías mencionadas y la tendencia actual.

## Absceso hepático secundario a material de sutura en quiste hidatídico complicado operado hace más de 10 años

A.Sáez Zafra, Ágata Szuba, S.Alonso García, F.Navarro Freire, F.García Padial, A.Palomeque Jiménez, B. Pérez Cabrera, J.A. Jiménez Ríos

*Hospital Universitario San Cecilio (Granada)*

**Objetivos:** Presentar un caso de absceso hepático secundario a material de sutura que debuta en un paciente intervenido por quiste hidatídico complicado abierto a vía biliar, al que se le había realizado quisto-periquistectomía parcial 3/4, colecistectomía y coledocotomía con colocación de tubo de Kerh, cuya resolución fue finalmente quirúrgica, tras 9 años de evolución. Se realiza una revisión de la etiología de los abscesos hepáticos, pruebas diagnósticas y tratamiento quirúrgico de los mismos. Se pretende destacar la baja incidencia y el carácter infrecuente del caso, dado que el material de sutura utilizado en los pacientes intervenidos por cirugía hepática desarrolla en casos muy excepcionales abscesos hepáticos.

**Material y métodos:** Paciente varón de 45 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresa en el Servicio de Digestivo el 1-12-03 por cuadro de ictericia. El estudio radiológico (ECO, TAC y RMN) pone de manifiesto una gran masa quística rellena de vesícula por lo que se le diagnostica de quiste hidatídico abierto a vía biliar. Con fecha de 16-12-03 el paciente es intervenido por primera vez objetivando quiste hidatídico que ocupa segmentos V, VI y VII hepáticos que se encuentra abierto a vías biliares. Tras la inyección de 100cc de suero salino hipertónico durante 10 minutos, se realiza quisto-periquistectomía parcial 3/4, colecistectomía y coledocotomía con colocación de tubo de Kerh, no pudiéndose realizar la quisto-resección completa dado que la extirpación de la parte posterior comprometía las venas suprahepáticas. Además precisa de sutura continua para realización de hemostasia en cara posterior de quiste. En el 14º día postoperatorio comienza con cuadro de fiebre por lo que se le solicita TAC que pone de manifiesto una colección subfrénica derecha; se realiza CPRE (con colocación de endoprótesis) y coloca Pig-Tail para drenaje de la colección. En los controles sucesivos de TAC se observa disminución de la colección así como de la fistula biliar. El paciente evoluciona de forma satisfactoria por lo que se decide alta con tratamiento antibiótico y controles radiológicos. El día 09-02-04 reingresa y precisa cambio de Pig-Tail y de antibioticoterapia, tras la evolución satisfactoria se deduce alta y seguimiento por parte de Cirugía e Interna (Infecciosas). Nuevo ingreso por cuadro de fiebre de 38,5°C de 20 días de evolución junto con dolor en hipocondrio derecho. Es diagnosticado de absceso de pared abdominal y hepático y se realiza punción guiada por TAC aislándose en exudado *K. oxytoca* y *K. pneumoniae*, continuando tratamiento antibiótico. En la revisión posterior al alta se aprecia una disminución de las dos colecciones que no son susceptibles de drenaje. En la última revisión se objetiva aumento del tamaño de las colecciones por lo que se decide nuevo ingreso, punción guiada por TC y cambio de tratamiento antibiótico. Se nos consulta dada la no resolución y se indica laparotomía exploradora.

**Resultados:** El 14-03-11 es intervenido hallando, tras un abordaje difícil dado que el ángulo parietohepático dere-

cho forma pared común con el peritoneo parietal de forma pétreo, un hígado izquierdo hipertrofiado y una cavidad en la que se observa un conglomerado de material de sutura responsable de la infección crónica, que se extrae. Se realiza CIO (colangiografía intraoperatoria) en la que no se observa comunicación con las imágenes quísticas observadas en la ColangioRMN y que comprueba buen paso de contraste, con amputación de hepático derecho. Por el orificio fistuloso se introduce una sonda de Nelaton que sigue un trayecto paralelo en la pared costal y que puede estar en contacto con la pared descrita. El postoperatorio cursa de forma satisfactoria, siendo dado de alta en su 8º día postoperatorio afebril, con el resto de constantes mantenidas y buena evolución de la herida quirúrgica. En TC sucesivos de revisión en consulta se objetiva resolución paulatina de las mínimas colecciones que persisten y cambios típicos de la cirugía.

**Conclusiones:** El absceso hepático piógeno se puede definir como la acumulación macroscópica de pus en el parénquima hepático debido a una infección bacteriana. Es una enfermedad que sigue siendo aún un reto médico, ya que su curso clínico suele ser grave, el diagnóstico, en ocasiones, es tardío y la mortalidad elevada. La introducción de los antibióticos y el desarrollo de técnicas radiológicas (ECO y TC) ha mejorado la eficacia diagnóstica y posibilitado el drenaje percutáneo de los abscesos. Los agentes patógenos estarían en relación con la flora entérica (*E. Coli* y *Klebsiella*) y con cocos piógenos grampositivos (en especial *S.aureus*). La patogenia puede ser consecuencia de: 1) infección ascendente del tracto biliar (sobre todo secundaria a cálculos o carcinoma en el sistema ductal biliar); 2) diseminación hematogena a través del sistema venoso portal; 3) septicemia generalizada por medio de la circulación arterial hepática; 4) extensión directa de una infección intraperitoneal; 5) traumatismo hepático o 6) consecuencia de reacción a cuerpo extraño, de diversas etiologías, como compete en nuestro caso: material de sutura. Todo material de sutura representa un cuerpo extraño para el organismo. La reacción puede ir desde irritación hasta rechazo de la sutura, obligando al cirujano tratante en algunas ocasiones a reintervenir al paciente para retirar el material de sutura dado que se produce colonización de gérmenes crónica sin solución alguna salvo la reintervención. El primer tratamiento a realizar, en este tipo de abscesos y siempre que sea factible, debe ser la punción guiada por imagen con colocación de drenaje externo, como ocurre en el caso que presentamos, añadiendo tratamiento antibiótico que en un primer lugar será empírico y después dependerá del resultado del cultivo del exudado que obtengamos. En casos en los que no sea posible la resolución por esta vía el tratamiento quirúrgico es el que está indicado. A pesar de la baja incidencia de abscesos piógenos crónicos por colonización de gérmenes en el material de sutura, en este caso en los pacientes intervenidos de cirugía hepática, no hemos de olvidar, que pueden ser una de las causas etiológicas y que, pese al tratamiento reiterado con punciones y antibioticoterapia, debemos pensar que la reintervención es una opción en muchas ocasiones determinante en el tratamiento definitivo. He aquí el caso que se ha presentado, con el fin de dar a conocer la escasa incidencia en la que se que presentan con dicha etiología y donde finalmente hubo que operar al paciente solucionando de forma definitiva el absceso piógeno.

## Meld > 28: experiencia en receptores de trasplante hepático en el hospital universitario virgen de las nieves

Triguero J; Muffak K; Fundora Y; Villegas T; Becerra A; Garrote D; Ferrón JA

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

**Introducción:** Andalucía es la comunidad pionera en España en la utilización del sistema de puntuación MELD, para la introducción y priorización de los pacientes candidatos a trasplante hepático (TH) en lista de espera (LE). En 2001 se inicia este sistema para determinar la gravedad del paciente y su inclusión en LE, basado en tres parámetros: bilirrubina, creatinina e INR.

**Objetivos:** Describir la experiencia en TH de receptores con una puntuación MELD >28: evaluación de la influencia en la morbimortalidad post-trasplante.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes sometidos a TH con MELD > 28, entre enero de 2007 y marzo de 2012, en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Se analizan las características epidemiológicas previas del receptor, comorbilidades, complicaciones postoperatorias y supervivencia, tras un seguimiento mínimo de 14 meses. Los datos fueron analizados mediante el software IBM SPSS 19.0°.

**Resultados:** Se analizaron un total de 150 pacientes, de los que 5 (3,3%) presentaban una puntuación MELD >28. La edad media de los receptores fue de  $47 \pm 5$  años, siendo el 80% varones. El estadio Child-Pugh fue de II en todos ellos, con un MELD de  $36 \pm 4$ . Las comorbilidades halladas en los receptores fueron: síndrome hepato-renal (60%), encefalopatía hepática (60%), síndrome hepato-pulmonar (10%) y hemorragia digestiva alta (10%). El tiempo medio en LE osciló entre 1 y 60 días, con una media de 16 días. La etiología en los receptores hepáticos trasplantados fue retrasplante por rechazo crónico del injerto en 3 pacientes (60%), de los cuales, dos eran receptores de un tercer TH; insuficiencia hepatocelular de causa enólica en 1 paciente (20%) y cirrosis biliar primaria en el caso restante (20%). Se realizó trasplante de injerto completo de donante cadáver en muerte cerebral mediante hepatectomía con preservación de cava (Piggy-Back) en el 100% de los pacientes, con derivación porto-cava temporal en el 60% de los casos. La aparición de síndrome post-reperusión se objetivó en 1 caso, en el que no se realizó derivación porto-cava temporal. La frecuencia de complicaciones arteriales fue de un 20% (paciente), con estenosis precoz de la arteria hepática, a la que se realizó nueva anastomosis tras angioplastia percutánea fallida. El índice de complicaciones biliares fue de un 20% (1 paciente), con estenosis de la anastomosis hepático-yeyuno tratada mediante realización de nueva anastomosis al año post-trasplante. No se detectó trombosis portal ni de las venas suprahepáticas. Se desarrolló rechazo crónico en 1 paciente con buen control tras ajuste de la inmunosupresión. En el postoperatorio tardío se objetivaron complicaciones infecciosas en 1 caso, a causa de infección por citomegalovirus. La supervivencia de nuestra muestra fue del 80% al año y 60% a los cinco años, con un total de 2 exitus: uno en el postoperatorio inmediato tras el tercer TH, y un segundo exitus, tras

fallo hepático por metástasis hepáticas de tumor primario no conocido, una vez cumplido el primer año post-trasplante.

**Conclusiones:** Según nuestra experiencia, el TH está indicado en pacientes con MELD >28. No obstante, necesitamos estudios con mayor potencia estadística para validar dichos resultados. No se observa una mayor frecuencia de complicaciones post-trasplante relacionadas con el injerto en pacientes con alta puntuación MELD, tanto vasculares como biliares. Aunque tenemos que señalar que en nuestra muestra, los resultados en términos de supervivencia, han estado condicionados a peores cifras, por la indicación de retrasplante en pacientes con MELD > 28.

## Importancia de un protocolo de indicación, tratamiento y supervisión para la colecistitis aguda sobre la estancia postoperatoria

Fernández Burgos I., Aranda Narváez J., Montiel Casado C., González Sánchez AJ., García Albiach B., Rodríguez Silva C., Blanco E

Hru Carlos Haya

**Introducción:** Exceptuando pacientes inoperables o con largo tiempo de evolución del cuadro inflamatorio, la colecistectomía precoz con intención laparoscópica es la opción terapéutica más aceptada en términos de coste-eficacia y seguridad para la colecistitis aguda (CA). Como patología urgente de máxima prevalencia, una vía clínica que introduzca adecuados criterios de selección de pacientes con indicación quirúrgica y directrices de tratamiento y supervisión postoperatoria debe permitir una reducción de la estancia. Presentamos un estudio para evaluar esta afirmación tras la introducción de una vía clínica en nuestro centro, así como para determinar qué factores influyen sobre la misma.

**Material y métodos:** Estudio observacional analítico de cohortes, sobre una base de datos prospectiva de pacientes intervenidos por CA con colecistectomía precoz (durante el ingreso por episodio agudo) con intención laparoscópica, durante un periodo de 5 años (Enero 2008-Diciembre 2012) (N=533), en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Se determinaron dos subperiodos (2008-10:N1:335; 2011-12:N2:198), marcados por el desarrollo y la implantación durante el segundo periodo de una vía clínica elaborada en base a la evidencia para el tratamiento de la CA, disponible desde la intranet del centro. Variable resultado: estancia postoperatoria. Variables predictoras: edad, sexo, ASA, estadio evolutivo de la CA, vía de abordaje, drenaje y morbilidad. Análisis estadístico: software SPSS. Análisis descriptivo y de homogeneidad mediante estimadores habituales. Análisis bivariante mediante t de Student o  $\chi^2$  y multivariante mediante regresión lineal múltiple, considerando como estadísticamente significativos resultados con  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Ambos grupos fueron homogéneos en edad, sexo, ASA y presentaciones evolucionadas de CA. Durante el segundo periodo se obtuvo una significativamente menor tasa de acceso abierto y conversión (N1:20%/12%; N2:7%/7%;  $p < 0.00$ ) y el empleo del drenaje fue significativamente menor (N1:63%; N2:36%;  $p < 0.00$ ). La morbilidad fue similar en

ambos periodos (N1:17%; N2:17%; n.s.). La mediana de la estancia postoperatoria fue significativamente menor tras la introducción del protocolo (N1:4 días; N2:3 días;  $p<0.00$ ), sin afectar e incluso descendiendo la tasa de reingresos (N1:6%; N2:3%; n.s.). Edad, sexo, ASA y estadio evolutivo de la CA no influyen significativamente sobre la estancia en ninguno de los dos periodos, mientras que ser intervenido por vía abierta o precisar conversión (N1: $p<0.01$ ; N2: $p<0.008$ ), la colocación de drenaje (N1: $p<0.01$ ; N2: $p<0.04$ ) y sobre todo la presencia de morbilidad postoperatoria (N1: $p<0.00$ ; N2: $p<0.00$ ) fueron los principales condicionantes de la estancia antes y después de la introducción del protocolo.

**Conclusiones:** La introducción de una vía clínica para el tratamiento de la CA permite reducir la estancia postoperatoria de la colecistectomía precoz sin aumentar morbilidad ni reingresos. Mejorando la selección de candidatos a cirugía se consigue disminuir el porcentaje de indicaciones de acceso abierto, la necesidad de conversiones y los drenajes innecesarios.

### Evaluación de resultados en el tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas tras cinco años de experiencia en el Hospital U

Martínez Vieira, A; Calvo Durán A; Camacho Ramírez, A; Díaz Godoy, A; De la Vega Olías, C; Navarro Vergara, PI; Otero López -Cuba

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

**Objetivos:** Establecer nuestros estándares, es decir evaluar nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas según los parámetros de control de calidad aceptados, y compararlos con los publicados en la bibliografía científica más acreditada.

**Pacientes y método:** Estudio descriptivo de una serie de 30 pacientes sometidos a cirugía por metástasis hepáticas entre 2007-2012. Recogida de variables demográficas; tipo, número, tamaño y localización de las metástasis; equipamientos disponibles empleados (radiológico para el diagnóstico, instrumental quirúrgico o utilización de procedimientos alternativos), tipo de resección, cirujano, estudio histológico, morbilidad, estancia y supervivencia. Los resultados se han procesado para análisis estadístico mediante el programa SPSS v. 14.

**Resultados:** Entre 2007-2012 se sometieron a cirugía por metástasis hepáticas en el H.U. Puerto Real un total de 30 pacientes, con una mediana de edad de 66 años y sin diferencias entre sexos, siendo el 86,6% de origen colorrectal y en un 53% sincrónicas. La media de lesiones por paciente fue de 2,5, intervalo [1-10], con tamaño medio de 30 mm. En la mitad se encontraban en el lóbulo derecho, siendo bilobares en el 23,3%, empleándose TAC multicorte y ecografía intraoperatoria en el 100% (RMN en 76,6%) mostrando una sensibilidad por encima del 90% para localización y reseccabilidad. El tipo de resección más frecuente fue la típica en forma de hepatectomía mayor (13 derechas (dos de ellas al IV y otras dos combinadas con metastasectomía), y 1 izquierda) y de segmentectomía lateral izquierda (4 casos). La metastasectomía se

practicó en el 33,3% de los casos (18 lesiones) siendo la técnica empleada en 10 pacientes. En sólo un caso se procedió a biopsia por irreseccabilidad y en otro a radiofrecuencia únicamente, que fue técnica complementaria en 7 casos más (total 26,6%). Se requirió quimioembolización previa en 3 casos. Como cirujanos principales, los mismos en el 83% de la serie (15 y 10 pacientes respectivamente), realizándose la transección con CUSA-Tissuelink® en el 90%. Estudio histológico con lesión activa en el 80%, y margen libre en el 93% de casos los reseccados. La mortalidad intraoperatoria/hospitalaria fue del 0% y surgieron complicaciones en el 23,3%, (7): una hemorragia, dos fístulas biliares, dos casos de insuficiencia hepática y dos de infección grave. La estancia media fue de 8,2 días [2-23 días] y la recurrencia hepática se presentó en 16%. La supervivencia al año ha sido del 100% de pacientes, a los tres del 83,3%, y a los cinco del 50%, en los intervenidos en el primer período.

**Conclusiones:** Pese a presentar un número moderado de casos con respecto al necesario para ser considerado como centro de referencia, podemos afirmar tras la comparación de nuestros estándares con los criterios de calidad actualmente aceptados, que el tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas en nuestro centro es factible, adecuado y seguro.

### Tasa de fístula pancreática post-duodenopancreatectomía cefálica en H. Valme según nuevos criterios

Claro Alves, Bruno M.; Diaz Gómez, D.; Jimenez Vega, F.J.; Ruiz Juliá, M.L.; Ponce, I.; Martínez Baena, D.; Parra Membrives, P.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme

La tasa de fístula pancreática postoperatoria varía considerablemente según la literatura. En el año 2005, se reunió un grupo internacional de expertos que estableció las nuevas definiciones de fístulas y sus grados. Presentamos en este trabajo nuestra tasa de fístula pancreática postoperatoria en duodenopancreatectomías cefálicas, según los nuevos criterios. El objetivo de este trabajo es aportar información para la elaboración de nuevas bases de datos, con idénticas definiciones de fístula y sus grados, y comparar nuestros resultados con lo publicado en la literatura. A través de nuestra base de datos (Filemaker Pro), y de forma retrospectiva, recogemos información de las intervenciones llevadas a cabo en los últimos 20 años. Los resultados del estudio arrojan un total de 101 duodenopancreatectomías cefálicas, verificándose la presencia de fístula pancreática en 25 pacientes (22,7%). Según los nuevos criterios, se produjeron 6 fístulas tipo A (24%), 12 tipo B (48%) y 7 tipo C (28%). La distribución según sexo de nuestra población fue de 12 hombres (48%) vs 13 mujeres (52%). La edad media fue de 62 años (+/- 9.7), presentando estos un ASA de: ASA II en 14 casos, ASA III en 10 casos y solo un paciente con ASA I, que representan respectivamente 56%, 40% y 4%. El número de fístulas según técnica: Whipple 19 de las 86 intervenciones realizadas (22,1%) vs Traverso-Longmire 6 de 15 (40%). La mortalidad en la muestra, relacionada con la fístula pancreática, fue de 4 pacientes (16%). La tasa de reintervención fue del

20%, correspondientes a fistulas tipo C en la totalidad de los casos.

**Conclusiones:** consideramos que nuestra tasa de fístula global es similar a la publicada en la literatura, sin embargo son necesarios más estudios para poder comparar la tasa de fístula según el grado.

## Hemobilia y Fístula biliar como complicaciones del tratamiento conservador del trauma hepático

Ander Bengoechea Trujillo, María Dolores Casado Maestre, Daniel Pérez Gomar, Susana Roldán Ortiz, Mercedes Fornell Ariza, María Jesus Castro Santiago, Carmen Bazán Hinojo, María Sánchez Ramírez, Armando Lizandro Crispín, José Manuel Pacheco García, José Luis Fernández Serrano

*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

**Introducción:** El hígado es el órgano abdominal más afectado en los traumatismos abdominales tanto penetrantes como cerrados. Hasta el 85% de los pacientes que sufren un traumatismo hepático cerrado pueden ser candidatos a tratamiento conservador, con éxito elevado. Este hecho ha condicionado un descenso en la mortalidad de los mismos, sin embargo, tiene un no desdeñable porcentaje de complicaciones. Mostramos el caso de un varón de 34 años, sin antecedentes que sufre un politraumatismo por accidente de motocicleta.

**Caso clínico:** Varón de 34 años sin antecedentes, politraumatizado por accidente de motocicleta que en el momento del ingreso muestra valores de hemoglobina de 10,4 g/dl y hematocrito de 31%. La ecoFAST muestra líquido libre y, dado que el paciente presenta estabilidad hemodinámica se realiza una TAC. El hígado presenta lesiones hipodensas en lóbulo hepático derecho en relación con laceraciones hepáticas de grado III-IV y líquido libre generalizado en moderada cantidad. Es ingresado en UCI para posibilidad de manejo conservador. Aumenta progresivamente la presión intraabdominal, alcanzando los 36mmHg al 10º día de ingreso. La hemoglobina y hematocrito se mantienen estables, sin embargo presenta leucocitosis y proteína C reactiva en ascenso realizándose paracentesis diagnóstica que confirma la presencia de coleperitoneo. Se realiza una laparotomía urgente encontrando un coleperitoneo generalizado, sin evidenciar origen de la fuga biliar por lo que se realiza lavado de cavidad y colocación de drenajes. En las primeras horas de postoperatorio se pone de manifiesto una fistula biliar de 400 cc. Se realiza CPRE que muestra extravasación de contraste en hepático derecho que rápidamente pasa al catéter de drenaje abdominal colocándose prótesis plástica de 7 Fr. Tras este procedimiento se observa una nula salida de bilis por el drenaje subhepático. Al 28º día de ingreso, comienza salida de sangre por SNG, ictericia y hiperrubilinemia. Se realiza una endoscopia digestiva, observándose coágulo fijo procedente de la segunda porción duodenal sugestivo de hemobilia. El sangrado persiste provocando inestabilidad hemodinámica. Ante esto se realiza arteriografía observándose pseudoaneurisma que se rellena a partir de ramas de la arteria hepática derecha realizándose embolización endovascular mediante coils. A partir de esto el

paciente se encuentra asintomático con estabilidad hemodinámica y afebril produciéndose el alta.

**Resumen:** Entre el 2.8%-7.4% de los pacientes que se someten a un manejo conservador de un traumatismo hepático presentan complicaciones biliares. Ante la sospecha de un síndrome peritoneal (en nuestro caso distensión abdominal, aumento de la presión intraabdominal y elevación de reactantes de fase aguda), la TAC es la técnica diagnóstica de elección en el traumatismo abdominal con estabilidad hemodinámica pudiéndose realizar también el LPD. En las fistulas biliares la prótesis se ha demostrado superior a la esfinterotomía en diversos estudios publicados con una tasa de resolución del 90 al 100% de los casos. El sangrado durante el manejo conservador del traumatismo hepático cerrado suele estar relacionado con complicaciones hepáticas infecciosas o la formación de aneurismas. El retraso terapéutico puede resultar fatal. La arteriografía es el método diagnóstico de elección para la hemobilia y su tratamiento la embolización con coils.

## SEGUNDA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

### Metástasis mamaria en colon sigmoide

Jacob Motos Micó, Pablo Moreno Serrano, Manuel Ferrer Marquez, Ricardo Belda Lozano, Antonio Alvarez Garcia, Angel Reina Duarte

*C.H. Torrecardenas. Almería*

**Objetivos:** El carcinoma de mama es el cáncer más común en la mujer con una incidencia en España de alrededor 80 casos por 100.000 mujeres/varón. Las localizaciones más comunes de las metástasis de cáncer de mama son el hueso, el pulmón, el sistema nervioso central y el hígado. Las metástasis digestivas de neoplasia mamaria son infrecuentes, constituyendo menos del 1% del total. Cuando se localizan en el tracto digestivo estas se ubican en colon-recto (45%), estómago (28%), intestino delgado (19%) y esófago (8%).

**Material y métodos:** Mujer de 69 años tratada hace 19 años por un carcinoma ductal infiltrante de mama derecha, realizándose mastectomía radical con quimioterapia (QT) adyuvante. Acude a urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución acompañado de náuseas y vómitos. En la exploración abdomen distendido, doloroso de forma generalizada y con signos de irritación peritoneal. Se realizan estudios de laboratorio destacando 13000 leucocitos con 83% neutrófilos. Se realiza TAC abdomino-pélvico urgente con contraste IV que informa de lesión de aspecto neoplásico en la porción proximal de sigma, con imagen sugerente de colección, en miga de pan, en su margen izquierdo de unos 4x2,5cm, no claramente contenida por la pared del asa, apreciando otra floculación de la misma en gotiera paracólica izquierda supradistante de unos 4,3x2,2 cm con nivel hidroaéreo sugiriendo una perforación de la lesión referida contenida en la gotiera paracólica izquierda. Ante dichos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente. Se observa una obstrucción neoplásica perforada en sigma con marcada dilatación de

todo el marco cólico proximal a ésta, y de asas de intestino delgado con peritonitis fecaloidea secundaria. Se realiza una sigmoidectomía y colostomía terminal en flanco izquierdo. La paciente se mantiene asintomática, con buena tolerancia oral y afebril, por lo que se decide el alta hospitalaria al 10º día postoperatorio. El estudio anatomopatológico posterior de la tumoración informa de metástasis de carcinoma ductal infiltrante compatible con primario mamario.

**Resultados y conclusiones:** La incidencia real de las metástasis gastrointestinales extrahepáticas del cáncer de mama está poco definida. El órgano más frecuentemente afectado es el estómago, seguido del colon y el recto, siendo raras las metástasis en el intestino delgado. Diversos trabajos han estudiado el patrón de diseminación de los diferentes subtipos histológicos, siendo más frecuente en los lobulillares la diseminación gastrointestinal, ósea o ginecológica y en los ductales las metástasis hepáticas, pulmonares y en el sistema nervioso central. En pacientes con historia de cáncer de mama en los que se identifica una tumoración intestinal será necesario distinguir si se trata de una metástasis o de un nuevo tumor primario. La frecuencia de segundos primarios en pacientes con cáncer de mama se ha estimado en alrededor del 11%, localizándose más frecuentemente en colon, recto, útero y cérvix. Los valores plasmáticos de CEA pueden estar elevados en el cáncer de mama, por lo que su determinación no es de utilidad en el diagnóstico diferencial. La colonoscopia con biopsia es la prueba de elección para diferenciar las metástasis del tumor primario de colon.

### ¿Es la terapia de presión negativa adecuada para el manejo de las fístulas entéricas complejas?

E Gámez, B García Albiach, M Ruiz López, S Mera, J Carrasco, I González Poveda, JA Toval, J Santoyo

*Unidad de Coloproctología, Hospital Carlos Haya, Málaga*

**Introducción:** Las fístulas intestinales fueron durante un tiempo contraindicación para el uso de la terapia de presión negativa (TPN). Posteriormente la experiencia de los distintos equipos han hecho de su uso un arma muy valiosa en el tratamiento de esta patología, más aún en el de las fístulas complejas donde además de un vertido intestinal hay que controlar una herida.

**Material y métodos:** Presentamos tres casos con sendos métodos para controlar la evolución de estas heridas ayudándonos de la TPN para mejorar las condiciones locales de las mismas. Explicamos como aplicamos el equipo en estas tres modalidades, con espuma de poliuretano o polivinilo directamente sobre la fístula, con espuma de polivinilo vehiculando el contenido intestinal a bolsa de ostomía y tratando la herida aparte, y por último drenando la fístula con sonda de Foley fijada por la misma presión negativa.

**Resultados:** En el uso de terapia con presión negativa para el control de fístulas entéricas en el seno de una herida abierta, la propia casa comercial aconseja su uso con precaución, sólo para mejorar las condiciones locales, no para cerrar las fístulas y siempre en equipos experimentados. En nuestro centro hemos utilizado este sistema en fístulas complejas, al

principio no como primer escalón terapéutico, pero hoy en día, es nuestra primera opción, lo que hace ganar un tiempo importante en la recuperación del paciente además de mejorar su confort. Se han descrito distintas técnicas para aislar el contenido intestinal de la herida usando este tipo de terapia. Discutimos las indicaciones y controversias de esta terapia en este tipo de patología.

**Conclusiones:** Pensamos que esta terapia debe ser usada con cautela, en casos seleccionados, por equipos entrenados y multidisciplinarios, pero con la confianza de ser un recurso muy útil y seguro en este tipo de situaciones catastróficas de la pared.

### Neoplasia apendicular mucinosa de bajo grado que simula un quiste omental tratada por vía laparoscópica. Caso clínico y revisi

JJ Segura-Sampedro, L Parra-López, A Barranco Moreno, M Socas-Macías, JM Cadet-Dussort, S Morales-Conde, J Padillo-Ruiz

*Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Presentamos el caso de una mujer de 44 años diagnosticada de forma incidental de quiste omental por lo que se indica laparoscopia exploradora en la que se objetiva mucocèle apendicular que afecta a ciego, realizándose la correspondiente hemicolectomía derecha laparoscópica. El resultado anatomopatológico fue de neoplasia mucinosa de bajo grado de apéndice cecal (LAMN) con 0/10 ganglios afectos. La posibilidad de ruptura durante la disección laparoscópica y el consecuente y fatal pseudomixoma peritoneal resultante han de ser minimizados mediante la mínima manipulación posible utilizando para ello diversos instrumentos de laparoscopia e incluso aislando la el tumor mediante una bolsa de laparoscopia, movilizándolo el tumor preferentemente mediante la basculación de la mesa operatoria. Tras la revisión de la literatura podemos constatar que el abordaje laparoscópico de esta patología es seguro realizado por un cirujano experimentado. Sin embargo, la conversión a laparotomía debe ser consideradas la lesión sufre tracción traumática o se rompe a cavidad abdominal.

### Tratamiento ambulatorio de la Diverticulitis no complicada: Evaluación de resultados

R Silva, C; Glez Poveda, I; Mera Velasco, S; Ruiz López, M; Carrasco Campos, J; Toval Mata, JA; Pulido

*Roa, I; Santoyo Santoyo, J*  
HRU Carlos Haya

**Introducción:** La patología diverticular está aumentando su prevalencia, afectando al 30% de enfermos mayores de 60 años. Aproximadamente del 20-25 % de pacientes afectos de diverticulosis desarrollarán diverticulitis. La tendencia actual en pacientes afectos de Diverticulitis aguda no complicada sin factores de riesgo, es el tratamiento ambulatorio. Actualmente no existen protocolos ni criterios aceptados.



*Material y métodos:* Estudio descriptivo observacional prospectivo, evaluando nuestro Protocolo de manejo ambulatorio de la Diverticulitis aguda no complicada, acorde a guías clínicas actuales, con estrictos criterios de inclusión, relacionados con factores de riesgo predictores de mala evolución clínica. Tras diagnóstico, aquellos que cumplan dichos criterios, realizarán tratamiento ambulatorio: antibioticoterapia, dieta pobre en residuos y analgesia. A la semana, reevaluación en Consulta, completándose estudio. Tras el alta, se realiza seguimiento telefónico. Resultados: Tamaño muestral de 65 pacientes, en un periodo de 31 meses, predominio del sexo masculino y media de edad de 51.23 años. El 49.2% de pacientes no presentaban comorbilidades. En el 66.2% constituía primer episodio. El antibiótico más utilizado fue Amoxiclavulánico. Se solicitó enema opaco al 92.3 % de casos, revelando diverticulosis sigmoidea en el 41.5%. En caso de dudas diagnósticas, se solicitó colonoscopia, marcadores tumorales y TC abdomen. Se indicó cirugía programada en 5 pacientes (7.7%) por presentar 2 o más episodios de diverticulitis no complicada. Alta de consulta en 70.8% casos, seguimiento telefónico en el 78.5 %.

*Conclusiones:* El tratamiento ambulatorio de la Diverticulitis aguda no complicada es eficaz, seguro, y aplicable en pacientes con buen soporte familiar y ausencia de grandes comorbilidades. La realización de TC de abdomen y selección de pacientes son necesarios para establecer adecuada indicación. No obstante, son necesarios estudios de adecuada evidencia científica y consenso sobre la materia.

### **Pasado, presente y futuro de la resección local endoanal como tto de patología benigna y neoplasia rectal en estadio precoz**

R Silva,C;Titos García,A;Mera Velasco,S;Ruiz Lopez,M;Glez Poveda,I;Toval Mata, JA; Carrasco Campos,J; Fdez Burgos,I;Santoyo, J

HRU Carlos Haya

*Introducción:* La resección endoanal, introducida por Parks en 1970 en el tratamiento quirúrgico de lesiones de recto medio y bajo, de naturaleza benigna así como maligna (estadios iniciales), sigue siendo considerada una técnica segura, con baja tasa de complicaciones, ofreciendo una excelente calidad de vida al enfermo.

*Material y métodos:* Presentamos la experiencia de nuestro Servicio, desarrollando un estudio observacional descriptivo retrospectivo, entre los años 1998 y 2013.

*Resultados:* Tamaño muestral de 87 pacientes, predominio del sexo masculino. La edad media es de 66.52 años. El 44.8 % de pacientes presentaban un ASA II preoperatorio. Se intervinieron 48 Adenomas vellosos, 14 Adenomas tubulovellosos, 7 pólipos fibroepiteliales y 11 Adenocarcinomas, que tras el análisis histopatológico, aumentaron a 25 casos. El tamaño medio de las lesiones fue de 3,51 cm, con una distancia media al margen anal de 5.84 cm. La localización predominante fue en pared posterior. La tasa de complicaciones postoperatorias fue del 14.9 %, destacando la hemorragia postoperatoria en el 4.6 %. La estancia media postoperatoria fue de 4.13 días. Se realizó

seguimiento en el 100% de los pacientes. La recurrencia local a 5 años fue del 6.9% de Adenoma a Adenoma; 1.1% de Adenoma a Carcinoma y 6.9% de Carcinoma a Carcinoma. Actualmente el 67.8% de pacientes se encuentran vivos sin recidiva.

*Conclusiones:* La resección endoanal constituye una técnica segura, con una baja tasa de complicaciones y mortalidad, comparable a las nuevas técnicas de microcirugía endoscópica. Además posee una tasa de recurrencia reducida, estando su uso plenamente justificado en el tratamiento de la patología rectal benigna y maligna en estadios iniciales, siendo útil en el caso de pacientes con elevado riesgo quirúrgico y/o que rechazan una cirugía más agresiva o un estoma.

### **Tratamiento de los tumores rectales mediante TEM (microcirugía endoscópica transanal):**

Juan Carlos Navarro Duarte, Manuel Ferrer Márquez, Ricardo Belda Lozano, Francisco Antonio Rubio Gil

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

*Introducción:* La microcirugía endoscópica transanal (TEM) es una alternativa eficaz frente al abordaje abdominal, ya que la TEM es menos invasiva que la cirugía radical, y por tanto, conlleva una menor morbilidad. Realizando una selección correcta de pacientes, la TEM presenta resultados oncológicos equiparables a la cirugía radical.

*Paciente y métodos:* Nuestro objetivo es revisar nuestros resultados obtenidos en los tumores rectales mediante TEM. Hemos realizado un estudio prospectivo descriptivo desde julio de 2008 hasta noviembre de 2012. Los criterios para la realización de TEM fueron: lesiones benignas rectales no susceptibles de resección mediante colonoscopia; lesiones rectales neoplásicas precoces (Ti No Mo) con factores de buen pronóstico; lesiones neoplásicas con estadios más avanzados en pacientes seleccionados (alto riesgo quirúrgico, negación de cirugía radical o estoma e intención paliativa).

*Resultados:* Se realizó resección mediante TEM a 77 pacientes (54 lesiones benignas y 23 malignas). La estancia media hospitalaria ha sido de 4.8 días con una morbilidad asociada del 14.3%. Durante el seguimiento de 20(3-51) meses, hemos evidenciado 6 recidivas.

*Conclusion:* La TEM, es un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento de lesiones rectales benignas y malignas precoces seleccionadas, asociada a una baja morbilidad. No obstante, es una estrategia terapéutica multidisciplinar, cuyo pilar básico es la selección cuidadosa de pacientes, una depurada técnica quirúrgica y un estricto seguimiento.

### **Papel de la enterografía por resonancia magnética en la valoración de la evolución de la enfermedad de Crohn**

Segura Jiménez I., Triguero J., Huertas F., Conde R., San Miguel C., Mogollón M., Salmerón A., Medina A., Palma P., Ferrón JA

H.U. Virgen de las Nieves

**Introducción:** A pesar de la implantación de las terapias biológicas en el manejo de la enfermedad de Crohn, su historia natural determina la aparición de complicaciones evolutivas relacionadas con su carácter transmural, fistulas y estenosis, cuya evaluación puede ser de difícil acceso por técnicas endoscópicas y a menudo requerirán exploraciones radiológicas con el riesgo añadido de sobreexposición a radiaciones ionizantes en pacientes generalmente jóvenes. La RM ha demostrado una gran precisión para la detección de complicaciones extraluminales y estenosis en la enfermedad de Crohn y se recomienda como técnica de imagen complementaria de elección.

**Material y métodos:** Se evaluaron prospectivamente 23 pacientes intervenidos por enfermedad de Crohn. Se analizaron las variables localización, patrón de la enfermedad y la técnica quirúrgica. Se contrastaron los hallazgos descritos en la Ecografía abdominal y en la Enterografía por RM con los hallazgos quirúrgicos y de la Anatomía Patológica en los pacientes en los que se realizó resección.

**Resultados:** Ambas técnicas, Ecografía y Enterografía por RM, identificaron zonas de estenosis en colon e ileon que condicionaban dilatación preestenótica, siendo más precisa la RM en la descripción de la longitud de las estenosis, realce y grosor parietal, así como en la detección de estenosis sin dilatación intestinal anterógrada. Asimismo detectaron los trayectos fistulosos, la afectación por continuidad de otros órganos y la presencia de colecciones interpuestas. Ningún paciente presentó complicaciones graves relacionadas con la exploración.

**Conclusiones:** La Enterografía por RM es una prueba de gran precisión en la descripción de complicaciones extraluminales y estenosis en la enfermedad de Crohn, aportando información que puede orientar sobre su carácter inflamatorio vs fibrótico, con la limitación de su disponibilidad en situaciones urgentes.

### Terapias Biológicas y Enfermedad de Crohn: Impacto sobre las Indicaciones y Resultados de la Cirugía

Segura Jiménez I., Triguero J., Conde R., Huertas F., Mogollón M., San Miguel C., Cabello MJ., Gómez R., Palma P., Ferrón JA.

H.U. Virgen de las Nieves

**Introducción:** La implantación de los anticuerpos anti-Factor de Necrosis Tumoral en el arsenal terapéutico de la enfermedad de Crohn determinó un avance significativo en el tratamiento de la enfermedad en términos de índices de remisión y mantenimiento de las mismas, creando expectativas en cuanto al control de las complicaciones evolutivas, fistulas y estenosis, propias de la historia natural de la enfermedad, así como para el control de la recurrencia tras la cirugía

**Material y métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro Hospital de enfermedad de Crohn entre Enero de 2000 y Marzo de 2013. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de evolución hasta la cirugía, localización, tratamiento previo con corticoi-

des, inmunosupresores y biológicos, indicación de la cirugía y recurrencias

**Resultados:** Se intervinieron un total de 71 pacientes, 35 varones y 36 mujeres. La edad media fue de 39 años (15-75). El tiempo medio de evolución de la enfermedad hasta la cirugía de 6 años (1-18); 7 pacientes se intervinieron en los tres primeros meses tras el diagnóstico. La localización más frecuente fue la ileocólica en el 55,7%, de los pacientes, la ileal en el 29,5% y la cólica en el 13,1% y en un paciente la localización fue apendicular. La indicación por estenosis se realizó en 38 pacientes (53,6%), por enfermedad fistulizante en 28 (39,4%) y con patrón mixto en 5 (7%). El 49,2% recibieron corticoides antes de la cirugía, el 65,6% tenían tratamiento inmunosupresor y solo el 14,8% biológicos. La recurrencia clínica y endoscópica se presentó en 42 pacientes (59,2%), los biológicos fueron el fármaco más empleado para su tratamiento; 12 (16,9%) precisaron cirugía.

**Conclusiones:** A pesar de la implantación de las nuevas terapias un porcentaje elevado de pacientes, con enfermedad de Crohn precisará cirugía en algún momento de la historia natural de su enfermedad.

### Valor de las pruebas de imagen metabólicas en la estadificación del carcinoma colorrectal

M. Mogollón, J.L. Díez, R. Conde, F. Huertas, I. Segura, J. Valdivia, C. San Miguel, P. Palma, JA. Ferrón.

Complejo Hospitalario de Granada (Hospital Universitario Virgen de las Nieves)

**Introducción:** El continuo desarrollo de la cirugía laparoscópica así como la alta prevalencia de neoplasias obstructivas colorrectales en nuestro medio, hacen que la correcta localización preoperatoria y la exploración completa del colon, adquieran un papel importante con vistas a una mejor planificación de la intervención quirúrgica. Un alto porcentaje de estas neoplasias no sólo desarrolla sino que debuta con enfermedad metastásica.

**Objetivos:** Determinar la precisión con la que las pruebas de imagen metabólica como la tomografía por emisión de positrones combinada con la tomografía axial computarizada, localizan tumores colorrectales, comparándola con la de la endoscopia digestiva baja (EDB). Analizar las ventajas que puede presentar la PET-TAC en la detección de lesiones sincrónicas y enfermedad a distancia.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluye 95 pacientes intervenidos de cáncer colorrectal en nuestra Unidad entre enero de 2008 y diciembre de 2009. Se ha analizado la información que aportan la endoscopia digestiva baja y la PET-TAC como técnicas diagnósticas, así como la concordancia entre la localización endoscópica y mediante PET-TAC frente a la operatoria.

**Resultados:** La localización intraoperatoria de los tumores colorrectales, tendrá una mejor correlación mediante el uso de PET-TAC (88,42 % casos) que con el empleo de EDB (75,79 % casos). De las 95 exploraciones realizadas mediante EDB, 49 fueron incompletas (51,58%). En éstas, se encontraron dos casos de segunda captación a nivel colónico

(confirmadas como neoplasias en el estudio anatomopatológico) mediante el uso de PET-TAC (3,88%). La PET-TAC detectó actividad metabólica a distancia en 38 casos (40%), de los cuales 12 casos se confirmaron posteriormente como metástasis y 3 como neoplasias sincrónicas de distinto origen anatomopatológico (60,53% de falsos positivos)

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, la PET-TAC determina mejor la localización de la lesión tumoral y es capaz de detectar lesiones sincrónicas colónicas en patología obstructiva donde la EDB no puede realizarse de forma completa. No obstante, su uso se ve limitado en la detección de enfermedad a distancia, ya que presenta una baja sensibilidad y especificidad.

## Cáncer de colon obstruido: cirugía directa vs. cirugía diferida con endoprótesis

Blanco Elena JA, Montiel Casado C, Aranda Narváez JM, González Sánchez A, García Albiach B, Marín

Camero N, Santoyo Santoyo J  
HRU Carlos Haya

**Introducción:** El cáncer colorrectal constituye una de las neoplasias más frecuentes. Entre el 8% y el 29% del total de casos debuta con un cuadro oclusivo intestinal. Existe un claro consenso en el tratamiento de los tumores proximales al ángulo esplénico mediante resección y anastomosis primaria. No obstante, en el caso de los tumores de colon izquierdo existen varias opciones terapéuticas encaminadas a resolver tanto el cuadro oclusivo y como su causa subyacente. Entre estas opciones destaca la endoprótesis colónica, dispositivo que, usado como puente a la cirugía electiva, permite disminuir la necesidad de estomas, reducir la morbimortalidad del proceso y llevar a cabo un abordaje laparoscópico en la mayoría de los casos. Existen no obstante complicaciones derivadas de su uso, como son la perforación, la migración y la reobstrucción.

**Objetivos:** Comparar los resultados quirúrgicos en los pacientes con obstrucción tumoral de colon distal intervenidos de forma diferida tras colocación de prótesis descompresiva puente con los pacientes intervenidos de urgencia por el mismo cuadro por la Unidad de Cirugía de Urgencias y Politrauma del Servicio de Cirugía General, Digestiva y Transplante del HRU Carlos Haya.

**Material y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivas incluyendo todos los pacientes ingresados por obstrucción tumoral de colon distal al ángulo esplénico tratable con intención curativa intervenidos en el período comprendido entre enero de 2011 y marzo de 2013. Se empleó el paquete estadístico SPSS 15.

**Resultados:** Se llevaron a cabo un total de 18 cirugías diferidas tras colocación de stent puente (CD), mientras que se indicó cirugía urgente directa en 23 pacientes (CU). La media de edad de los pacientes fue de 67,9 años (desviación típica 11,8) en el grupo CD y de 65,74 (d.t. 12,7) en el de CU, con una clara predominancia del sexo masculino (61% CD, 65% CU). Ambos grupos resultaron homogéneos en cuanto a las variables epidemiológicas de interés. La estancia hospitalaria

media fue de 11,2 días en el grupo CU y de 13,3 en el grupo de CU. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de complicaciones. Se realizó anastomosis primaria en el 88,9% de los pacientes sometidos a cirugía directa y en el 52,2% de los pacientes sometidos a cirugía directa. Estos pacientes presentaban una localización proximal del tumor. La diferencia en la necesidad de confección de estomas fue estadísticamente significativa ( $p < 0.005$ , IC95% [1,3;39,4]). En el 50% de los casos de CD y en el 100% de los de CU se llevó a cabo un abordaje laparotómico ( $p < 0.00$ , IC95% [0,31; 0,79]). Al estratificar los casos en función de las diferentes localizaciones tumorales se evidenció tendencia a la significación estadística en la frecuencia de complicaciones Clavien  $> 3$  en ambos grupos.

**Conclusiones:** El uso de endoprótesis colónica permite una mayor tasa de anastomosis primaria en el tratamiento de los tumores de colon ocluidos y posibilita el abordaje laparoscópico en muchos de los casos.

## Manejo quirúrgico de la apendicitis aguda complicada: Manejo conservador versus tratamiento quirúrgico urgente

García Albiach B, Aranda Narvaez JM, Fernandez Burgos I, Gonzalez Sanchez A, Montiel Casado C, Blanco Elena JA, Santoyo J

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

**Objetivos:** Existe controversia acerca del tratamiento idóneo de la apendicitis aguda evolucionada en forma de absceso o flemón. Realizamos un estudio para la evaluación de resultados del tratamiento conservador inicial (antibiótico y drenaje percutáneo si precisa) con apendicectomía diferida y del tratamiento quirúrgico urgente.

**Material y métodos:** Estudio observacional analítico de cohortes retrospectivas. Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico clínico o radiológico de apendicitis aguda evolucionada en forma de absceso o flemón tratados en nuestro hospital entre Enero de 1997 y Febrero de 2013, excluyendo pacientes pediátricos, con sepsis grave o peritonitis, en los que se indicó tratamiento conservador inicial y posterior apendicectomía diferida (cohorte estudio=27). El grupo control se obtuvo de pacientes en los que se indicó apendicectomía urgente haciendo un matching por edad y asignación aleatoria posterior (1:1). La estratificación del riesgo infeccioso se determinó mediante el índice National Nosocomial Infections Surveillance System (NNIS). Variables resultado: estancia global, tasa de complicaciones e infección de sitio quirúrgico (ISQ). Se consideraron de relevancia estadística niveles de significación  $< 0.05$ .

**Resultados:** Ambos grupos eran similares en edad, sexo, tiempo de evolución y ASA. La estancia media en el primer ingreso del grupo estudio fue de 9,11 (rango 4-21) días para tratamiento conservador antibiótico sólo o junto con drenaje percutáneo (9 pacientes, 33%). Hubo 2 complicaciones durante el tratamiento conservador (7%). 17 pacientes (65%) presentaron sintomatología tras el alta y 4 de ellos precisaron reingreso y cirugía durante el ingreso. La media entre el ingreso

y la intervención quirúrgica fue de 29 semanas (rango 2-130). La vía laparoscópica fue empleada en 20 pacientes (74%). Durante el segundo ingreso no hubo ninguna complicación ni ninguna infección de sitio quirúrgico y la estancia media fue 4.26 días. En el grupo control se empleó la vía abierta en el 78% de los casos. Hubo una morbilidad del 33%: 7% ileo postoperatorio (2 casos) y 29% infecciones de sitio quirúrgico (8 casos: 4 infecciones superficiales, 2 profundas, 2 órgano/espacio). La estratificación según índice NNIS mostró un porcentaje superior de NNIS de alto riesgo en el grupo control (67% VS 23%,  $p < 0.001$ ), debido a una clara diferencia en el tipo de cirugía según la clasificación NRC ya que el 100% de cirugías del grupo control se clasificaron como contaminadas o sucias frente a un 18% en el grupo de estudio ( $p < 0.000$ ). La incidencia de complicaciones y de infección de sitio quirúrgico fue significativamente mayor en el grupo control ( $p < 0.018$  y  $p < 0.002$ ). La estancia global fue superior en el grupo estudio que en el grupo control, 13.6 días (r:6-29) vs 8.4 días (r:2-35) ( $p < 0.006$ ).

**Conclusiones:** El tratamiento conservador inicial y posterior apendicectomía programada constituye una buena alternativa terapéutica para la apendicitis aguda evolucionada con mucha menor morbilidad y tasa de ISQ que el tratamiento quirúrgico inicial aunque con mayor estancia hospitalaria.

### **Ecografía endoanal dinámica 3-D: una herramienta esencial para el diagnóstico de la patología del suelo pélvico**

**Autores:** Ignacio Machado Romero, Antonio M. Muñoz Ortega, Antonio del Fresno Asensio, Antonio J. González Sánchez, Francisco J. Moreno Ruiz, José A. Pérez Daga, César P. Ramírez Plaza.

*Centro de Trabajo: Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón Málaga.*

**Introducción:** Las alteraciones del suelo de la pelvis forman un grupo variado de problemas funcionales de muy diversa índole y origen que generalmente se manifiestan como problemas de continencia o como desórdenes de la defecación. Aunque en nuestro arsenal diagnóstico contamos con distintos pruebas de imagen, que permiten hacer una descripción detallada de la anatomía del canal anal, el estudio de la patología funcional anorrectal sigue siendo motivo de controversia y de investigación. La ecografía endoanal 3-D ha revolucionado el estudio de pacientes con trastornos del suelo pélvico y ha relegado a un segundo plano a pruebas más agresivas y costosas, ofreciéndonos imágenes secuenciales en tiempo real, de ahí que recientemente se haya querido aprovechar este avance tecnológico para el estudio funcional del canal anal y del suelo pélvico, haciendo su aparición la ecografía dinámica.

**Material y métodos:** Para realizar una ecografía dinámica en condiciones óptimas el paciente debe colocarse en decúbito lateral izquierdo, habiéndose aplicado un enema de fosfato unas horas antes. La gran mayoría de autores utilizan el mismo equipo, el ecógrafo de B&K medical, que nos permite obtener imágenes en 3-D con un transductor automático de

360°. La ecografía consta de distintas fases o escaneamientos. Primera ecografía (Ecografía vaginal): Nos permite estudiar tanto el compartimento anterior del periné como el posterior sin ningún tipo de distorsión. La ecografía vaginal se realiza tanto en reposo como en esfuerzo. Durante la fase de reposo se deben valorar vejiga, cuello vesical, uretra, recto y ano, tabique rectovaginal, y la presencia de una distribución simétrica de la musculatura. Durante la fase de esfuerzo ya se pueden apreciar cistocele, enterocele y posición del cuello vesical. También es importante medir la longitud y el cierre de la uretra durante el esfuerzo. Con las imágenes obtenidas podemos realizar una biometría del hiato urogenital: diámetro anteroposterior, latero-lateal y área. Del compartimento posterior ya podemos durante la ecografía vaginal en reposo valorar posibles defectos esfintéricos. Segunda ecografía (Ecografía anal 3D en reposo): Se realiza la exploración completa en reposo. Esta fase de la exploración es fundamentalmente anatómica y nos permite valorar la distribución basal de la musculatura y la angulación anorrectal que forman el fascículo puborrectal y el canal anal. Se debe prestar atención a un posible defecto esfinteriano y al ángulo anorrectal en reposo. Tercera ecografía (Ecografía anal 3D en esfuerzo): Durante esta fase se le solicita al paciente que haga el mayor esfuerzo defecatorio posible durante 20 segundos. Ecográficamente se observa como el ángulo puborrectal se abre durante el esfuerzo como mínimo un grado respecto al obtenido en el escaneamiento anterior. Si en lugar de apertura éste ángulo se encontrara más cerrado, estaríamos diagnosticando anismo en el paciente. Se estima que la concordancia entre las pruebas convencionales y la ecografía dinámica para el diagnóstico de anismo es del 100%. Cuarta ecografía (Ecografía anal 3D en esfuerzo): En esta fase, pedimos al paciente que se mantenga en reposo durante la fase de retirada del transductor hasta que haya sobrepasado el puborrectal, que es cuando estimulamos al paciente para que haga el mayor esfuerzo defecatorio posible. El descenso del elevador del ano corrige la angulación anorrectal facilitando la evacuación. Ecográficamente y en condiciones normales, el fascículo puborrectal desciende 1,2 cm de media durante el esfuerzo defecatorio. Un descenso perineal mayor de 2,5 cm es considerado patológico. La ecografía dinámica es altamente fiable para determinar si el descenso es patológico o no, con una tasa de concordancia elevada respecto a la defecografía convencional y con la defeco-RMN. Quinta ecografía (Ecodefecografía: Ecografía anal 3D en esfuerzo más gel intrarrectal): Para la última ecografía debemos usar un medio de relleno de la ampolla rectal, para ello introduciremos en la ampolla rectal de 120 a 180 ml de gel ecográfico. Observaremos un recto lleno de gel y prestaremos atención a la herniación de las paredes del recto y/o presencia de asas interpuestas entre la vagina y el recto. Este escaneamiento debe permitirnos valorar la presencia de rectocele, enterocele grado III e intususcepción rectal. Existe ya suficiente evidencia para afirmar que existe una elevada tasa de concordancia entre ecodefecografía y defecografía convencional en el diagnóstico del rectocele. Siendo para la ecodefecografía más sensible para el diagnóstico de invaginación. El grado de concordancia entre ecodefecografía y la defecografía convencional es máxima para los enteroceles grado III, siendo de muy escasa rentabilidad en los grados I y II.

*Discusión:* En el campo de la Coloproctología, la ecografía anorrectal, se ha consolidado en el arsenal diagnóstico, como una exploración rutinaria capaz de aportar, en la misma consulta, de forma inmediata y con escasas molestias, una información que a día de hoy resulta imprescindible, siendo más costosa obtenerla a través de otras técnicas y con la necesaria colaboración de otros especialistas. Hasta el momento, se disponía de la defecografía y de la defeco-RMN, para tener un mapa global de los distintos compartimentos de la pelvis. En los últimos años disponemos de una nueva técnica, basada en la utilización de la ecografía 3-D dinámica. Los resultados hasta el momento son muy alentadores, de manera que se ha mostrado eficaz (con una alta concordancia con la defecografía) en el diagnóstico del rectocele, enterocele, invaginación y otras patologías relacionadas. La experiencia mundial está limitada a algunos grupos de trabajo. No cabe duda, que ésta técnica presentará un gran auge en los últimos años, aunque aún son necesarios estudios más amplios y suficientemente contrastados que marquen unas pautas de estandarización de la técnica y comprender la utilidad real que nos ofrece en la clínica diaria.

### TERCERA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

#### **Duodenopancreatectomía cefálica con resección del tronco celiaco como tratamiento de tumores pancreáticos localmente avanzados**

Pineda N, Gil S, Villegas T, Muffak K, Becerra A, Fundora Y, Garrote, Ferrón JA

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

*Introducción:* Analizamos el tratamiento del cáncer de páncreas con invasión vascular arterial mediante resección del tronco celiaco y anastomosis con la arteria hepática propia antes de la salida de la arteria gastroduodenal.

*Casos clínicos:* **CASO 1.** Varón de 58 años con dolor abdominal irradiado a espalda de un mes de evolución, ictericia, coluria e hipocolia. GICAK: 137.4. TAC: lesión focal en cabeza pancreática con dilatación de vías intra y extrahepática. Múltiples adenopatías paraaórticas y peripancreáticas. Intervención: duodenopancreatectomía cefálica con resección del tronco celiaco y anastomosis vascular termino-terminal con la arteria hepática propia. Anatomía Patológica: adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado con infiltración perineural, de tronco celiaco y nervio pericístico. Evolución: sin complicaciones, realizando eco-Doppler con buen flujo arterial hepático. Alta a los once días. Seguimiento: quimioterapia con gemcitabina. PET/TAC a los cuatro años de la intervención sin recidiva tumoral. **CASO 2.** Mujer de 49 años con dolor epigástrico irradiado a espalda de un mes de evolución. GICAK 720.3. TAC: lesión en cuerpo-cola de páncreas de 42x23mm, con afectación de tronco celiaco, arterias hepática, esplénica y gástrica izquierda y afectación local linfática. Intervención: pancreatectomía distal, reseccionando tronco celiaco y anastomosándolo con la arteria hepática propia. Gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux.

Esplenectomía, omentectomía, ooforectomía derecha, apendicectomía, colecistectomía. Anatomía patológica: adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado con infiltración de grasa peripancreática y perineural, con metástasis en adenopatías locales, ovario derecho y epiplon. Evolución: se reinterviene a los 5 días por fuga del muñón duodenal, que se refuerza. Eco-Doppler con buen flujo arterial hepático. Alta a los 13 días de la intervención. Seguimiento: quimioterapia actualmente. PET/TAC a los cuatro meses de la intervención sin recidiva tumoral. **CASO 3.** Hombre de 69 años con dolor abdominal de meses de evolución y pérdida de peso. TAC: tumoración en cuerpo de páncreas de 18x28mm que infiltra arteria esplénica en su origen. Intervención: pancreatectomía distal con resección de tronco celiaco y colocación de prótesis de Goretex entre tronco celiaco y arteria hepática propia. Anatomía patológica: adenocarcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado con infiltración grasa, vascular e intraneural. Evolución: se reinterviene a los catorce días por necrosis de cara anterior gástrica e infarto esplénico, realizando gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux y esplenectomía. Nueva reintervención a los seis días por colecistitis aguda perforada, trombosis de la prótesis arterial y fístula duodenal y pancreática por fuga en un punto del muñón duodenal. Se realiza colecistectomía, trombectomía y refuerzo de la sutura duodenal. Fallece a los veinticinco días de la primera intervención.

*Discusión:* Varios autores han publicado el tratamiento de tumores pancreáticos invasores del tronco celiaco mediante resección del mismo sin reconstrucción. Hirano et al recurren a la embolización de la arteria hepática común preoperatoriamente, y Raut et al la ligan laparoscópicamente para desarrollar la vascularización arterial hepática. En nuestro caso, se reconstruyó el tronco celiaco a la arteria hepática propia con o sin prótesis, obteniendo un buen resultado en los pacientes menores de 60 años, por lo que lo consideramos como una buena opción terapéutica en estos pacientes.

#### **Polineuropatía amiloidótica familiar. Trasplante en dominó: supervivencia de paciente e injertos**

Tinoco González J, Marín Gómez LM, Jiménez Riera G, Álamo Martínez JM, Muntané Relat J, Padillo Ruiz

FJ, Gómez Bravo MA

HH UU Virgen del Rocío

*Introducción:* El trasplante hepático en dominó (THD) es una estrategia utilizada para aumentar el número de injertos disponibles. Consiste en la realización de un trasplante secuencial, donde un enfermo actúa a la vez de donante y receptor. Es imprescindible que la patología hepática del paciente "dominó" tarde años en desarrollar sintomatología en el paciente que lo recibe. La polineuropatía amiloidótica familiar (PAF) cumple estas condiciones.

*Material y métodos:* Análisis retrospectivo de nuestra serie THD (26 pacientes: 14 con PAF y 12 receptores del dominó [RD]) desde Junio de 2004 hasta Abril de 2013 para valorar si existen diferencias entre los 2 grupos de pacientes. Evaluamos: edad y género, MELD real, tiempo en lista de

espera, tiempo de isquemia fría, necesidad de hemoderivados intraoperatorios, estancia hospitalaria, complicaciones en el postrasplante precoz, rechazo agudo, retrasplante, mortalidad y supervivencia del paciente y del injerto. Expresamos los resultados como la media  $\pm$  desviación estándar para las variables continuas y porcentajes para las cualitativas. Calculamos la curva de supervivencia actuarial según el método de Kaplan-Meier y el log-rank test para la significación estadística. Todos los test estadísticos fueron evaluados como significativos si la  $p < 0.05$ . El análisis estadístico se realizó usando el SPSS 20.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL, United States).

**Resultados:** La edad media:  $46,4 \pm 12,5$  años en el grupo de PAF vs  $62,8 \pm 3$  años para grupo RD,  $p=0,0003$ . En el grupo PAF hubo 71,4 % varones y 58,3% en el grupo RD. La media del MELD real fue 7,2 en el grupo de PAF y 14,8 en el grupo de receptores de los hígados amiloidóticos ( $p = NS$ ). En todos los casos se realizó preservación de la cava, salvo en 2 casos del grupo PAF. El tiempo en lista de espera fue menor para el grupo PAF ( $3,4 \pm 3$ ) vs grupo RD ( $13 \pm 13,6$ ),  $p = 0,02$ . El tiempo de isquemia fría, la estancia media, la edad del donante, las complicaciones del injerto, el retrasplante, la mortalidad cruda, la supervivencia cruda y la supervivencia media del injerto y paciente no presentaron diferencias estadísticamente significativas. La necesidad de hemoderivados intraoperatorios no alcanza significación, excepto plaquetas, grupo PAF ( $0,2 \pm 0,6$ ) vs grupo RD ( $2,5 \pm 3,6$ ),  $p = 0,03$ . El rechazo agudo es más frecuente en el grupo de PAF (5 vs.0) con una  $p=0,02$ , y las complicaciones del injerto no alcanzan significación estadística, pero si observamos diferencias clínicas ( $p=0,09$ ) a favor del grupo RD. La supervivencia media global del paciente:  $36,1 \pm 30,3$  meses (PAF:  $36,1 \pm 33$  vs RD:  $36,1 \pm 28$ ,  $p=NS$ ). La supervivencia media global del injerto:  $29,4 \pm 31$  meses (PAF: vs RD:  $27,9 \pm 33,5$  meses,  $p=NS$ ). Actualmente, hay ningún RD diagnosticado de polineuropatía amiloidótica de novo.

**Conclusiones:** El THD se benefician por igual el grupo con PAF y el del RD, en términos de supervivencia del paciente y del injerto. En nuestra serie los pacientes con PAF se trasplantan antes que los RD y tienen menos necesidades transfusionales de plaquetas intratrasplante. El grupo de RD presenta menos rechazo que los enfermos de PAF. No hemos diagnosticado ninguna polineuropatía amiloidótica de novo en el grupo RD.

### Lesiones iatrogénicas de la vía biliar: un problema en evolución no resuelto

Blanco Elena JA, Jiménez Mazure C, Sánchez Pérez B, Suárez Muñoz MA, Fernández Aguilar JL, Pérez

Daga JA, Santoyo Santoyo J  
HRU Carlos Haya

**Introducción:** Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar (LIVB) durante una colecistectomía suponen una importante fuente de morbimortalidad a largo plazo. Aunque se ha postulado en ocasiones que no supone más que un problema de curva de aprendizaje, la realidad es que su incidencia no ha hecho más que aumentar, especialmente desde la introduc-

ción del abordaje laparoscópico. Si bien son muchas las lesiones que pasan desapercibidas, por su bajo grado, existe un porcentaje significativo de pacientes que requieren reparación quirúrgica en el contexto de un tratamiento multidisciplinar.

**Objetivos:** Analizar los resultados quirúrgicos de las reparaciones de las LIVB tras colecistectomía realizadas por la Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática del Servicio de Cirugía General, Digestiva y Transplante del HRU Carlos Haya.

**Material y métodos:** En este estudio se presenta nuestra experiencia en el manejo de las LIVB. Se trata de un estudio observacional descriptivo en el que se incluyen todos los pacientes sometidos a reparación quirúrgica en nuestra unidad durante el período comprendido entre enero de 1999 y marzo de 2013. Se incluyeron un total de 33 pacientes.

**Resultados:** Se registraron un total de 33 LIVB, siendo tan sólo 7 advertidas de forma intraoperatoria. Los pacientes presentaron una mediana de edad de 61 años (r: 40-79), existiendo un claro predominio del sexo femenino (67%). El 82% de los procedimientos que ocasionaron la lesión biliar se llevó a cabo por vía laparoscopia, realizándose el 42% de ellos en nuestro centro. El 72% de los procedimientos se llevó a cabo de forma electiva. El análisis el espécimen quirúrgico arrojó el diagnóstico de colelitiasis en 18 casos, de colecistitis aguda en 11 y de vesícula escleroatrófica en 2. Previamente a la reparación quirúrgica se realizaron procedimientos endoscópicos y de radiología intervencionista en el 88% de los pacientes. La severidad de las lesiones, graduada según la clasificación de Bismuth, siguió la siguiente distribución: I (8), II (2), III (6), IV (8), V (3). En 14 casos se llevó a cabo una reconstrucción mediante hepaticoyeyunostomía en Y e Roux, empleándose la variante de Hepp Coineaud en otros 18. En un único caso se llevó a cabo anastomosis primaria. El tiempo mediano de seguimiento de los pacientes fue de 6 años (r: 0.2 – 9). Aparecieron complicaciones durante el curso postoperatorio en 10 pacientes, que presentaron un total de 16 complicaciones: 2 dehiscencias anastomóticas, 3 abscesos intraabdominales, 4 fístulas biliares, 2 infecciones de herida quirúrgica y 4 cuadros médicos. De forma tardía persistían las complicaciones en 3 de los pacientes. Dos de ellos presentaron estenosis biliar tardía y un tercero presentó colangitis de repetición.

**Conclusiones:** Pese a la gran revolución que ha supuesto la introducción del abordaje laparoscópico en la cirugía de la vesícula biliar, la gran mayoría de las LIVB se producen en el contexto de una colecistectomía laparoscópica. La reparación diferida llevada a cabo por un equipo experto permite tasas globales de éxito en torno al 90% en el tratamiento quirúrgico de estas lesiones.

### Aquamantys® vs. Tissulink®: Análisis de nuestra experiencia

Blanco Elena JA, Sánchez Pérez B, Fernández Aguilar JL, Suárez Muñoz MA, Rodríguez Silva C, Gámez

Córdoba C, Santoyo Santoyo J,  
HRU Carlos Haya

**Introducción:** Los últimos avances en instrumentación qui-

rúrgica aplicados al campo de la cirugía hepática han permitido llevar a cabo resecciones más seguras. Esto, sin duda, ha redundado en una mayor reseccabilidad de las lesiones parenquimatosas y en una menor morbimortalidad asociada. Entre estos modernos dispositivos destacan los hidrocoaguladores bipolares, capaces de lograr la transección del parénquima hepático con bajo voltaje y mínima difusión térmica. Este mecanismo entraña, al menos sobre el papel, una mayor seguridad técnica con respecto a los hidrocoaguladores monopolares. Ya que estos alcanzan altas temperaturas y un mayor radio de difusión de la energía térmica generada, conllevan un mayor riesgo de iatrogenia sobre estructuras tanto biliares como vasculares.

**Objetivos:** Analizar los resultados quirúrgicos en función del sistema de corte y coagulación (monopolar vs. bipolar) empleado en pacientes sometidos a resección hepática abierta. Conocer si el uso del nuevo hidrocoagulador permite una reducción del tiempo quirúrgico, de las pérdidas hemáticas intraoperatorias, menor índice de complicaciones y menor estancia hospitalaria.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio de cohortes retrospectivas sobre 86 pacientes, recogidos desde Mayo 2011 hasta Marzo de 2013 en nuestra Unidad de Cirugía HBP. Éstos se distribuyeron en dos brazos con 43 pacientes, según el uso de: Grupo Control (GC); CUSA® y Tissulink®, y Grupo Estudio (GE); CUSA® y Aquamantys®. Las variables de resultado fueron el tiempo quirúrgico y la hemorragia intraoperatoria, los valores de GOT/GTP, INR y BT. Definimos las complicaciones técnicas como: insuficiencia hepática aguda, fístula biliar y colecciones intraabdominales. Además, hallamos como índice global de resultados la estancia media hospitalaria.

**Resultados:** Se intervinieron 86 pacientes por diferentes etiologías: 8 hepatocarcinomas, 42 metástasis colorrectales, 7 metástasis no colorrectal, 7 por otra patología neoplásica y 21 por patología benigna. Se llevaron a cabo 36 resecciones mayores. Predominó el sexo masculino (52%), con una mediana de edad de 57 años. Los dos grupos fueron homogéneos para las variables demográficas, tipo de resección y comorbilidades. La pérdidas hemáticas presentaron tendencia estadística a favor del GE (GC 383 ml vs GE 270 ml;  $p$  0.19), a pesar de lo cual no hubo diferencias en el consumo de hemoderivados (GC 0.23 U vs. GE 0.18 U). No hallamos diferencias respecto al tiempo operatorio (GC 217 min vs GE 246 min). No se observó diferencia significativa en los marcadores de lesión hepatocelular (GOT/GPT 369/405 GC vs. 485/549 GE). De las 31 complicaciones registradas, 7 correspondieron a fístula biliar (3 en GE y 4 en GC), 5 a colecciones intraabdominales (3 en GE y 2 en GC) y 2 a insuficiencia hepática aguda (1 en GE y 1 en GC). Se registraron 7 ingresos (4 en el GE y 3 en el GC). La mediana de la estancia hospitalaria fue de 5 días (r:1-56), sin evidenciarse diferencias significativas en ambos grupos (GC 6,30 días vs. GE 6,34 días).

**Conclusiones:** Aunque no se han demostrado diferencias estadísticamente significativas en el empleo de hidrocoaguladores bipolares frente al de monopolares, se observan indicios de una menor hemorragia intraoperatoria con el uso de los hidrocoaguladores bipolares.

## Experiencia de la u. Trasplante hepático del h.U. Virgen de las nieves en la utilización de un programa split adulto-infantil

San Miguel C, Fundora Y, Muffak K, Villegas T, Becerra A, Garrote D, Ferrón JA.

*Sección de Cirugía HBP y Trasplante Hepático. UGC Cirugía General y del Aparato Digestivo. H. U. Virgen de las Nieves.*

**Introducción:** Las indicaciones de trasplante hepático (TH) han sufrido una importante transformación cualitativa y cuantitativa a lo largo de los últimos años, determinando una creciente necesidad en el número de donantes. Se han desarrollado nuevas técnicas quirúrgicas para garantizar un óptimo aprovechamiento y una expansión de las fuentes de órganos de donante cadáver disponibles, como la bipartición hepática (BH), o split liver, que precisa de una cuidadosa selección del donante, así como de una rigurosa logística en la coordinación de todos los grupos participantes.

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia compartida con el programa infantil de trasplante hepático de dos hospitales universitarios de distinta provincia en la utilización de injertos parciales de donante cadáver en muerte cerebral procedentes de una BH.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes trasplantados en que se realizó BH en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada entre enero de 2006 y diciembre de 2012. Se analizaron variables entre las que destacan las características epidemiológicas de donante y receptor, así como sus comorbilidades, complicaciones postoperatorias y supervivencia. Los datos fueron analizados mediante el programa informático IBM SPSS 19.0°. **RESULTADOS** Se analizaron 4 pacientes (aproximadamente 2%) trasplantados por BH de un total de 204. Tres casos fueron realizados en mujeres, y uno en un varón. Los donantes presentaron una edad media de  $30 \pm 8$  años y un peso de  $74 \pm 6$  kg. Las causas de exitus fueron dos accidentes cerebrovasculares agudos y dos traumatismos craneoencefálicos. Ninguno de ellos padecía de enfermedades de interés, y presentaron valores normales de enzimas hepáticas, con una estancia en U.C.I. en todos los casos inferior a las 48h. Los receptores adultos presentaron una edad media de  $55 \pm 11$  años. El estadio Child-Pugh medio fue de  $6 \pm 1$ , con un MELD real de  $9 \pm 2$ , ya que todos fueron incluidos por indicaciones especiales (ascitis refractaria, encefalopatía hepática y prurito intratable). La estancia hospitalaria fue de  $19 \pm 5$  días, con un seguimiento mínimo de siete meses. Las causas de TH fueron cirrosis enólica en dos casos, y cirrosis criptogénica y cirrosis biliar primaria en los otros dos. Durante la cirugía de TH, en todos los casos se realizó una derivación porto-cava temporal. Se anastomosó el confluente de venas suprahepáticas del receptor como estoma único a la vena cava del donante en todos los casos. La anastomosis arterial se realizó en el 50% de los casos entre las arterias hepáticas derechas de receptor y donante, registrando un caso de arteria hepática propia con arteria hepática derecha, y otro entre arterias hepáticas comunes. La reconstrucción biliar en todos los casos fue hepato-coledocal, sin colocación de drenaje tipo Kher. No se ha registrado ningún caso de síndrome postreperfusión, y tan sólo hemos objetivado un biloma como complicación bi-

liar que se resolvió con tratamiento conservador, sin registrar trombosis vasculares en ninguno de los casos, ni siendo necesario el trasplante de nuestros pacientes. Actualmente, tres de los cuatro casos siguen vivos, siendo el único exitus debido a una isquemia mesentérica con fallo multiorgánico a los tres años, causa independiente del TH original.

**Conclusiones:** El programa de injerto parcial mediante BH constituye una alternativa al TH clásico con excelentes

**Resultados:** a día de hoy en los registros nacionales. Nuestro centro, pese a la limitación en el número de casos realizados, ha participado en el desarrollo de un protocolo de BH que considera su indicación siempre que participen grupos expertos en su desarrollo, independientemente del nivel hospitalario generador. Esta importante iniciativa permitirá expandir el pool de donantes y, por tanto, solventar en parte la problemática actual que existe con los injertos disponibles.

### Fast-Track en cirugía pancreática

Torres Lorite M, Betancourth Alvarenga J, Sánchez Hidalgo JM, Robles Quesada T, Ciria Bru R, Briceño

Delgado J, Rufian Peña S,

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

**Introducción:** El desarrollo de programas Fast-Track o ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) se ha incrementado de forma exponencial en los últimos años, aun así, es poca su difusión en cirugía pancreática.

**Objetivos:** Comparar los resultados de un programa ERAS tras duodenopancreatectomía cefálica (DPC) con el abordaje perioperatorio clásico.

**Metodología:** Estudio de casos y controles, apareado 3:1 en pacientes sometidos a DPC tipo Whipple por neoplasia periampular entre los años 2008-2012 en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba según las variables descriptivas (sexo, edad, presencia de Diabetes Mellitus preoperatoria, presencia de comorbilidades y drenaje biliar previo). Grupo Casos (n=34) DPC tipo Whipple con reconstrucción en doble asa con protocolo ERAS. Grupo 2. Controles (n=102) DPC tipo Whipple con reconstrucción clásica con abordaje perioperatorio clásico. Criterios de Inclusión: Edad >18 años, IK>70%, sin tratamiento neoadyuvante, sin cirugía previa. Criterios de Exclusión: Los que no cumplieron criterios de inclusión y aquellos con elevado riesgo anestésico (ASA IV).

**Resultados:** Un total de 136 pacientes fueron incluidos en el estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables que se utilizaron para el "matching" 3:1. La edad media de la muestra fue de 61 años [rango 30-80 años], en el grupo control fue de 62,76 [30-80 años] y en el grupo ERAS fue de 64,26 [42-78 años] ( $p>0,05$ ). No se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexo entre ambos grupos ( $p>0,05$ ). De los pacientes en estudio, un 26,5% eran diabéticos previamente, (26% vs 27,4%;  $p>0,05$ ). Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las comorbilidades de los pacientes incluidos (65,6% vs 67,6%;  $p>0,05$ ). Las variables de interés medidas en el curso postoperatorio fueron: una estancia hospitalaria media global de 15,86±9,34 días, siendo menor

en el grupo ERAS (11,91±5,17 vs 16,94±9,93 días;  $p=0,006$ ). El retraso en el vaciamiento gástrico con relevancia clínica (Grados B y C de la International Study Group of Pancreatic Surgery –ISGPFS), fue menor en el grupo control (14,9% vs 20,6% con  $p=0,006$ ). No existieron diferencias en la proporción de fistulas pancreáticas postoperatorias grados B y C de la ISGPFS entre el grupo control y el grupo ERAS (15,68% vs 20,58%;  $p=0,227$ ). De la misma forma, la diferencia en el porcentaje de complicaciones postoperatorias (grado III-V clasificación de Clavien) en ambos grupos, no fue estadísticamente significativo (38,2% vs 38,8%;  $p=0,949$ ). Fue necesario reintervenir al 17,9% de los pacientes, de los cuales, un 16,4% eran controles, y un 23,5% eran ERAS ( $p=0,33$ ) y reingresó el 10,1% global, 8,6% de los controles frente al 15,2% del grupo ERAS ( $p=0,32$ ). La mortalidad postoperatoria al primer mes en el grupo control fue de 5,01% ERAS 10,8% ( $p=0,09$ ).

**Conclusiones:** El abordaje ERAS ha demostrado ser un abordaje seguro que permite acortar la estancia hospitalaria postoperatoria, sin embargo, el retraso del vaciamiento gástrico puede verse incrementado en relación a los cuidados clásicos perioperatorios.

### Trasplante hepático en HCC: 10 años de experiencia. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

Fundora-Suárez Y, Garrote D, Mufak Granero K, Zambudio N, San Miguel C, Villegas T, Becerra A, Valdivia J, Vilchez A, Ferrón JA.

Hospital Viregn de las Nieves

**Objetivos:** Realizar un estudio retrospectivo, observacional y longitudinal para analizar nuestra experiencia en trasplante hepático en receptores con HCC.

**Material y métodos:** Se incluyeron en el estudio los receptores incluidos en lista de espera con diagnóstico de HCC que cumplían criterios de Milano, entre 2002- 2012 en el Hospital Virgen de las Nieves, Granada. España. Se analizaron los estudios diagnósticos realizados a la inclusión (ecografía abdominal ± TAC ± RMN) y el estudio anatomopatológico del hígado tras el explante. La realización de quimioembolización transarterial (QETA) y los resultados anatomopatológicos en el hígado explantado. Se analizó si la QETA aumentó la incidencia de trombosis arteriales. Análisis de supervivencia en este grupo de pacientes. El estudio se realizó con el programa estadístico SPSS versión 15 para Window.

**Resultados:** Entre Marzo 2002- 2012 se realizaron un total de 250 trasplantes hepáticos, entre ellos 56 receptores incluidos en lista de espera con diagnóstico de HCC. Se incluyeron en el estudio 51 pacientes ya que cinco fueron excluidos (por no tener estudio pretrasplante completo, ante la imposibilidad de analizar las imágenes realizadas en otro centro). La media de edad fue de 57±7 años, siendo el 86% hombres (n=44). El tiempo medio en lista de espera fue de 194±165 días. A la inclusión fueron diagnosticados 8 pacientes por eco + TAC, mientras que en otros 8 pacientes realizó además RMN. En 35 pacientes (68%) se realizó QETA. En dos pacientes se realizó PAAF de las lesiones por ser las pruebas pretrasplante no concluyentes (AP: 1 negativa y otra no concluyente para HCC). Al analizar



los resultados del explante se encontró 1 lesión embolizada con necrosis completa y necrosis incompleta en 10 y 6 pacientes, respectivamente. Mientras que en 1 paciente se encontro 2 lesiones embolizadas completamente. En un paciente con 3 lesiones a la inclusión se encontraron las lesiones completamente necrosadas tras la quimioembolización. En 4 pacientes las lesiones encontradas en el hígado superaron criterios de California y en un paciente las lesiones superaron Milano. El grado de diferenciación tuvo la siguiente distribución: bien n=13 (25%), moderado n=13 (25%) y pobremente diferenciado n=2 (3,9%) . En un paciente se encontro nidos celulares en la necrosis del HCC tras QETA. Solo un paciente que se había sometido a QETA presento una trombosis arterial. Al final del estudio y con un seguimiento medio de 48±30 meses la supervivencia bruta fue de 62%.

**Conclusiones:** Los resultados de nuestra serie son superponibles a lo publicado por otros grupos. El trasplante hepático sigue siendo una opción válida de tratamiento para HCC. La utilización de QETA en espera de trasplante no aumenta las complicaciones arteriales en nuestra serie obteniendo buenos resultados en el control local de la enfermedad.

### Efecto de la "inmunonutrición" respecto a la nutrición estándar en neoplasias digestivas

L.Elmalaki Hossain, F.Grasa González, M. Rodríguez Ramos, D, Sánchez Relinque, T. Gómez Sánchez, E,García-Sosa Romero,

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Punta de Europa. Algeciras ( Cádiz)*

**Introducción:** La inmunonutrición es aquella capaz de, además de otorgar los nutrientes requeridos por el organismo, de modular el sistema inmune mejorando los mecanismos de defensa y la capacidad de recuperación de los pacientes. La desnutrición en un problema global en el paciente quirúrgico y muy prevalente en el oncológico, empeorando los resultados de las intervenciones quirúrgicas y aumentando la tasa de complicaciones infecciosas. Entre el 40-80% de los pacientes oncológicos sufren algún grado de desnutrición. Desde los años 90 se han estudiado el efecto inmunomodulador de ciertas biomoléculas ( Arginina, Glutamina, Acidos Grasos, nucleótidos).

**Objetivos:** Valoración del estado nutricional de los pacientes con diagnóstico de neoplasia digestiva ( colon/estómago) , para aportar a los pacientes seleccionados, en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, una dieta enteral inmunomoduladora; con el fin de mejorar la evolución de sus parámetros nutricionales, la morbilidad y la estancia hospitalaria.

**Material y métodos:** Se ha realizado durante un periodo de 12 meses un estudio prospectivo , aleatorizado, de 50 pacientes con neoplasias digestivas ( Colon / Estómago). Al grupo control ( 25 pacientes) se les suministró nutrición estandard y a la otra mitad se les administró nutrición con actividad inmunomoduladora ( Impact ® ). Para ello se han tenido en cuenta la valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS- GP), parámetros bioquímicos y antropométricos.

**Resultados:** Se objetivó una disminución de complicaciones infecciosas, así como menor índice de dehiscencia de anastomosis con reducción global de la estancia hospitalaria en el grupo sometido a inmunonutrición con Impact ® .

**Conclusiones:** La correcta valoración nutricional para el diagnóstico de la desnutrición tan prevalente en el paciente oncológico y el tratamiento con suplementos inmunomoduladores parece mejorar el postoperatorio de estos pacientes reduciendo las complicaciones postoperatorias sobretodo infecciosas y disminuyendo la estancia hospitalaria

### Resección diafragmática por hidatidosis pulmonar

Domínguez Reinado R; Barrera Talavera M, Illana Wolf J; Espinosa Jimenez D; Melero Brenes S; Díaz Oteros M.

*Hospital de Jerez de la Frontera*

La hidatidosis se trata de una zoonosis con distribución mundial, estando íntimamente relacionada con la ganadería y con déficit sanitario. En los humanos suele asentarse en el hígado en mas de la mitad de las ocasiones, aunque puede presentarse también en pulmón. La hidatidosis pulmonar tiene una frecuencia del 10% del total de las localizaciones, siendo bastante infrecuente la hidatidosis pulmonar primaria. La transmisión a pulmón puede ser por inhalación, vía sanguínea (la más frecuente) y vía linfática. Suelen ser quistes únicos de tamaño moderado a grande. Presentamos un caso de paciente de 56 años con diagnóstico inicial de quiste broncogénico en lóbulo inferior izquierdo. Durante la cirugía el diagnóstico principal pasa a ser hidatidosis pulmonar, estando el quiste íntimamente unido al diafragma por lo que es necesario la resección de un fragmento del mismo. El diagnóstico anatomopatológico confirma la hidatidosis, presentando un quiste que ocupa casi la totalidad del lóbulo resecado.

### Recidiva de tumor papilar solidoquistico retroperitoneal

García Albiach B, Gámez Córdoba ME, Fernández Aguilar JL, Sánchez Pérez B, Pérez Daga JA, Suárez Muñoz MA, Santoyo Santoyo J.

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya - Málaga*

**Introducción:** El tumor pseudopapilar sólido es un tipo infrecuente de neoplasia pancreática. En casos excepcionales pueden presentar una localización extrapancreática. Presentamos el caso de una paciente intervenida por recidiva hepática de un tumor pseudopapilar extrapancreático de origen retroperitoneal, que años atrás había sido diagnosticado como una neoplasia suprarrenal.

**Caso clínico:** Mujer de 76 años intervenida en el año 2000 por una gran masa quística retroperitoneal (> 15cm) dependiente de mesocolon, de localización pararrenal izquierda anterior, precisando nefrectomía izquierda, colectomía y esplenectomía. El estudio anatomopatológico de la pieza

informaba: mesocolon infiltrado por carcinoma de probable origen adrenocortical. Intervenido nuevamente en 2004 por recidiva hepática con segmentectomía V y resección atípica de segmento VII, que el estudio histopatológico concluía: lesiones compatibles con metástasis de carcinoma suprarrenal. Durante seguimiento en el año 2012 se detecta nueva lesión hepática en Segmento VI. Se considera inicialmente como trastorno de perfusión, objetivándose después un crecimiento lento y progresivo, por lo que se decide realizar RMN que muestra una lesión lobulada, hiperintensa con necrosis y focos hemorrágicos en su interior, y posteriormente una PET que objetiva captación patológica (SUV 3.9) en esta localización. Se practica una biopsia de la lesión con hallazgos sugestivos de metástasis de neoplasia suprarrenal. Ante los hallazgos se propone intervención quirúrgica. Se realiza resección hepática limitada de lesión de 6cm en segmento VII. El estudio histopatológico apoyado con un estudio inmunohistoquímico concluye: metástasis de neoplasia pseudopapilar sólida extrapancreática. Tras reevaluar las muestras existentes de las piezas quirúrgicas de las intervenciones de 2004 y 2000, se comprueba la existencia de un tumor primario retroperitoneal pseudopapilar sólido extrapancreático que ha sido el origen de las sucesivas lesiones hepáticas metastásicas.

**Discusión:** Los tumores pseudopapilares sólidos, descritos en 1959 por Frantz, son un tipo infrecuente de neoplasia epitelial pancreática (1-2% de tumores pancreáticos) de bajo grado de malignidad y crecimiento lento. Se han descrito contados casos en la bibliografía de tumores de este tipo histológico con localización extrapancreática. Suelen presentarse en mujeres jóvenes, con gran tamaño. Su localización más frecuente es mesocolon y ovario, seguidos de epiplon mayor, retroperitoneo e hígado. En algunos casos asientan sobre tejido pancreático ectópico. Aunque es muy difícil hacer un diagnóstico preoperatorio hay algunos signos radiológicos en la TC y RMN que son sugestivos de este tipo de lesiones: masa encapsulada, sólido-quística, ocasionalmente con calcificaciones y signos de hemorragia intratumoral. En el diagnóstico anatomopatológico es fundamental el apoyo con técnicas de inmunohistoquímica, siendo característico la negatividad a citoqueratina, marcadores pancreáticos enzimáticos y endocrinos, y la positividad a CD10, MSE, PR y vimentina. El tratamiento de estos tumores es la resección quirúrgica, sin que haya contraindicación de cirugía en los casos que presenten extensión local o metastásica.

### **Cierre de abdomen temporal con terapia de presión negativa. Resultados por una Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias**

González Sánchez AJ, Aranda Narváez JM, Montiel Casado MC, Ruiz López M, Pérez Ruiz C, García Albiach B, Santoyo Santoyo J.

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya.*

*Objetivos:* Describir las características de los pacientes so-

metidos a cierre de abdomen temporal (CAT) por la Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias del Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes de nuestro hospital.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo prospectivo empleando los registros de nuestra base de datos prospectiva CAT desde octubre de 2011 a abril de 2013. Se empleó el paquete estadístico SPSS 15.

**Resultados:** Se realizaron 7 CAT, todos ellos empleando terapia de presión negativa (apósito abdominal, VAC®, KCI). 6 fueron varones, edad media de 49,7 años (r:26-72 años; desviación típica 16,4 años). En 3 ocasiones se realizó como tratamiento del síndrome compartimental abdominal (SCA): 2 tras cirugía de aneurisma de aorta abdominal roto y 1 por pancreatitis aguda grave. En 4 ocasiones se realizó de forma profiláctica como parte de la cirugía de control de daños (CCD): 2 por politraumatismo, uno por accidente vascular mesentérico y 1 por sepsis abdominal por fuga de sutura. La estancia media en Unidad de Cuidados Intensivos fue de 23,5 días (r 15-37 días; desviación típica 7,8 días), y la media de días con respiración mecánica invasiva de 15,5 días (r 1-26 días; desviación típica 7,5 días). 3 pacientes presentaron fístulas digestivas: una biliar tras trauma hepático abierto, y 2 intestinales. 1 de ellas se consideró entero-atmosférica. 3 pacientes fallecieron, todos por fracaso multiorgánico, y todos ellos como tratamiento del SCA. 2 de ellos desarrollaron fístula intestinal como complicación del tratamiento. Se consiguió el cierre definitivo de la pared abdominal en 4 pacientes, aunque uno de ellos falleció. De los 3 en los que no se pudo cerrar la pared, 2 fallecieron. De aquellos en los que se cerró la pared, en 2 se pudo realizar cierre fascial primario sin malla y en 2 se empleó la técnica de Chevrell. La decisión de no cerrar la pared se tomó por el desarrollo de fístulas en 2 pacientes y SCA terciario en otro. En 5 pacientes se realizó técnica de tracción fascial con malla de polipropileno para facilitar la aproximación de los bordes aponeuróticos. En tres de ellos se consiguió el cierre fascial primario. Los dos fracasos fueron motivados por el desarrollo de fístulas digestivas. De los 5 pacientes, 2 fallecieron, todos con fístulas. La media de cambios del apósito abdominal hasta el cierre definitivo o la decisión de hernia ventral planeada fue de 3 (r 1-7; desviación típica 2,3). En los 3 casos en los que el apósito abdominal se cambió 4 veces o más los pacientes desarrollaron fístulas digestivas, pero en ningún caso en los que se realizaron 1 o 2 cambios antes del cierre primario o hernia ventral planeada.

**Conclusiones:** El CAT es un procedimiento que presenta una elevada morbilidad y mortalidad, mayor cuando se realiza por SCA. La mortalidad se relaciona con el desarrollo de fístulas digestivas y estas con el número de cambios antes del cierre de la pared. La técnica de tracción fascial con malla puede ayudar a conseguir el cierre fascial definitivo.

### **Tratamiento de las hernias ventrales complejas mediante técnica "sandwich" asociada a separación de componentes**

Martín Cartes, JA., Bustos Jiménez, M., Tamayo López, MJ., Sojo Rodríguez, V., y Padillo Ruiz, J.

*Unidad de Cirugía de la Pared Abdominal Avanzada, HH. UU. "Virgen del Rocío", Sevilla*

**Introducción:** La pared abdominal sigue siendo una zona anatómica fundamental en la práctica de un cirujano general. Se creía que con los nuevos materiales protésicos se habían solucionado todos los problemas existen en cuanto a la cobertura de los defectos. Pero esto no ha sido así. La utilización de material protésico extraño al organismo ha dado lugar a una serie de secuelas (infección, extrusión) de las prótesis que las hacen inutilizables en situaciones complejas o en cirugía de Urgencias.

**Objetivos:** Demostrar la versatilidad de nuestra técnica en cierres de pared abdominal en situaciones complejas.

**Material y métodos:** Presentamos treinta pacientes intervenidos en los últimos tres años por presentar eventraciones multirrecidivadas, con el resultado de un estado catastrófico de la pared abdominal. Veinticinco de los casos procedían de otros centros hospitalarios o provincias de Andalucía. En siete casos existían abscesos y fístulas en la pared abdominal por infección de mallas previas. En otros cinco casos las fístulas eran enterocutáneas. La distribución por sexos fue de 13 varones y 17 mujeres, y las edades oscilaron entre los 36 y los 68 años de edad. Comenzamos utilizando una técnica "sándwich" en la que combinábamos una prótesis intracavitaria de dermis porcina (Permacol) o una reabsorbible de ácido poliglicólico (Bio-A) en función de que el campo estuviera contaminado o limpio, con otra de polipropileno de bajo peso molecular y poro ancho (Optilene Mesh Elastic) colocada en posición suprafascial. Todo ello con control per y postoperatorio de presión intraabdominal, mediante sistema conectado a sondaje vesical.

**Resultados:** Veintinueve pacientes fueron dados de alta sin problemas, debiendo utilizar faja ajustada durante 5-6 meses. En diez de los casos aparecieron seromas que se resolvieron de modo incruento ayudados por la compresión de la faja en siete; en uno de los casos restantes, el seroma se abrió espontáneamente al exterior, y se sobreinfectó, encontrándose en la actualidad necesitado de curas locales. Otro paciente presentó necrosis parcial de la piel; al poco tiempo el tejido de granulación comenzó a colonizar la prótesis de dermis porcina, y en la actualidad se encuentra en espera de un injerto de piel que cubra el defecto residual. En otro caso, parte de la prótesis de dermis porcina fue destuida por la acción de las pomadas con enzimas proteolíticas utilizadas en las curas, una vez abierto el seroma. Por último, un paciente falleció en el postoperatorio como consecuencia de un proceso neumónico en el postoperatorio. La funcionalidad abdominal es aceptable en todos los casos. A la fecha sólo hay datos de una recidiva herniaria, que ya fue reintervenida con buenos resultados..

**Conclusiones:** Las técnicas "sándwich" asociadas a otras como la de separación de componentes son adecuadas para el cierre en casos de cierre dificultoso o de abdomen catastrófico y en manos experimentadas, son bastante seguras y facilitan la resolución de casos imposibles de resolver de otro modo..

## CUARTA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

### **Obstrucción intestinal por colitis isquémica estenosante de colon descendente y sigmoides que simula una neoplasia**

De los Reyes Lopera N, Gil Alonso L, Sánchez Moreno L, López Pérez J, López Ruiz J, del Río Lafuente F, Oliva Mompeán F.

*Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*

**Introducción:** La causa más frecuente de obstrucción de intestino grueso es el adenocarcinoma estenosante de colon. Le siguen las hernias complicadas, enfermedad de Crohn estenosante, impactación de heces en personas ancianas o la enfermedad diverticular. La colitis isquémica es una entidad que afecta predominantemente a la población anciana, que se relaciona con factores de riesgo cardiovascular, y suele ser de predominio en colon descendente y sigmoides hasta en el 40% de los casos. Los síntomas más frecuentes son dolor y distensión abdominal, peritonismo localizado o difuso si la afectación es transmural, diarrea, náuseas o vómitos. Raramente cursa con obstrucción intestinal, tal y como presentamos a continuación.

**Caso clínico:** Varón de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente y cólicos nefríticos de repetición. Ingresado en planta de Medicina Interna desde hace 3 meses por cuadro de alteración del tránsito intestinal, con deposiciones con productos patológicos, dolor cólico abdominal y tenesmo rectal. Sospecha de neoplasia de colon descendente y sigma frente a colitis focal en TAC. La colonoscopia detecta neoformación infranqueable a 8 cms del margen anal, con biopsias no concluyentes para adenocarcinoma. El paciente comienza con cuadro suboclusivo y mala evolución del mismo pese a tratamiento conservador, por lo que se decide cirugía urgente diferida. Se observa sigma y recto engrosados, de aspecto isquémico, por lo que se realiza sigmoidectomía, resección anterior baja de recto y colostomía terminal. El análisis de la pieza revela una colitis isquémica estenosante sin focos de neoplasia. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

**Conclusiones:** en ocasiones, la colitis isquémica puede presentarse con un comportamiento pseudotumoral, siendo indiferenciable clínicamente de una neoplasia maligna de colon. Por ello, es necesaria una cirugía radical de la misma, que en estos casos es a un mismo tiempo terapéutica y diagnóstica.

### **Tumor carcinoide apendicular. Un tumor infravalorado por el patólogo y el cirujano**

Grasa González F, Sánchez Relinque D., Gómez Sánchez T., Elmalaki Hossain L., Gómez Modet S., OrtegaCarrasco A., Rodríguez Ram

*Hospital Punta de Europa (Algeciras, Cádiz)*

**Introducción:** Tumor carcinoide del apéndice (TCA) es la lesión maligna primaria más frecuente del apéndice. Suelen ser asintomáticos y son diagnosticados de forma casual tras

apendicectomía por apendicitis aguda con una prevalencia del 0.3-0.9% de las apendicectomías. Los pacientes con TCA tienen un riesgo de desarrollo de neoplasia colorrectal sincrónica o metacrónica de hasta 33%. La localización más frecuente es en el ápex apendicular y las metástasis regionales a ganglios linfáticos son mucho más comunes que las reconocidas. La detección incidental de TCA tras una apendicectomía requiere de una evaluación de niveles séricos de Serotonina y Cromogranina A, 5-hydroxynindolacetic ácido (5-HIAA), Rx tórax, Ecografía abdominal, TAC toracoabdominopélvico / RMN, Colonoscopias seriadas, Gammagrafía con Octreótido marcados con <sup>111</sup>In. Dada la incertidumbre sobre la posibilidad de metástasis locorregional y el riesgo bajo, pero real de hacer metástasis a distancia, debe valorarse la realización de cirugía oncológica adyuvante a la apendicectomía inicial. El tamaño tumoral es el factor pronóstico más importante, recomendándose una apendicectomía si TCA <1 cm sin afectación ganglionar mesoapendicular; Hemicolecotomía derecha si tamaño del tumor >2 cm, invasión linfática, ganglios linfáticos afectados, márgenes de resección afectados, pleomorfismo celular con un alto índice mitótico.

**Material y métodos:** se hace un estudio retrospectivo de los casos de TCA en nuestro Servicio, evidenciándose, al igual que en la mayoría de la literatura consultada, que el tamaño tumoral, grado de invasión tumoral, grado de afectación ganglionar... no han sido incluidos de forma rutinaria en los estudios anatomopatológicos. Presentamos 9 casos de TCA, el primero en 2002 y el último en 2012. 7 mujeres y 2 hombres, con una edad media 31,5 años, (edad más precoz: 13 años (mujer), y edad más tardía: 65 años (hombre)). Diagnóstico inicial: 8 apendicitis aguda y 1 absceso pélvico. Tratamiento inicial: 7 Apendicectomías McBurney, 1 Apendicectomía laparoscópica y 1 Conservador. Informe de AP no informa del tamaño: 6/9, de la localización en el apéndice cecal: 4/9, no informa si hay afectación ganglionar regional: 9/9, no informa del grado de invasión pared apendicular: 2/9. Independientemente del informe anatomopatológico ningún paciente fue reintervenido frente al diagnóstico casual de TCA. Un paciente sufrió episodios suboclusivos repetidos hasta laparoscopia reconvertida con diagnóstico casual de siembra peritoneal, 3 meses después de apendicectomía programada.

**Conclusiones:** El TCA continúa siendo de interés a pesar de su baja incidencia. Aún existe controversia con respecto a la función de hemicolecotomía derecha en el manejo quirúrgico. El tamaño del tumor se sigue considerando el factor pronóstico más importante. No hay evidencia que demuestre un beneficio de supervivencia para hemicolecotomía derecha sobre apendicectomía simple en pacientes con carcinoides mayores de 2,0 cm de diámetro

### Factores relacionados con la mortalidad en la diverticulitis aguda complicada intervenida de forma urgente

J. Valdivia; A. Bustos; C. San Miguel; R. Conde, F. Huertas; I. Segura; P. Palma; J. A. Ferrón

### Sección de Cirugía Colorrectal, HUVN Granada

**Objetivos:** Analizar la correlación del peritonitis severity score (PSS), Hinchey, severidad radiológica, ASA preoperatorio con la mortalidad en los pacientes con diverticulitis aguda complicada intervenida de forma urgente.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo de una serie consecutiva de 452 pacientes que ingresaron con el diagnóstico de diverticulitis aguda complicada durante los años 2004 - 2010. Se analizaron los pacientes que se intervinieron de forma urgente evaluando el Peritonitis severity score, hinchey, ASA y severidad radiológica según Ambrosetti y su correlación con la mortalidad asociada a esta patología. Se utilizó el sistema informático SPSS, para el estudio analítico bivariante, empleando el test de Chi cuadrado o la corrección de Fisher según correspondía.

**Resultados:** De los 452 pacientes, se analizaron 106 (23.4%) casos que se intervinieron de forma urgente. Se observaron 11 (10,37%) casos de mortalidad postquirúrgica inmediata. El 63,2% presentaban ASA III, IV. El 11,3% tenían un PSS de 10-11 puntos. La prueba de imagen más utilizada fue la TC (91,3%). El 72,6% presentaron TC abdominal con severidad radiológica; y la correlación entre los hallazgos radiológicos y la cirugía urgente fue del 82,9%. El 50,9% de los intervenidos eran Hinchey III, IV. Tras el estudio analítico bivariante; los pacientes que presentaron un ASA III,IV (p=0,006); Hinchey grado III,IV (p=0,005), PSS >=9 (p=0,009) y con una mayor severidad de la prueba de imagen (p=0,0033), mostraron una mayor tasa de mortalidad asociada a esta patología.

**Conclusiones:** La mortalidad de los pacientes con diverticulitis aguda complicada intervenidos de forma urgente, es directamente proporcional al grado de severidad del ASA, Hinchey, PSS y complejidad radiológica.

### Estudio prospectivo de las ventajas de la extracción transanal de la pieza durante la hemicolecotomía izquierda por puerto único

Morales-Conde S, Socas Macías M, Barranco Moreno A, García Martínez JA, Alarcón del Agua Isaias, Rubio Manzanares M, Padillo J

Htal Virgen del Rocío, Sevilla

**Objetivos:** Los beneficios de un abordaje quirúrgico mínimamente invasivo han sido mostrados en diversos ensayos clínicos, demostrando una disminución del dolor postoperatorio y un mejor resultado cosmético, manteniendo los criterios oncológicos. El puerto único intenta mejorar los resultados de la cirugía laparoscópica convencional, disminuyendo el dolor y mejorando la cosmética. Dado que la mayoría de la morbilidad relacionada con la incisión durante el abordaje por puerto único está asociada en nuestra serie a la cirugía de colon, hemos comenzado a realizar la extracción de la pieza a través del ano para intentar mejorar nuestros resultados. La extracción del espécimen por vía transanal es un paso hacia adelante con el fin de evitar complicaciones asociadas tales como infecciones de la herida o hernias. El objetivo es mostrar que el puerto único en la cirugía laparoscópica de

colon con extracción transanal del espécimen es una técnica alternativa, reduciendo la morbilidad de la herida quirúrgica en comparación con la misma vía de abordaje con extracción transumbilical.

**Pacientes y Métodos:** Presentamos nuestra serie de hemicolectomía izquierda por puerto único, la cual incluye 31 casos. La cirugía se realiza utilizando el dispositivo SILS a través de una incisión transumbilical transversa en todos los casos, pero la extracción de la pieza se realizó a través de la incisión umbilical en 19 casos y a transanal en 12. Los resultados fueron analizados prospectivamente a fin de detectar la morbilidad de la herida quirúrgica y otras complicaciones relacionadas con la cirugía.

**Resultados:** Ambas series fueron homogéneas siendo la longitud de la incisión mayor, con resultados estadísticamente significativa, en la extracción transumbilical (32,3 mm vs. 23,1). No se hallaron diferencias en complicaciones generales, longitud del espécimen, márgenes y número de ganglios linfáticos. En cuanto a complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica, 2 infecciones superficiales, un seroma y una hernia incisional se identificaron en el grupo donde se extrajo la muestra a través del ombligo, mientras que no se encontraron complicaciones en aquellos pacientes en los que se realizó la extracción transanal.

**Conclusiones:** La cirugía laparoscópica por puerto único del colon con extracción a través del orificio natural transanal del espécimen, es un procedimiento seguro en pacientes seleccionados y reproducibles en manos de cirujanos laparoscópicos expertos, logrando similares resultados oncológicos que la cirugía laparoscópica convencional. Los beneficios sobre la hemicolectomía izquierda por puerto único con extracción transumbilical inciden en la no necesidad de ampliar la incisión, lo que disminuye las posibilidades de desarrollar una hernia al tiempo que reduce la morbilidad asociada a la herida quirúrgica.

## Estudio observacional de hemitiroidectomía en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria

Aparicio Sánchez D, Rubio Manzanares-Dorado M, Tinoco González J, Reguera Rosal J, Muschref AR, Martos Martínez JM, Docobo Durá

*Unidad de Gestión Clínica Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

**Introducción:** Hemos realizado un estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a hemitiroidectomía realizadas en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). El objetivo del estudio es comprobar la seguridad y eficacia del régimen ambulatorio en pacientes seleccionados con alta en el mismo día de la cirugía.

**Métodos:** Se han incorporado al estudio todos los pacientes programados para hemitiroidectomía en régimen de CMA desde Noviembre de 2012 hasta abril de 2013. Los criterios de inclusión de estos pacientes en este régimen han sido: ASA I y II, menores de 60 años, sin comorbilidad grave asociada, que tuviesen afectación de un solo lóbulo tiroideo. Se incluyeron también otras patologías como 1 adenoma paratiroideo y un

quiste tirogloso. Todos cumplían criterios de inclusión en el programa de CMA (Distancia, acompañante, teléfono, etc). La hemitiroidectomía se realizó bajo anestesia habitual con Intubación orotraqueal, según técnica habitual, utilizando sellador de vasos y cierre de piel con sutura intradérmica de monofilamento. No se utilizó drenaje. El seguimiento de los pacientes se realizó durante las primeras 48h mediante entrevista telefónica. La retirada de la sutura a los 7 días en centro de salud y se volvieron a valorar en las consultas al mes de la intervención valorándose: disfonía (Parálisis recurrencial unilateral), disnea (parálisis recurrencial bilateral), complicaciones de la herida quirúrgica como hematoma, seroma e infección, Insuficiencia paratiroidea aguda (Hipocalcemia clínica y analítica) e insuficiencia tiroidea (Niveles de TSH y T<sub>4</sub>). Para el análisis estadístico se usaron análisis descriptivos y de frecuencias.

**Resultados:** En total se incluyeron en el estudio a 18 pacientes a los cuales se les realizó hemitiroidectomía (16), extirpación de adenoma paratiroideo (n=1) y extirpación de persistencia del conducto tirogloso (n=1). Todos los pacientes completaron el seguimiento desde la intervención hasta su revisión en consulta al mes. El estado preoperatorio de los pacientes fue el siguiente: edad media de 39.22 años (Rango 19-59), 17 mujeres y 1 hombre, PAAF con nódulo coloide (n=9), patrón folicular (n=4), displasia de células ductales (n=1), atipia celular o indeterminada (n=1), el ASA fue de I (22.2%) y II (77.8%). Todos los pacientes fueron alta al domicilio en el mismo día de la intervención. No hubo ningún requerimiento telefónico. No fue precisninguna ningún ingreso hospitalario ni reintervención por complicaciones en las primeras 48h postoperatorias. A partir de las 48h se registraron como complicaciones: hematoma (n=1) y seroma (n=1).

**Conclusiones:** Los pacientes intervenidos de cirugía tiroidea (hemitiroidectomía) en nuestro centro en régimen de CMA han obtenido una respuesta esperada al planteamiento realizado. Los pacientes adecuadamente seleccionados, intervenidos por cirujanos entrenados en cirugía tiroidea y seguimiento adecuado presentan unos excelentes resultados. La tiroidectomía en régimen de CMA en nuestra experiencia es un procedimiento seguro y eficaz. La mayoría de las complicaciones son leves en pacientes que cumplan unos criterios de selección. Creemos que este tipo de intervenciones en régimen de CMA puede ayudar a aumentar la eficiencia de las unidades de cirugía endocrina.

## Impacto de la superespecialización en el perfil de complicaciones en la cirugía del bocio multinodular

Durán VM, Méndez C, Pérez M, García I, Ramírez CP, Razak A, Martos JM, Padillo FJ.

*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

**Introducción:** Las complicaciones más trascendentes que suelen aparecer en la cirugía del bocio multinodular (BMN) son el hipoparatiroidismo, la lesión recurrencial y el hematoma sofocante. Aparecen más o menos frecuentemente según las características del paciente y de la propia glándula. Queremos analizar si la superespecialización en cirugía endocrina influye en el perfil de complicaciones en la cirugía del BMN.

**Material y métodos:** Analizamos el perfil de complicaciones en una muestra de 178 pacientes de entre los 1.190 intervenidos por BMN en la Unidad entre septiembre de 2001 y marzo de 2012. Se realiza un estudio descriptivo y analítico de la aparición de complicaciones en relación con las distintas variables habitualmente referidas en la bibliografía (sexo, edad, tiempo de evolución, obesidad, clínica o radiología de compresión, componente intratorácico, tamaño y peso del bocio, función, e histología) Resultados: Los pacientes fueron 20 hombres y 158 mujeres, con edad media de  $52,9 \pm 13,1$  años. La estancia media fue de  $2,4 \pm 1,2$  días. La incidencia global de complicaciones fue del 26,9%, y no se relacionó de forma estadísticamente significativa con ninguna de las variables estudiadas. La incidencia de hiperparatiroidismo transitorio fue del 19,1% y definitivo del 1,7%. Su aparición se relacionó con un mayor tamaño de bocio (grado IV) de manera estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Aunque sin significación estadística ( $p = 0,06$ ), fue más frecuente en pacientes hipotiroideos (33,3%) que en eutiroideos (22,3%) y menos en hipertiroideos (11,4%). No hubo asociación con el resto de variables. Hubo lesión recurrencial transitoria unilateral en 5 pacientes (2,8%), bilateral transitoria en uno (0,5%), que no precisó traqueostomía, y unilateral definitiva en 2 (1,2%). La única variable que se asoció de forma significativa con su aparición fue el tamaño del bocio a la exploración, siendo más frecuente en el grado IV y menos en el grado II ( $p = 0,004$ ). Sin embargo, no hubo relación con el peso del bocio. No hubo ninguna lesión recurrencial en pacientes con hipotiroidismo. Los 4 hematomas que hubo se produjeron en mujeres sin sintomatología previa compresiva, siendo más frecuentes en los bocios grado I de forma significativa ( $p < 0,05$ ). No hubo hematomas en los bocios grado III-IV. No hubo diferencias en cuanto a la función ni al resto de variables. No hubo hematomas sofocantes en los últimos 2 años del estudio. Discusión Las principales complicaciones de la cirugía del BMN son hipoparatiroidismo (0,5%-5%), lesión del nervio recurrente (1%-2%), traqueomalacia y hematoma sofocante (1-2%), aunque su incidencia y causas no son homogéneas en la bibliografía. Estos problemas se describen con más frecuencia en bocios grandes, en los BMN tóxicos y en reintervenciones. En nuestra experiencia, tanto la lesión recurrencial como el hipoparatiroidismo, ocurre más frecuentemente en bocios de tamaño mayor (grado IV) mientras que el hematoma se da más en bocios de menor tamaño (grado I). Esto último puede explicarse porque en el bocio de menor tamaño los vasos son más pequeños y presentan mayor dificultad para su control. La reducción de incidencia de hematoma en los últimos años (nula en los dos últimos), pensamos que se debe al empleo de las modernas fuentes de energía.

### Patología cervical asociada al bocio multinodular

Virginia M Durán, Cristina Méndez, Marina Pérez, Inmaculada García, Abdul Razak, Cesar Ramirez, Juan M Martos, F Javier Padillo

Unidad de Cirugía Endocrina. UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

**Introducción:** El bocio multinodular (BMN) se asocia en su presentación a diversas patologías, de las que las más conocidas son el carcinoma oculto y el hiperparatiroidismo. Presentamos nuestra experiencia al respecto. Pacientes y método: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes intervenidos por bocio multinodular mediante tiroidectomía total (en uno o dos tiempos) entre septiembre de 2001 y marzo de 2012

**Resultados:** Se ha estudiado una base de datos de 1.382 pacientes intervenidos por bocio multinodular en el periodo estudiado, de los que 1.190 fueron válidos, 154 hombres (12,9%) y 1036 mujeres (87,1%) con una media de edad de  $54,03 \pm 13,07$  años. La prevalencia de carcinoma oculto fue del 7,5% (89/1190). No hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres ni en la edad en los pacientes con y sin carcinoma. Cuatro pacientes presentaron dos carcinomas distintos asociados y uno presentó un carcinoma asociado a un adenoma trabecular hialinizante. En 30 pacientes se realizaron intervenciones asociadas. Tres pacientes presentaban quiste del conducto tirogloso que se trató en el mismo acto quirúrgico. Fueron dos varones y una mujer, con una edad media de 63 años. Veintisiete pacientes presentaron hiperparatiroidismo primario (2,3%), siendo todas mujeres ( $p = 0,003$ ) practicándose 25 paratiroidectomías de una glándula y 1 subtotal. No hubo incidencias en relación con la intervención de la patología asociada. La estancia media postoperatoria de los pacientes en que se realizó otra intervención no difirió significativamente de la de los pacientes en los que solo se presentó tiroidectomía, salvo en el caso de la paciente a la que se practicó paratiroidectomía subtotal en la que la estancia fue significativamente más larga ( $p < 0,05$ ). No hubo asociación entre la presencia de carcinoma oculto y otra patología. Tampoco hubo asociación entre la función del bocio y la aparición de patología asociada. En el estudio histológico, un 14% de casos presentaron signos de tiroiditis crónica.

**Discusión:** La aparición de carcinoma oculto es un hecho conocido en el BMN desde los años 60, habiendo seguido la comunidad científica el camino del péndulo en su valoración, pasando de una alarma inicial, al escepticismo en los años 80-90. Sin embargo, en los últimos años ha habido un nuevo interés y preocupación por esta entidad. La incidencia en nuestra serie se sitúa en el rango medio-inferior de las cifras que se observan habitualmente en la bibliografía. El hiperparatiroidismo también ha presentado una asociación con el bocio conocida desde hace años, siendo más frecuente en el BMN que en la población general, aunque nos llama la atención que en nuestra serie solo haya aparecido en mujeres. Por último, podemos concluir que la patología asociada al bocio multinodular puede resolverse de forma segura en el mismo acto quirúrgico, sin que ello afecte a la evolución del paciente.

### Carcinoma de paratiroides: analisis de nuestra serie

Rocío Soler-Humanes, Luis Ocaña-Wilhelmi, Luis C. Hinojosa, Enrique Glückmann-Maldonado, José Rivas-Marín, Francisco Villuendas

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

*Introducción:* el carcinoma de paratiroides es un tumor muy inusual, suponiendo el 1% de todos los hiperparatiroidismos primarios. Se presentan habitualmente en las glándulas paratiroides de localización normal o en glándulas ectópicas. La mayoría son hormonalmente funcionantes e hipersecretan hormona paratiroidea, por lo que los pacientes presentan una importante clínica de hipercalcemia. Las técnicas de imagen (ECO / Sestamibi) ayudan en la localización, pero poco en el diagnóstico de malignidad, no estando recomendada la PAAF. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, incluso de la recurrencia (ocurre en más del 50% de los casos).

*Material y métodos:* presentamos nuestra serie, recopilada en los últimos dos años, y que cuenta con cinco casos. Todas fueron mujeres y con edades comprendidas entre los 40 y los 79 años. La forma de presentación fue variada (nefrolitiasis, pancreatitis, fracturas patológicas, insuficiencia renal, nefrocalcinosis, etc.), pero en todos los casos las pacientes estaban muy sintomáticas dada la importante hipercalcemia que presentaban. En tres de los casos la sospecha de carcinoma era muy alta (clínica, nivel de PTH), el cuarto era una recidiva y en el quinto fue el hallazgo intraoperatorio de una tumoración paratiroidea parcialmente intratiroidea e indistinguible del tejido tiroideo lo que nos hizo abordarla como si de un carcinoma se tratara. En los cinco casos el tratamiento fue radical para el carcinoma paratiroideo, realizando exéresis de la tumoración, lobectomía tiroidea homolateral, istmectomía, vaciamiento ganglionar nivel VI homolateral y resección tímica, y en un caso resección del nervio laríngeo recurrente, ya que estaba infiltrado y englobado en el tumor (esta paciente ya tenía confirmada la parálisis recurrencial de ese lado).

*Resultados:* el postoperatorio cursó sin incidencias, excepto en la paciente en que resecamos el nervio, que precisó de una traqueostomía a las 48 horas de la intervención, debido a su insuficiencia respiratoria. Todas mejoraron se sus síntomas (incluso la traqueostomía ya está cerrada) y no han recidivado. Previa a la intervención y a los 15 minutos de la exéresis se realizaron determinaciones de PTH turbo, con un descenso muy apreciable de la misma. La confirmación histopatológica situó a los casos en los diferentes patrones descritos para el carcinoma de paratiroides. La paciente recidivada recibía su tercera intervención, y no fue hasta esta vez que recibió un tratamiento correcto, no presentando recidiva tras dos años. No hemos tenido mortalidad.

*Conclusiones:* El carcinoma de paratiroides es muy inusual, siendo el diagnóstico preoperatorio de seguridad muy difícil. Es por ello que ante la duda razonable de que estemos ante un carcinoma de paratiroides hay que realizar un tratamiento quirúrgico completo, con la aspiración de márgenes quirúrgicos negativos. Es la forma de tratar de evitar la recidiva de la enfermedad, que se produce en un alto porcentaje de casos, tal vez por no recibir el tratamiento inicial correcto. Parece correcto que el tratamiento y seguimiento de estos casos deba realizarse en Unidades de Cirugía Endocrina con experiencia en una patología que es tan poco frecuente.

### **Fistula linfática cervical tras linfadenectomía central en cancer papilar tiroideo**

Grasa González F., Gómez Sánchez T., Elmalaki Hossain L., Romero Gallego D., Saenz de Tejada P., Ruiz de Gopegui M., Sánchez Rel

*Hospital Punta de Europa (Algeciras, Cádiz)*

*Introducción:* La fistula linfática (FL) tras las disecciones de cuello es una entidad poco frecuente, su diagnóstico puede establecerse intra o extraoperatoriamente, siendo en un 80% su detección postoperatoria. El manejo de la FL aún no está totalmente establecido, si bien, la mayoría de las escuelas recomiendan un tratamiento conservador, con medidas de soporte nutricional con triglicéridos de cadena media (TCM) y nutrición parenteral total. Existen nuevas líneas de investigación basada en el uso de somatostatina y sus derivados, etilnefrina o escleroterapia. Cuando estas medidas fracasan, el tratamiento quirúrgico se propone como alternativa.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una paciente intervenida de carcinoma papilar tiroideo con linfadenectomía central cervical, que sufre de fuga linfática en el postoperatorio. Las maniobras empleadas para el diagnóstico fueron la anamnesis y exploración física asociada a pruebas radiológicas complementarias, que evidenciaron una colección cervical que fue drenada percutáneamente evidenciándose emisión de líquido linfático. Se deja drenaje cervical y se toman muestras representativas con resultado de colesterol total de 108 mg/dL y triglicéridos 3415 mg/dL, por lo se le diagnostica de fuga linfática cervical postlinfadenectomía de compartimento central cervical. El postoperatorio presenta débito abundante linfático, realizándose dos curas locales diarias con instilación por el drenaje de solución con suero y povidona yodada al 10%, manteniendo el drenaje pinzado durante 15 minutos tres veces al día. La dieta empleada se basó en preparados comerciales ricos en TCM y otros suplementos nutricionales exentos de lípidos, hasta comprobarse el descenso del débito, siendo retirado el drenaje una vez no se evidenciaba emisión de linfa y tras control radiológico mediante TAC cervico-torácico con contraste endovenoso, que descartaba colecciones. Dada la buena evolución de la paciente se procede al alta hospitalaria, siendo derivada a CCEE Cirugía General y Ap. Digestivo, recibiendo un listado con recomendaciones dietéticas, de acuerdo con Servicio de Endocrinología, en la que se aconsejaba el consumo moderado de grasas en la dieta, destacando la restricción de TCL. En el momento actual la paciente continua asintomática.

*Conclusiones:* El empleo de curas locales diarias con instilación por el drenaje de solución con suero y povidona yodada al 10%, asociado a la aplicación de una dieta elemental suplementada con TCM, es un tratamiento útil en el manejo de la FL postlinfadenectomía cervical.

### **Microcarcinoma papilar sobre adenoma de células de Hürtle. Revisión del manejo del carcinoma papilar**

Jose David Romero Gallego, Lotfi Elmalaki Hossain, David Sánchez Relinque, Tatiana Gómez, Federico Grasa, Emilio García Romero

*Hospital Punta de Europa. Algeciras*

**Introducción:** El Carcinoma papilar es el tipo histológico más frecuente de Cáncer Diferenciado de Tiroides (80%), con una supervivencia del 93% a los 10 años. Suelen presentarse como nódulo tiroideo solitario, basándose el diagnóstico en la ecografía y la PAAF. El microcarcinoma papilar se encuentra frecuentemente como hallazgo casual tras una cirugía tiroidea por un nódulo benigno, siendo su recurrencia del 1 al 6%, (dependiendo si son uni o multifocales) y su mortalidad cercana a cero.

**Objetivos:** Exponer un algoritmo sobre el manejo y tratamiento del Carcinoma Papilar, según la bibliografía actual, a propósito de un caso de microcarcinoma papilar sobre Adenoma de células de Hürtle.

**Caso Clínico:** Mujer de 48 años con antecedentes de histerectomía por neoplasia de cérvix hace dos años que acude por un nódulo en Lóbulo Tiroideo Izquierdo (LTI) de 3,25x1,72cm asintomático, con perfil tiroideo normal, diagnosticado de forma casual por ecografía cervical, siendo el resto del tiroides normal. La PAAF sugiere Adenoma de Células de Hürtle. Se interviene a la paciente realizándose una Hemitiroidectomía Izquierda con Ismectomía y biopsia intraoperatoria compatible con adenoma de células de Hürtle. La evolución postoperatoria fue satisfactoria dándose el alta a las 24 horas. El análisis de anatomía patológica reveló que se trataba de un adenoma de células de Hürtle de 3,2 cm con focos de microcarcinoma papilar, menor de 1mm, sin invasión capsular ni vascular, por lo que se optó, según el protocolo, por seguimiento ambulatorio.

**Resultados:** Tras realizar una revisión bibliográfica de los últimos 5 años presentamos un algoritmo sencillo y muy protocolizado sobre el manejo del Carcinoma papilar.

**Conclusiones:** El Carcinoma papilar es una patología relativamente frecuente cuyo tratamiento incluye desde observación tras hemitiroidectomía previa hasta tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar. Por ello es muy importante disponer y conocer un protocolo actualizado sobre el manejo del mismo

**QUINTA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES****Impacto sobre la recurrencia y supervivencia de los tumores multicéntricos en el cáncer de mama**

Gómez Luque I, Navarro Rodríguez E, Rioja Torres P, Bascuñana Estudillo G, Cosano Álvarez A, Álvarez Benito M, Rufián Peña S.

*H.U. Reina Sofía (Córdoba)*

**Introducción:** La indicación de la biopsia selectiva del ganglio centinela en tumores multifocales y multicéntricos en el cáncer de mama sigue siendo debatido. Numerosos estudios han mostrado mayor que estos tumores tienen mayor riesgo asociado de afectación ganglionar. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la tasa de recurrencia y supervivencia en estos pacientes con una mediana de seguimiento de 5 años.

**Material y métodos:** De un registro de 870 pacientes conse-

cutivas diagnósticas de cáncer de mama en las que fue llevada a cabo la biopsia selectiva del ganglio centinela, fueron identificados 70 casos de tumores multifocales. Se analizaron las tasas de recurrencia en el grupo de tumores multifocales mediante comparación de curvas de Kaplan meier.

**Resultados:** El 96,8% y 87,7% de las pacientes permanecieron libres de enfermedad a los 2 y 5 años respectivamente (4 casos de recurrencia), mientras que no se presentó ningún caso de muerte en este grupo. Al comparar las curvas de recurrencia por el método Kaplan meier, la multifocalidad tumoral no se asoció a un mayor riesgo de recurrencia de enfermedad ( $p=0,700$ ). La multifocalidad tumoral se asoció también a edad al diagnóstico menor de 40 años ( $p=0,047$ ), afectación tumoral de los ganglios axilares ( $p=0,003$ ) y ganglio centinela presente en otras cadenas además de la axilar ( $p=0,027$ ).

**Conclusiones:** El uso de la biopsia selectiva del ganglio centinela constituye una herramienta de estadiaje viable y segura en el cáncer de mama multifocal, sin haber demostrado mayores tasas de recurrencia o mortalidad a 5 años de seguimiento. Sin embargo, la elevada proporción de pacientes con ganglios positivos en este grupo y menores de 50 años, hace que deban ser considerados un grupo de riesgo.

**Factores asociados a recurrencia de enfermedad en pacientes con cáncer de mama y biopsia selectiva del ganglio centinela negativ**

Navarro Rodríguez E, Gómez Luque I, Bascuñana Estudillo G, Rioja Torres P, Cosano Álvarez A, Álvarez Benito M, Rufián Peña S.

*HU Reina Sofía, Córdoba*

**Introducción:** La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) se ha convertido en el gold standard para el estadiaje axilar en pacientes con cáncer de mama en estadios tempranos. En los casos de BSGC negativa, los pacientes no reciben linfadenectomía axilar y aunque se acepta que existe una tasa aproximada de un 5% de falsos negativos, los estudios presentados hasta la actualidad han reflejado escasa incidencia de recurrencia axilar. El objetivo de nuestro estudio fue determinar factores de riesgo para recurrencia loco-regional y a distancia en este grupo de pacientes.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo iniciado en 2006 hasta Noviembre de 2011 en el que fueron incluidas 607 pacientes con cáncer de mama en estadios tempranos y BSGC negativa con un seguimiento de 5 años. Usamos el método de Kaplan-Meier para analizar la recurrencia de enfermedad y supervivencia, utilizando log rank para el análisis univariante y desarrollamos un modelo multivariante de Cox para identificar factores de riesgo asociados.

**Resultados:** La tasa de recurrencia fue del 98,5% y 96,3% a 2 y 5 años respectivamente, mientras que la tasa de supervivencia fue del 99,7% y 99,2% a 2 y 5 años. En el análisis univariante fueron identificados como factores de riesgo la ausencia de receptores hormonales ( $p=0,007$ ), el grado histológico II y III ( $p=0,012$ ), tumores mayores de 2 cm ( $P=0,001$ ), la presencia de necrosis tumoral ( $p<0,001$ ), infiltración linfo-



plasmocitaria tumoral ( $p=0,003$ ), infiltración vascular venosa ( $p=0,041$ ) y la infiltración vascular linfática ( $p=0,009$ ). En el análisis multivariante la infiltración vascular linfática (HR 3,465; IC 95% [1,138- 10,548]  $p=0,029$ ), el tamaño tumoral mayor de 4cm (HR 4,349; IC 95% [1,399-13,522]  $p=0,011$ ) y la infiltración linfoplasmocitaria tumoral (HR 3,061; IC 95% [1,177-7,962]  $p=0,022$ ).

**Conclusiones:** Los resultados de recurrencia y supervivencia para pacientes con BSGC negativo para malignidad son aceptablemente bajos. Sin embargo, existen factores pronósticos asociados a mayores tasas de recurrencia que pueden ayudar a identificar pacientes con mayor riesgo e influir en el manejo terapéutico sistémico adyuvante.

### Evaluación de la supervivencia y recurrencia de enfermedad en pacientes con BSGC en tumores mayores de 2 cm por cáncer de mama

Gómez Luque I, Navarro Rodríguez E, Bascuñana Estudillo G, Rioja Torres P, Cosano Álvarez A, Álvarez Benito M, Rufián Peña S.

*HU Reina Sofía, Córdoba*

**Introducción:** Ha sido bien documentado en la literatura que el tamaño tumoral tiene influencia sobre el pronóstico de la enfermedad y se asocia a mayor incidencia de afectación tumoral ganglionar. La Biopsia selectiva del ganglio centinela fue reservada en sus inicios para tumores menores de 2cm, sin embargo, en los últimos años se acepta como una técnica de estadíaje axilar segura para tumores T2. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la tasa de recurrencia y supervivencia en estos pacientes con una mediana de seguimiento de 5 años y la identificación de posibles factores pronósticos de recurrencia de la enfermedad.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo a partir de un registro de 889 pacientes consecutivas diagnosticadas de cáncer de mama en las que se realizó biopsia selectiva del ganglio centinela, fueron identificados 371 casos con un tamaño tumoral de entre 2 y 5 cm. Se analizaron las tasas de recurrencia y supervivencia para este grupo de pacientes mediante comparación de curvas de Kaplan meier y un análisis de regresión Cox fue usados para evaluar factores pronósticos de recurrencia.

**Resultados:** Los tumores mamarios mayores de 2 cm fueron asociados estadísticamente significativa con el tipo histológico lobulillar infiltrante ( $p<0,001$ ), edad menor de 50 años ( $p<0,001$ ), el grado histológico 2 y 3 ( $p<0,001$ ), necrosis tumoral ( $p=0,020$ ), infiltración linfática ( $p<0,001$ ), presencia de ganglios axilares positivos ( $p<0,001$ ) y macrometástasis ( $p<0,001$ ). Las tasas de supervivencia libre de enfermedad en pacientes con tumores mayores de 2 cm fueron del 96,5% y 90,8% a los 2 y 5 años respectivamente, mientras que las tasas de supervivencia fueron del 99,4% y 98,3% a los 2 y 5 años respectivamente. Tanto las tasas de recurrencia como de supervivencia fueron significativamente más bajas en el grupo de pacientes con tumores entre 2 y 5 cm respecto del grupo con tumores menores de 5 cm. En el análisis multivariante

la presencia más de 2 ganglios metastáticos (OR 2,825 (1,148 – 6,954)  $p=0,024$ ) y la necrosis tumoral (OR 4,184 (1,949 – 8,980)  $p<0,001$ ) fueron identificados como factores pronósticos de recidiva loco-regional o a distancia.

**Conclusiones:** Los tumores mamarios mayores de 2 cm constituyen un factor de peor pronóstico en términos de recurrencia y supervivencia, y la asociación a otros factores como la existencia de metástasis en los ganglios axilares o necrosis tumoral identifican pacientes con mayor riesgo de recidiva y podría influir en el manejo terapéutico sistémico adyuvante.

### Score predictivo de recurrencia de enfermedad en pacientes con macrometástasis en el ganglio centinela: una herramienta adicional

Navarro Rodríguez E, Gómez Luque I, Bascuñana Estudillo G, Rioja Torres P, Cosano Álvarez A, Álvarez Benito M, Rufián Peña S.

*HU Reina Sofía, Córdoba*

**Introducción:** En el manejo de pacientes con cáncer de mama la linfadenectomía axilar como parte del tratamiento quirúrgico constituye el gold standard para el estadíaje y control regional de la enfermedad cuando la biopsia selectiva del ganglio centinela es positiva. Recientes estudios han preconizado que existe un grupo de pacientes con ganglio centinela positivo que en ausencia de otros factores de riesgo podrían beneficiarse de omitir el vaciamiento axilar. Nuestro objetivo fue desarrollar un score para estratificar el riesgo de rediviva loco-regional o a distancia en pacientes con cáncer de mama y macrometástasis en el ganglio centinela.

**Material y métodos:** Fue realizado un análisis sobre una base de datos prospectiva de 889 pacientes con cáncer de mama en estadíos tempranos entre enero de 2006 y noviembre de 2011. La mediana de seguimiento fue de 5 años. A cada factor predictor independiente le fue asignado una puntuación proporcional a la Odds ratio estimada mediante un modelo de COX, que dividió a la muestra en 2 categorías: Grupo de pacientes de bajo riesgo sin necesidad de completar linfadenectomía vs grupo de pacientes de alto riesgo en los que la linfadenectomía axilar debe ser completada.

**Resultados:** Ocho factores predictivos de riesgo para recurrencia loco-regional fueron incluidos en el modelo de Cox y por tanto en el score ( $p<0,005$ ) para recomendar linfadenectomía axilar: presencia de necrosis tumoral, ausencia de p53, receptor her2neu negativo, infiltración linfoplasmocitaria moderada o severa, presencia de más de 2 ganglios positivos, tamaño tumoral mayor de 3 cm, receptores hormonales de estrógenos y progesterona negativos e infiltración vascular linfática positiva.

**Conclusiones:** El modelo de estratificación de riesgo fue altamente predictivo de recurrencia en nuestra muestra. Esta fórmula proporciona una guía de selección de pacientes que habiendo presentado macrometástasis en el ganglio centinela podrían ser candidatos a evitar la linfadenectomía axilar.

### Efectividad del Tachosil para reducir la formación de serosa tras linfadenectomía axilar por cáncer de mama: estudio de casos-co

Díaz Jiménez N, Navarro Rodríguez E, Gómez Luque I, Rioja Torres P, Bascuñana Estudillo P, Álvarez Benito M, Rufián Peña S.

*HU Reina Sofía, Córdoba*

**Introducción:** La linfadenectomía axilar continúa siendo un procedimiento frecuente en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama para determinar el estado de los ganglios axilares en estadios avanzados de enfermedad y la más frecuente de sus complicaciones es el desarrollo de serosa que se asocia a otras complicaciones como infección o dehiscencia de herida, prolongando la estancia hospitalaria y retrasando el inicio de la terapia sistémica. Este estudio evaluó el uso de Tachosil como tratamiento adyuvante para disminuir el débito de drenajes, estancia hospitalaria y número de punciones de seroma axilar postoperatorio, además de un análisis de costes.

**Pacientes y métodos:** Desde Marzo de 2008 a Diciembre de 2011 un total de 86 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama N+ que recibieron linfadenectomía axilar asociada a mastectomía o cirugía conservadora de la mama se les asoció Tachosil en el lecho axilar. Usando una base de datos de 342 pacientes con cáncer de mama N+ con indicación del mismo procedimiento quirúrgico sin uso de parches hemostáticos, se utilizó un diseño con emparejamiento 2 a 1, cada paciente con tachosil asociado en la cirugía fue emparejado a 2 pacientes sin éste. Análisis de regresión múltiple y logística fueron usados para evaluar los resultados postoperatorios.

**Resultados:** Las características basales de ambos grupos fueron correctamente emparejadas ( $p < 0,05$ ). El grupo de pacientes en el que se usó Tachosil mostró una reducción significativa de volumen de drenaje axilar con una media de 326,69 ml frente a 473,89 ml en el grupo control ( $p = 0,000$ ); La media de duración de drenaje axilar fue de 4,5 días (rango 2 a 12) y de estancia hospitalaria fue de 4,1 días (rango 2 a 12) fueron estadísticamente significativas menores ( $p = 0,001$ ). El 24,5% de los pacientes en el grupo con Tachosil necesitaron punciones evacuativas posteriores frente al 51,2% de pacientes en el grupo control ( $p = 0,000$ ). En el análisis multivariante el uso de Tachosil fue un factor predictor de reducción de volumen de drenaje axilar (OR -142'794, 95% CI -186'983 to -98'606,  $p = 0'000$ ), reducción de estancia hospitalaria (OR -0'760, 95% CI -1'206 to -0'314,  $p = 0'001$ ) y reducción del número de punciones evacuativas de seroma (OR 3'791, 95% CI 2'068 to 6'951,  $p = 0'000$ ). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en términos de costes hospitalarios entre ambos grupos ( $p = 0,490$ ).

**Conclusiones:** El uso de Tachosil asociado a la linfadenectomía axilar constituye una opción de tratamiento segura y útil que disminuye el débito de líquido seroso en el drenaje axilar, acelera la retirada de drenajes y disminuye la estancia hospitalaria sin suponer un aumento de los costes respecto al grupo control. Además el grupo de pacientes con Tachosil asociado necesitó un menor número de punciones de colección de fluido seroso axilar lo que supone menor incidencia de seroma sintomático y menor número de visitas hospitalarias posteriores, que se traduce en menos costes y un postoperatorio más confortable para los pacientes.

### Colgajo tvram: una solución para grandes defectos perineales tras exenteración pélvica

Rafael Delgado Estepa, Joaquín Navarro Cecilia, Carolina Luque López, Javier Gutiérrez Sainz, Basilio Dueñas Rodríguez, Rocío Polo Muñoz.

*Complejo Hospitalario de Jaén*

La exenteración pélvica total tras radioterapia se acompaña de una alta tasa de complicaciones de la herida perineal. En esta comunicación se exponen los resultados de la reconstrucción perineal con una modificación de un colgajo miocutáneo de músculo recto abdominal en una paciente con cáncer cloacogénico anal recurrente y exenteración pélvica con gran resección cutánea. La quimio-radioterapia es el tratamiento de elección en pacientes con cáncer epidermoide del canal anal, logrando una supervivencia a 5 años entre el 60-92%. En el 10-29% de los casos habrá persistencia o recurrencia local de la enfermedad. En estas situaciones la resección abdomino-perineal o exenteración pélvica permanecen como una parte importante del arsenal terapéutico obteniendo unos índices de supervivencia a los 5 años entre el 30-75%. El incremento del riesgo de complicaciones de la herida perineal por radioterapia previa y la exéresis perineal amplia frecuentemente requerida para obtener unos márgenes libres de enfermedad, hacen necesario la utilización de diferentes procedimientos con el fin de mejorar el cierre y la curación del defecto perineal. No registramos complicaciones de la herida abdominal. La curación de la herida perineal fue completa y la estancia postoperatoria fue de 14 días. La resección del tumor fue completa (RO). Tras un seguimiento de 15 meses, la paciente permanece viva sin objetivarse complicaciones ni recurrencia del cáncer. Las principales alternativas quirúrgicas para la reconstrucción del periné incluyen colgajos miocutáneos de músculo recto anterior del abdomen (MRA), músculo gracilis y músculo glúteo. El uso del colgajo de recto anterior es esencial cuando nos planteamos una resección extensa perineal, con amplios márgenes, para la exéresis del canal anal. El procedimiento es de rápida ejecución, no precisa del cambio posicional del paciente, incluye un excelente pedículo vascular, permite un arco de rotación extenso que facilita su fácil acceso a la cavidad pélvica y al defecto perineal, es extenso, voluminoso y suficiente para llenar el espacio pélvico y no interfiere con la realización concomitante de estomas. En nuestra opinión el colgajo de VTRAM es un procedimiento seguro, fácil de realizar y con una morbilidad aceptable y debería ser considerado para la reconstrucción perineal tras exenteración pélvica total en pacientes con cáncer anal persistente o recurrente.

### Mamoplastia de reducción: descripción de tres técnicas

Rafael Delgado Estepa, Joaquín Navarro Cecilia, Carolina Luque López, Basilio Dueñas Rodríguez, Crisóstomo Ureña Tirao, Rocío Polo Muñoz

*Complejo Hospitalario de Jaén*

La historia de la mamoplastia de reducción para el tratamiento de las hipertrofias mamarias se inicia en el siglo XX

tras los avances en la anestesia y los cambios en la moral de la sociedad. Las primeras técnicas que se realizaron llevaban a cabo amputaciones parciales incluyendo el complejo areola-pezones y con el tiempo realizando trasposiciones del mismo

La contribución de estos primeros cirujanos a la mamoplastia de reducción, tal y como hoy la conocemos podemos dividirla en: –Injerto del complejo areola-pezones libre en grandes hipertrofias mamarias. –Trasposición del complejo areola-pezones a una posición más alta. –Desepitelización alrededor de la areola. –Resección en cuña bajo la areola. –Incisiones en T invertida, L; horizontal en el surco submamario, vertical. Las mamoplastias de reducción se pueden dividir según el tipo de incisión a realizar y la cicatriz resultante. Básicamente vamos a poder llevar a cabo tres tipos de incisiones: a) periareolar: Se trata de una técnica que se utiliza para mamas ligeramente hipertróficas, con base de implantación pequeña o moderada, sin ptosis. Presenta como desventajas: sus limitadas indicaciones y la poca proyección de la mama. b) vertical: Indicada en hipertrofias moderadas con grados de ptosis moderadas. Tiene como ventajas que presenta una gran proyección de la mama, y evita la cicatriz horizontal; su principal inconveniente es que puede dejar una cicatriz que sobrepase el surco submamario. c) en T invertida: Técnica indicada para todo tipo de hipertrofias, ligeras, moderadas y grandes. Como desventaja, la cicatriz resultante que queda. En nuestra Unidad se utilizan habitualmente para las hipertrofias mamarias bilaterales la técnica en T invertida o la cicatriz en J. En cuanto a la T invertida (o patrón de Wise), utilizamos dos tipos de pedículos dermoglandulares: El inferior de relleno con colgajo superomedial de CAP, y el superomedial dermoglandular. En esta comunicación se ponen de manifiesto estas tres técnicas, con su descripción, ventajas e inconvenientes de las mismas.

## Mastectomía ahorradora de piel y cap según la unidad de patología mamaria del Complejo Hospitalario de Jaén

Rafael Delgado Estepa, Joaquín Navarro Cecilia, Carolina Luque López, Basilio Dueñas Rodríguez, Juan Jiménez Anula, Crisóstomo Ureña Tirao, Manuel Capllonch Blanco, Rocío Polo Muñoz.

*Complejo Hospitalario de Jaén*

**Introducción:** Desde la introducción de la cirugía conservadora de la mama y la quimioterapia neoadyuvante, la incidencia de las mastectomías han ido disminuyendo, pero todavía son inevitables en tumores desproporcionados con respecto al tamaño de la mama o multicéntricos, en aquellas con alto riesgo familiar o personal, cuando haya contraindicación de radioterapia postoperatoria o bien si la preferencia de la paciente es una mastectomía de entrada. La mastectomía ahorradora de piel es aquella que conserva la máxima cantidad de piel y mantiene el surco submamario; facilita la reconstrucción inmediata y se consigue mejor simetría, aspecto natural de la mama (sobre todo en las de incisiones mínimas), o corrección de ptosis (patrones de mamoplastia) y mayor satisfacción de la paciente.

**Material y métodos:** En los últimos años se han incrementa-

do las reconstrucciones mamarias inmediatas con el objetivo de dar una mejor calidad de vida a las pacientes sometidas a una mastectomía, ya que parece disminuir la morbilidad psicológica y se obtiene unos buenos resultados estéticos. Además se ha probado que la reconstrucción inmediata, comparada con la diferida, mejora la relación coste/efectividad (eficiencia) ya que requiere una sola operación y un único ingreso hospitalario, y disminuye las bajas laborales por enfermedad. Como en otros tipos de tratamientos quirúrgicos, la mejora en los resultados estéticos ha sido significativa y, en parte, se ha debido a la demanda de las propias pacientes. La mastectomía ahorradora de piel y complejo areola pezones (CAP), donde se conserva la piel natural, areola y pezones de la paciente con la intención de una reconstrucción inmediata, es el resultado máximo de estas tendencias. En este tipo de mastectomía se conserva toda o casi toda la piel y el surco submamario, por lo que la reconstrucción mamaria ha pasado de ser un proceso de formación de una mama a un proceso de rellenar una mama. Describimos los tipos de incisión, que variarán según el tamaño y la configuración de la mama afecta y de la contra lateral, del tamaño y la localización del tumor, de la localización de la biopsia previa y de la preferencia del cirujano, y se deben planear siempre con vistas a una reconstrucción mamaria inmediata. Las incisiones más utilizadas son la hemiareolar, vertical lateral, vertical central y por el surco submamario. En nuestra Unidad utilizamos principalmente el abordaje vertical por la línea axilar anterior, lo que facilita la ocultación de la cicatriz y permite el acceso axilar, tanto de la biopsia selectiva de ganglio centinela, como de la linfadenectomía axilar, evitando así seromas por licuefacción de la grasa remanente.

- Realizar un abordaje con la menor incisión cutánea que no dificulte cirugía
- El tratamiento de los tejidos es básico, incluso corrigiendo las abrasiones que se producen por el instrumental separador de los tejidos mediante extirpación de los labios de la herida previa y con incisiones mediales a lo marcado que posteriormente se amplían.
- Uso del electrobisturí en función corte para minimizar la temperatura que alcanzan los tejidos adyacentes a la línea de disección, evitando así seromas por licuefacción de la grasa remanente.
- La mastectomía ahorradora de piel y CAP con patrones de mamoplastia deben realizarse en pacientes seleccionadas, pues aumenta el riesgo de complicaciones por disminución del aporte vascular. Por esto, cada vez más postergamos el patrón cutáneo de mastopexia o reducción, sobre todo en pacientes con ptosis grado III, fumadoras, diabéticas, ancianas o piel con cambios tróficos.
- Es interesante pesar la pieza para ayudarnos a la elección de los implantes, que pueden ser de perfil bajo, medio o alto según la proyección de la mama contra lateral.
- La simetrización contra lateral es un procedimiento de rutina que facilita un resultado estético final adecuado, pues aunque la gama de implantes es muy amplia, no siempre es posible adecuar la prótesis a las dimensiones de la mama contra lateral.

**Conclusiones:** Es un procedimiento seguro desde el punto

de vista oncológico, facilita la reconstrucción de la mama con una forma más natural y simétrica con escasos cambios en el color dérmico, disminuyendo la morbilidad psicológica y obteniendo unos buenos resultados estéticos. La radioterapia postoperatoria puede empeorar el resultado reconstructivo, pero no representa una contraindicación absoluta.

**Bibliografía:** 1. Downes KJ, Glatt BS, Kanchwala SK, Mick R, Fraker DL, Fax KR, et al. Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction is an acceptable treatment option for patients with high-risk breast carcinoma. *Cancer*. 2005;103:906-13.

2. Toth BA, Lappert P. Modified skin incisions for mastectomy: the need for plastic surgical input in preoperative planning. *Plast Reconstr Surg*. 1991;87:1048-53.

3. Malata CM, Hodgson EL, Chikwe J, Canal AC, Purushotham AD. An application of the LeJour vertical mammaplasty pattern for skin-sparing mastectomy: a preliminary report. *Ann Plast Surg*. 2003;4:345-50.

4. Skoll PJ, Hudson DA. Skin-sparing mastectomy using a modified Wise-pattern. *Plast Reconstr Surg*. 2001;110:214-7.

5. Hultman CS, Daiza S. Skin-sparing mastectomy flap complications after breast reconstruction: review of incidence, management, and outcome. *Ann Plast Surg*. 2003;50:249-55.

6. Carlson GW, Styblo TM, Lyles RH, Bostwick J, Murray DR, Staley CA, et al. Local recurrence after skin-sparing mastectomy: tumor biology or surgical conservatism? *Ann Surg Oncol*. 2003;10:108-12.

7. Meretoja TJ, Rasia S, Van Smitten KAJ, Asko-Seljavaara SL, Kuokkanen HOM, Jahkola TA. Late results of skin-sparing mastectomy followed by immediate breast reconstruction. *Br J Surg*. 2007;94:1220-5.

8. Agrawal A, Sibbering DM, Courtney CA. *Skin sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: A review*. *Eur J Surg Oncol*. 2013 Jan 17. doi:pii: S0748-7983(12)01374-1. 10.1016/j.ejso.2012.12.015.

### Politraumatismo toraco-abdominal por asta de toro

L Parra López, JJ Segura Sampedro, G Jiménez Riera, C Maya, S García Ruiz, A Barranco, M Socas, F Pareja Ciuró, FJ Padillo Ruiz

*Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Presentamos el caso de un politraumatismo toracoabdominal con múltiples heridas por asta de toro. Analizaremos el manejo realizado siguiendo el método ATLS

1. Vía aérea con control de la columna cervical: Vía aérea permeable. No porta ningún dispositivo de control de columna cervical (tabla espinal, collarín...): No disponibilidad por dimensiones del paciente. Se coloca collarín de Philadelphia. Rx cervical que excluye lesiones a ese nivel.

2. Respiración y ventilación: Ventilación espontánea, adecuada. Saturaciones 98% con Ventimask, Neumotórax abierto por herida torácica soplante paraesternal derecha. Se realiza Rx Tórax No Obstrucción de vía aérea: - Alteraciones hemodinámicas: Hemotórax masivo: ? / Taponamiento cardíaco: Descartado por ECOCARDIO Neumotórax Abierto: Sellado

del defecto con apósito con vaselina fijado por tres puntos (Se procedió al taponamiento completo del defecto.) Colocación de drenaje torácico lejos de la herida. Cierre de la herida. ¿Hemotórax? Si se asocia a lesión del parénquima pulmonar. Criterios toracotomía. (Se colocó tubo de tórax en quirófano con salida de 300 cc de sangre. Se decidió toracotomía y sutura de laceración pulmonar en LID.)

3. Circulación con control de hemorragia: Estable hemodinámicamente sin aminas. Reanimación con fluidoterapia: (Taponamiento manual de herida en cara interna de muslo izquierdo con sangrado profuso, 2l de Ringer Lactato. TA: 110/80 mmHg, Sonda vesical. Control de Diuresis, se realiza ECOcardio que descarta Taponamiento cardíaco. Actitud Quirúrgica torácica: Hemoneumotórax abierto derecho post-traumático: Toracotomía a pesar de débito < 1.500 cc y < 200 cc/hora. Limpieza/Hemostasia. Drenaje de cavidad torácica derecha. Reducción de Fracturas costales (4º/5º arcos costales derechos). Sutura de laceración pulmonar en LID. Actitud Quirúrgica abdominal: Evisceración: Laparotomía media exploradora. Asas evisceradas de yeyuno no viables/perforadas. Resección. Anastomosis manual LL isoperistáltica. Revisión del resto de paquete abdominal: Indemne. Retroperitoneo abierto entre raíz del mesenterio y colon derecho: salida de sangre roja/coágulos. Cirujano Vascular: Clampaje aórtico que se complica con sangrado venoso de difícil control. Ligadura de mesentérica superior. Cese del sangrado. Drenaje: drenaje de Taut izquierdo yuxta anastomótico y aspirativo derecho en Douglas. Cierre por planos: Al cierre las asas de intestino tienen buena coloración y peristalsis, por lo que se decide mantener la anastomosis realizada. Mala evolución en UCI (Fallo renal, hepático, acidosis metabólica...) Reintervención, hallazgos: Isquemia mesentérica de asas de yeyuno e ileon junto con colon derecho. Deserosamiento de asas de yeyuno proximal. Hematoma en la raíz del meso sin sangrado activo hematoma en parietocólico derecho. Hígado de aspecto isquémico. Actitud: Hemicolecotomía derecha, Resección intestinal total, excepto 170 cm de asas de intestino delgado proximales. Packing con 2 compresas en parietocólico derecho. Bolsa de Bogota. Cierre y ostomía en un segundo tiempo. Análisis de errores y áreas de mejora en relación a programa ATLS

### SEXTA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES

#### Pérdida ponderal preoperatoria empleando la dieta "very Low" previa a la cirugía bariátrica

M.<sup>a</sup> de los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, Daniel Pérez Gomar, M.<sup>a</sup> del Carmen Bazán Hinojo, Manuel López Zurera, Ander Bengoechea Trujillo, Susana Roldán Ortiz, Mercedes Fornell Ariza, M.<sup>a</sup> Jesús Castro Santiago, José Luis Fernández Serrano

*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cadiz*

**Introducción:** Las dietas muy bajas en calorías son cada vez más utilizadas en el preoperatorio de la cirugía bariátrica, habiéndose demostrado una disminución en la esteatosis hepática y la grasa visceral abdominal, contribuyendo a la mejora

del control de las complicaciones postoperatoria. Presentamos nuestros resultados en cuanto a pérdida ponderal en el empleo de este tipo de dieta en el programa de cirugía bariátrica con solo 4 semanas de dieta preoperatoria.

**Material y métodos:** Desde marzo de 2012 a abril de 2013 se han intervenido en nuestro servicio a 30 pacientes de obesidad mórbida con edades comprendidas entre 23 y 59 años (edad media de 38,9). De ellos 21 son mujeres y 9 son hombres. El peso medio en consulta fue de 137,6 kg (mínimo 85,9 y máximo 176), con un IMC medio de 50,27 (mínimo 40, máximo 73). Todos los pacientes siguieron el protocolo de nuestra unidad multidisciplinar de cirugía bariátrica con una dieta "de bajo poder calórico" preoperatoria durante un mínimo de 4 semanas previas a la cirugía. Se trata básicamente de una dieta completa hipocalórica e hiperproteica, consistente en la administración de Optisource plus® 4 bricks de 250 ml al día durante un periodo de 4 semanas. Al ingreso del paciente este se vuelve a pesar y calculamos el IMC preoperatorio, valorando la pérdida ponderal desde que el paciente se incluye en lista de espera quirúrgica hasta el momento previo de la cirugía.

**Resultados:** Todos los pacientes intervenidos presentaron una reducción ponderal tras la realización de la dieta de bajo poder calórico durante 4 semanas. La pérdida media de peso fue de 10,4 (min.0 kg. max 20Kg. moda 11kg) y el descenso del IMC fue de 4,5 (min 2,8 y maximo 15. Moda 5). El porcentaje de peso perdido fue en valor promedio de 7,23%. En todos los casos el tamaño hepático no impidió la realización de la cirugía. Como complicación inmediata se presentaron dos sangrados postoperatorios que se manejaron de forma conservadora ambos en dos pacientes con IMC superior a 50.

**Discusión:** La dieta preoperatoria es un pilar fundamental en la optimización de los pacientes con obesidad, morbididad. Esta se correlaciona con una disminución en el volumen hepático y con la reducción en la grasa intraabdominal. Además facilitan la técnica quirúrgica y optimiza los resultados. Con 4 semanas se consigue una adecuada adhesión a la dieta. En nuestra serie (30 pacientes) hemos evidenciado una disminución de la masa grasa abdominal y del peso, la ausencia de complicaciones graves perioperatoria. No obstante se necesitan más estudios a largo plazo.

## Causas de Obstrucción intestinal tras cirugía de la obesidad mórbida

Autores: M<sup>a</sup> de Los Ángeles Mayo Ossorio, José Manuel Pacheco García, M<sup>a</sup> del Carmen Bazán Hinojo, M<sup>a</sup> Jesús Castro Santiago, Daniel Pérez Gomar, Ander Bengochea Trujillo, Susana Roldán Ortiz, Mercedes Fornell Ariza, José Luis Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar Cadiz

**Objetivos:** Las hernias internas son la causa más frecuente de obstrucción en los pacientes sometidos a un by-pass gástrico en el seguimiento a largo plazo y pueden tener un desenlace fatal si no son reconocidas a tiempo. La obstrucción es tan sólo una forma de presentación y sólo se diagnostican cuando aparecen complicaciones. El tratamiento es quirúrgico y requiere cono-

cimiento de la técnica quirúrgica bariátrica. Presentamos tres casos clínicos intervenidos recientemente en nuestro servicio.

**Material y métodos: CASO CLÍNICO 1:** Mujer de 29 años intervenida de by-pass gástrico en 2006, con clínica de dolor abdominal. Exploración física: MEG Palidez, Taquipnea y taquicardia. Abdomen distendido y con signos de irritación peritoneal. Analítica: amilasemia. Ecografía/TAC: hernia interna junto con ascitis. Intervención: Se identifica peritonitis por perforación en cara posterior del remanente gástrico del by-pass, y hernia en el espacio de Pettersen Reducción de la hernia y cierre de la brecha mesenterios y cierre simple de perforación. **CASO CLÍNICO 2:** Hombre de 49 años intervenido de by-pass gástrico en 2005. Presenta dolor abdominal y diarreas. Exploración física: MEG. Taquipnea, taquicardia e hipotensión. Abdomen distendido con irritación peritoneal. Analítica: Normal. Se realiza TAC abdominal en el que se evidencia cuadro de obstrucción intestinal secundario a hernia interna. Intervención: Se realiza laparotomía urgente identificando isquemia intestinal secundaria a hernia de Petersen que implica la Anastomosis yeyuno-yeyunal del bypass, así como asa común (90cm) y asa alimentaria (140 cm), la inviabilidad de las asas hace precisa su resección y se reconstruye el tránsito realizando anastomosis yeyunocolica con asa comun a 60 cm y anastomosis yeyuno-yeyunal a 20 cm del reservorio gástrico. **CASO CLÍNICO 3:** Mujer 42 años intervenida de by-pass gástrico en 2006. Presenta dolores abdominales cólicos de repetición en hipocondrio derecho catalogados de cólicos biliares en varias ocasiones. Acude a urgencias con distensión abdominal, mal estado general, diaforesis. Analítica: hemoglobina de 8,7 y hematocrito de 28. Se realiza TAC abdominal en que se identifica gran dilatación de asa de intestino delgado hasta Anastomosis yeyuno-yeyuno de by-pass gástrico, y dilatación colónica secundaria a neoformación estenosante de Colón sigmoide. Intervención: se identifica dilatación de asas descritas en TAC y Tumora-ción sigmoidectomía con implantes en epiplon. Se realiza sigmoidectomía a lo Hartman.

**Resultados: CASO CLÍNICO 1:** Evolución: Favorable recupera el tránsito y es dada de alta al 15 día postoperatorio. **CASO CLÍNICO 2:** Evolución: Es favorable precisando transfusión en los primeros días. Recupera tránsito con heces diarreas y tolera dieta. Tras ajuste de dieta por endocrino es dado de alta al 15 día postoperatorio. **CASO CLÍNICO 3:** evolución favorable, recupera tránsito y es dada de alta al 5 día. Anatomía patológica: Adenocarcinoma mucinoso intestinal bien diferenciado T4N2M1.

**Discusión:** La hernia de Pettersen es la causa más frecuente pero no la única de obstrucción intestinal en el paciente intervenido de cirugía bariátrica, La prueba de imagen más rentable es el TAC abdominal. Si el paciente está inestable, la cirugía es urgente. En el caso de nuestros pacientes se realizó el cierre de los espacios de Petersen y brecha meséptica en la cirugía bariátrica y la intervención en todos los casos se realizó con carácter urgente. Solo en uno la causa de la obstrucción intestinal fue secundaria a neoplasia estenosante de sigma. Es por tanto importante el seguimiento del paciente a largo plazo, y se recomienda cerrar los espacios de forma protocolizada.

**Eficacia del bypass gástrico y la gastrectomía**

## vertical en el control de la DM2: análisis de nuestra experiencia

García Albiach B, Moreno Ruiz J, Blanco Elena JA, Rodríguez Cañete A, Fernández Burgos I, Prieto-Puga Arjona T, Santoyo Santoyo J

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya*

**Introducción:** La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz para lograr pérdida de peso en pacientes con obesidad mórbida, consiguiendo además el control de las comorbilidades asociadas. El bypass tiene eficacia probada en el manejo de la Diabetes Mellitus tipo II en estos pacientes. Más recientemente, la gastrectomía vertical también ha demostrado su utilidad para el control glucémico, con resultados similares a los logrados con el bypass

**Objetivos:** Evaluar el efecto de la cirugía bariátrica laparoscópica (bypass gástrico y gastrectomía vertical) sobre los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) y la necesidad de tratamiento médico 6 meses tras la intervención en pacientes obesos mórbidos con DM tipo II.

**Material y métodos:** Estudio observacional analítico retrospectivo incluyendo pacientes diabéticos tipo II intervenidos en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya mediante cirugía bariátrica laparoscópica entre Enero de 2010 y Junio de 2012 (n=19). Las variables estudiadas preoperatoriamente y a los 6 meses de seguimiento fueron IMC, tratamiento médico empleado para la diabetes y niveles de HbA1c.

**Resultados:** Se intervinieron 19 pacientes, 84% mediante bypass gástrico y 16% mediante gastrectomía vertical. Hubo un 74% mujeres y 26% hombres, la edad media fue 48 años (r 31-62). La estancia mediana fue de 4 días (r 2-90), el 79% de los pacientes no presentó complicaciones. En cuanto a las complicaciones hubo 2 complicaciones grado II de Clavien, 1 grado III y 1 grado IV. Previamente a la intervención los pacientes presentaban un IMC medio de 48,9 (r 36-66,6) y postoperatoriamente de 37,35 (r 29-49,1) con una diferencia media de 11,6 (IC 95% 9,4-13,7, p<0,001). El 53% de los pacientes estaban en tratamiento con insulina y el 47% restante con ADO. Tras la intervención se controló la diabetes en un 50% de pacientes. La HbA1c media preoperatoria fue de 7,7 (r 5,4-12,3) y la postoperatoria de 5,7 (r 4,6-7,3) con una diferencia media de 2,1 (IC 95% 1,2-2,8, p<0,001)

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes sometidos a cirugía bariátrica consiguen una disminución significativa de peso junto con unos buenos controles glucémicos que permiten la retirada del tratamiento farmacológico

## Resultados de la gastroplastia vertical en el tratamiento de la obesidad mórbida

San Miguel C, Valdivia JH, Álvarez MJ, Triguero J, Segura M, González F, García A, Ferrón JA.

*Sección de Cirugía Esófago-gástrica. UGC Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves*

**Introducción:** La relevancia de la gastroplastia vertical (GV) en el tratamiento de la obesidad mórbida ha evolucionado

conforme se han publicado resultados a medio y largo plazo. Inicialmente fue diseñada como primer tiempo quirúrgico en pacientes de alto riesgo, para mejorar las comorbilidades de los pacientes y completar la cirugía en un segundo acto. Sin embargo, los resultados a corto plazo de esta técnica han sido más favorables de lo esperado inicialmente, determinando que muchos grupos la contemplan como técnica única para sus pacientes, y considerando de forma opcional el segundo tiempo sólo en los casos necesarios.

**Objetivos:** Describir nuestros resultados con la GV en el tratamiento de pacientes con obesidad mórbida de alto riesgo y pacientes superobesos.

**Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, que incluye a todos los pacientes intervenidos en nuestro Centro, entre enero de 2004 y diciembre de 2012. La indicación de la técnica se realizó de manera selectiva: pacientes considerados de alto riesgo quirúrgico (IMC>50, edad >50 años, síndrome metabólico, comorbilidades cardiorrespiratorias graves) o con patologías que desaconsejasen la realización de by-pass gástrico (hiperparatiroidismo, cirrosis hepática, antecedente de neoplasias,...). Las variables analizadas son las características epidemiológicas, comorbilidades, técnica quirúrgica, complicaciones postoperatorias, porcentaje de sobrepeso perdido (PSPP) y mortalidad. Los datos fueron analizados mediante el programa informático IBM SPSS 19.0°.

**Resultados:** En el periodo de tiempo analizado fueron intervenidos 78 pacientes. El porcentaje de pacientes con seguimiento fue del 100% con un seguimiento mínimo de 6 meses. Nuestra población fue de 26 hombres (33,3%) y 52 mujeres (66,7%), con una media de edad de 42 ± 9 años. Registramos un IMC medio inicial de 53,2 ± 8, con una mediana de 53 (48-57). Referente a las comorbilidades preoperatorias, 48 pacientes (61,5%) eran HTA; 23 (29,5%) eran diabéticos y 37 (47,4%) presentaban SAOS. El abordaje quirúrgico fue por vía abierta en 42 casos (53,8%) al principio de la serie, frente a 36 casos (46,2%) que se realizaron por vía laparoscópica. Durante la intervención se utilizó endoGIA en todos los casos, con refuerzo de sutura SEAMGUARD® en 36 de ellos (46,2%). Se registraron 10 complicaciones postquirúrgicas inmediatas (7,8%) que requirieron reintervención urgente. Durante el seguimiento, se ha realizado cirugía de segundo tiempo en 11 pacientes (14,1%); 4 de ellos (5,1%) por ERGE, 4 (5,1%) por falta de control de las comorbilidades, y 3 (3,8%) por pérdida insuficiente de peso. En relación a las comorbilidades asociadas y su seguimiento, se evidenció mejoría o remisión en un 80% de la HTA; hubo remisión de la DM en un 55% (HbA1c < 6,5%), y resolución del SAOS en un 83%. El PSPP fue mayor del 70% en 43 pacientes (55,3%). No se ha registrado ningún éxito en nuestra serie.

**Conclusiones:** La GV es una técnica segura en pacientes de alto riesgo y eficaz en la resolución de las comorbilidades ligadas a la obesidad. Aunque en nuestra experiencia el porcentaje de pacientes a los que se realiza el segundo tiempo es elevado, los resultados globales de la técnica en cuanto a PSPP son prometedores. No obstante, la limitación en el tamaño de nuestra serie requiere de estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos.

## Seguimiento a largo plazo de las bandas gástricas

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Carmen Pérez Ruiz, Manuel Ruiz López, Santiago Mera Velasco, Alberto Rodríguez Cañete, Javier Moreno

Carlos Haya, Málaga

**Introducción:** La obesidad es un importante problema de salud en el mundo desarrollado. La cirugía de la banda gástrica suscita muchas controversias, pero esta técnica merece una mención especial ya que representa el 40% de las indicaciones de cirugía bariátrica según el trabajo de Buchwald y Oien en 2008. Dada la escasez de estudios a largo plazo, nos propusimos realizar un trabajo sobre las bandas gástricas colocadas en nuestro hospital en un periodo de diez años.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes operados en nuestro centro entre 1997-2006. Variable estudio: peso y BMI actual, tasa retirada de banda, realización de nueva técnica bariátrica y satisfacción del paciente. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS.

**Resultados:** Un total de 63 pacientes fueron incluidos en el estudio, con un seguimiento telefónico del 71.4%. La edad media es de  $39.3 \pm 10.08$  años y la altura media de  $163.53 \pm 8.42$  cm. La media de peso previa a la cirugía en nuestros pacientes fue de  $124.20 \pm 17.19$  kg y el BMI previo  $46.48 \pm 5.47$  kg/cm<sup>2</sup>. Un seguimiento entre 7 y 16 años según el año en el que se realizó la intervención. El peso medio actual de nuestra población es de 92.76 kg y un BMI de 35.08. La pérdida del exceso de peso de nuestros pacientes fue del 25,31%. En cuanto a las complicaciones aparecieron en un 42.2% de los pacientes (19); cuatro dilataciones de reservorio, un reflujo gastroesofágico, una infección del reservorio, un hundimiento del mismo, once obstrucciones y una rotura. La tasa de retirada de la banda fue del 31.1% (14), a doce de ellos (26.7%) se les realizó una nueva técnica bariátrica (2 gastrectomías verticales, 7 bypass metabólicos y un Scopinaro) tras la retirada de la banda o se les recolocó la misma (2). Veintitrés pacientes mostraron su satisfacción con la cirugía, describiendo que se la volverían a realizar o la recomendarían, sin embargo diecinueve de ellos mostraban su desacuerdo con los resultados de la cirugía. **DISCUSION** En 2006 Himpens publicó un ensayo clínico comparando los resultados a tres años entre la banda gástrica y la gastrectomía vertical, pero se trataba de un trabajo con seguimiento corto y pérdida de peso favorable a la gastrectomía, de la cual no ha existido constancia posterior. Existen otros dos ensayos clínicos en la literatura que comparan la banda gástrica también con la gastrectomía vertical, ninguno con una metodología correcta de seguimiento. El resto de estudios son retrospectivos, de cohortes, con un bajo nivel de evidencia.

**Conclusión:** Los resultados de nuestro estudio no son del todo favorables para esta técnica quirúrgica; ya que no se alcanza la pérdida de peso de al menos el 50% requerida y, además, existe una alta tasa tanto de complicaciones como de retirada de la banda.

Barranco Moreno A, Socas Macías M, Alarcón del Agua I, García Martínez JA, Rubio Manzanares M, Navas A, Pereira JL, Padillo J

Htal Virgen del Rocío, Sevilla

**Introducción:** La gastroplastia tubular (GT) surgió como primer paso a técnicas más complejas, con vistas a minimizar la morbilidad en pacientes superobesos. Con el paso del tiempo se ha estandarizado como técnica única debido a las buenas pérdidas de peso a medio plazo. Actualmente se sigue discutiendo si influye el tamaño de la sonda o el cirujano en la PP y en el porcentaje de complicaciones a largo plazo

**Objetivos:** Presentar los resultados tanto a corto como a largo plazo, de los pacientes sometidos a GT en nuestro centro. Analizando si existen diferencias estadísticamente significativas según cirujano interviniente y sonda empleada, respecto al PSP y porcentaje de complicaciones

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo (sobre base de datos prospectiva) de pacientes sometidos a GT mediante laparoscopia en nuestro hospital durante 4 años. Valoración preoperatoria multidisciplinar, con protocolo de estudio preoperatorio que incluye ecografía, y EGD en todos los pacientes y endoscopia en mayores de 50 años y en caso de síntomas de RGE Ph-manometría. Los pacientes fueron intervenidos por 4 cirujanos diferentes (C1, C2, C3, C4), y se utilizaron 2 tipos de sonda (40 y 58fr).

**Resultados:** Total de 168 obesos mórbidos (48 hombres y 120 mujeres) sometidos a GT con una edad media 42,9 años (18-68) e IMC medio 51,05. El 100% de las intervenciones fueron realizadas por laparoscopia (21 pacientes: 12,5% PU). 0% de reversiones. Técnica estandarizada, con sección a 5 cm del píloro, y sonda tutora de 40 o 58Fr según preferencia del cirujano. Estancia media 3,6 días. Mortalidad 0,3% (1 fuga en Hiss con sonda de 40). Morbilidad global 5,3% (5 dehiscencias, 4 estenosis de cisura angularis), requiriendo reintervención para su resolución el 44,4% de los pacientes complicados (2 dehiscencias y 2 estenosis/vólvulo). Porcentaje de pacientes intervenidos por cirujano: C1 21%, C2 27%, C3 26%, C4 27%; Sonda especificada: 86 pac 40fr, 64 pac 58fr. Alcance del máximo de pérdida de peso a los 2 años, con 67% PSP. PSP 3m (C1 30%, C2 27%, C3 28%, C4 29%), PSP 6m (C1 52%, C2 50%, C3 46%, C4 46%), PSP 1a (C1 63%, C2 65%, C3 55%, C4 56%), PSP 2a (C1 60%, C2 68%, C3 61%, C4 47%). Morbilidad por cirujano (C1 11,4%, C2 2,2%, C3 7%, C4 4,4%). No detectándose diferencias SS entre los cirujanos ni en PSP (p: 0,22) ni en porcentaje de complicaciones. Analizando el calibre de la sonda: PSP 3m (40fr-28%, 58fr-28%), PSP 6m (40fr-51%, 58fr-46%), PSP 1a (40fr-66%, 58fr-55%), PSP 2a (40fr-70%, 58fr-55%), siendo estas diferencias SS a partir de los 6m a favor de la sonda de 40fr (p:0,005). La morbilidad es superior con la sonda de 40fr 8,2% frente a 4,8% (p: 0,518)

**Conclusiones:** Siguiendo la misma técnica estandarizada, no existen diferencias SS en la tasa de complicaciones ni PSP hasta los 2a según el cirujano interviniente, sin embargo si existen diferencias SS en la PSP a favor de la sonda de 40 fr, siendo el porcentaje de complicaciones superior con ésta sonda sin que las diferencias sean SS.

**Divertículos epifrénicos**

**¿Tiene influencia el cirujano y el calibre de la sonda en los resultados de la gastroplastia tubular?**

F. del Rio Marco; F.J. del Rio Lafuente, P. Fernandez Zamora

#### *Centro de trabajo Correo electrónico Resumen*

**Introducción:** El divertículo esofágico es una evaginación de la pared que contiene todas las capas del esófago (divertículo verdadero) o carece de la capa muscular (divertículo falso). Su clasificación etimológica en divertículos de pulsión y divertículos de tracción propuesta por Rokitansky en 1840, está sometida a discusión. Resulta más práctica la clasificación anatómica de los divertículos esofágicos en: 1) hipofaríngeos o faringoesofágicos, 2) esofágicos medios o torácicos, 3) intramurales y 4) epifrénicos o supradiafragmáticos. Los divertículos epifrénicos son divertículos verdaderos que aparecen habitualmente en los 10 cm distales del esófago. De acuerdo con Hird y Hortenstine la primera descripción de esta alteración fue realizada por Deguise en 1804.

**Material y métodos:** Presentamos un estudio retrospectivo realizado sobre 12 pacientes intervenidos por presentar un divertículo epifrénico sintomático. Está formado por 9 hombres y 3 mujeres, con una edad comprendida entre los 32 y 63 años y cuya edad media es de 53 años. Clínicamente se manifestaron por presentar dolores torácicos, dos enfermos; disfagia, siete pacientes, regurgitaciones, 10 pacientes; reflujo gastroesofágico 4 pacientes. A cinco pacientes se les practicó una endoscopia esofagagástrica y a nueve pacientes una manometría buscando trastornos motores esofágicos. El tratamiento quirúrgico realizado ha sido: una diverticulectomía en tres ocasiones; diverticulectomía asociada a una miotomía esofágica en cinco ocasiones y una diverticulectomía más miotomía esofágica y montaje antireflujo en cuatro ocasiones. Resultados: La mortalidad operatoria ha sido nula. La morbilidad se ha presentado en tres pacientes: una fístula esofágica a nivel de la línea de sutura que se resolvió con drenaje torácico, antibioterapia y ayuno; y dos complicaciones pulmonares.

**Conclusiones:** Los divertículos epifrénicos representan menos del 30% de los divertículos esofágicos. Clínicamente se manifiestan por disfagia, regurgitaciones y dolores torácicos. El diagnóstico se establece por el examen radiológico. La manometría desempeña un papel importante en la valoración de los divertículos epifrénicos. El diagnóstico del trastorno motor asociado y su corrección son de suma importancia para un tratamiento adecuado de esta patología. La diverticulectomía asociada o no a una miotomía esofágica y a un montaje antireflujo por vía torácica izquierda constituye el tratamiento de referencia de los divertículos epifrénicos.

#### **Implantación de la esofaguectomía mínimamente en un hospital de tercer nivel**

Álvarez Martín M: J., García Navarro A., Sánchez Sánchez I., Avella Vega JM., Zambudio Carrol N., Bustos Merlo AB., Díez Vigil JL., González Pérez F., Segura Reyes M., Ferrón Orihuela JA.

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

**Introducción:** En la actualidad, la cirugía continúa siendo el pilar fundamental del tratamiento potencialmente curati-

vo de los pacientes con cáncer de esófago. No obstante esta cirugía se asocia con una elevada morbilidad postoperatoria (40-80%) y una tasa de mortalidad de 6-8% en centros con un número elevado de pacientes. La morbilidad respiratoria es particularmente elevada en los pacientes sometidos a resecciones transtorácicas llegando al 50%. La esofaguectomía mínimamente invasiva (EMI) fue introducida hace más de una década, demostrando las series de centros muy experimentados, mejoras en la morbimortalidad postoperatoria, estancias hospitalarias más cortas y mejor calidad de vida de los pacientes respecto a las técnicas realizadas por vía abierta.

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia inicial en el abordaje mínimamente invasivo del cáncer de esófago (EMI).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes que han sido sometidos a EMI por cáncer de esófago en nuestro hospital entre Diciembre del 2011 y Noviembre del 2012. Descripción básica de la técnica: Anestesia general con intubación selectiva bronquial. 1º/ Toracoscopía derecha en decúbito prono, 3-4 trócares, apertura de la pleura mediastínica, ligadura del cayado de la ácigos EndoGIA 2.5, 45 mm), liberación completa del esófago con extirpación del tejido linfograsso adyacente y colocación de un tubo de tórax. 2º/ Laparoscopia en decúbito supino, posición francesa, cinco puertos: maniobra de Kocher, liberación del epiplón preservando la arcada gastroepiploica derecha, creación del tubo gástrico, linfadenectomía del tronco celiaco, disección del hiato extirpando el tejido linfograsso periesofágico hiatal entre aorta y pericardio comunicando ampliamente las cavidades abdominal y torácica. 3º/ Cervicotomía izquierda, apertura por planos, disección del esófago cervical respetando el nervio recurrente; tracción craneal del esófago bajo control laparoscópico evitando la rotación de la plastia, extirpación de la pieza y anastomosis esofagagástrica manual T-T monopiano con sutura continua y posterior colocación de drenaje cervical aspirativo.

**Resultados:** Han sido intervenidos con esta técnica 10 pacientes: 9 hombres y 1 mujer con edad media 61,2 años (38-81). Antecedentes personales: EPOC 10%, DM 30%, HTA 40%, Prótesis biológica aórtica 10%, cardiopatía isquémica 20%, tabaquismo 70%, alcoholismo 50%, VHC+ 10%, RGE 50%, esófago Barret 10%. Primer síntoma: disfagia 70%, hallazgo incidental 20% y Sd. constitucional 10%. Localización: 20% tercio medio (Carcinomas epidermoides), 80% tercio inferior (Adenocarcinomas). Pruebas complementarias: EDA, TC cérvico- toraco- abdominal, PET-TAC y ECO-EDA; en un caso no se pudo hacer ECO-EDA por estenosis infranqueable y se le colocó una endoprótesis; se realizó Fibrobroncoscopia (FBC) en los casos localizados en tercio medio. Estadaje preoperatorio: IB(10%), IIA(10%), IIB(30%), IIIA(20%), IIIB(20%), IIIC(10%). Siete casos recibieron neoadyuvancia con respuesta parcial (PET-TAC/ ECOEDA) en cinco, no respuesta en uno y progresión tumoral en otro. Riesgo anestésico: 60% ASA II, 40% ASA III. Tiempo operatorio medio 7.9 horas (6-11). Resección R0 (90%), R1 (10%) por infiltración traqueal no identificada en FBC preoperatoria. Índice conversión laparoscopia 0%, toracoscopia 10% por infiltración traqueal. Estancia media 8 días. Morbilidad postoperatoria: ninguna en el 50%, edema pulmonar leve 20%, atelectasia 10%, fístula cervical con síntomas locales 10%,



dificultad vaciado gástrico 10%. Morbilidad tardía: estenosis de la anastomosis 20%. Mortalidad perioperatoria: 0%.

**Conclusión:** La EMI, es una técnica que puede realizarse con resultados comparables e incluso mejores que en la mayoría de las series de cirugía abierta, y reproducible en centros con experiencia previa en cirugía laparoscópica.

## Tratamiento endovascular de varices con laser en cma: resultados iniciales

Rubio Manzanera-Dorado M, Aparicio Sánchez D, Tinoco González J, Reguera Rosal J, Machuca Casanova JM, Guzmán A, Docobo Duránt

Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Objetivos:** En los últimos años se han desarrollado multitud de técnicas para el tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. En este estudio presentamos nuestra experiencia inicial en el tratamiento endovenoso de las varices por láser (TEVL) en régimen ambulatorio. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad y eficacia a corto plazo del TEVL en régimen ambulatorio. **MÉTODOS:** Estudio observacional y retrospectivo, que incluye a los pacientes sometidos a TELV con un diodo láser de 940 nm en régimen ambulatorio, durante un periodo de 3 meses. El diagnóstico de insuficiencia de la vena safena interna o externa se ha realizado mediante eco-doppler pre-operatoria. Se han excluido a los pacientes mayores de 65 años, con linfedema, obesidad severa, con criterios estéticos y con comorbilidad asociada. Los pacientes son dados de alta en el día y reciben una llamada telefónica a las 24 horas para monitorizar posibles complicaciones. Posteriormente, son citados a las 72 horas para descubrir el vendaje compresivo, y al mes de la intervención.

**Resultados:** Se han intervenido 19 pacientes, de los cuales 13 fueron intervenidos mediante TELV y 6 mediante esclerosis con vapor de agua. Todos los pacientes fueron sometidos a una eco-doppler preoperatoria que evidenció 16 casos de insuficiencia venosa interna y dos que además presentaban una insuficiencia de la vena safena externa. La edad media fue de 44 años (Rango 31-61). En cuanto al sexo se han incluido 13 mujeres y 6 varones. El ASA fue de I (33,3%) y II (67,7%). Todos los pacientes se fueron de alta al domicilio en el mismo día. Durante la entrevista telefónica la EVA media fue de 2 (rango 1-3). El dolor cedió con la analgesia oral habitual. Se inició tolerancia en el mismo día postoperatorio en todos los casos. Ningún paciente presentó fiebre. No hubo ningún requerimiento telefónico. No fue preciso ningún reingreso hospitalario ni reintervención por complicaciones en las primeras 48h postoperatorias. A partir de las 48h se registraron como complicación dos pacientes con seroma de la herida quirúrgica.

**Conclusiones:** La TELV parece ser una opción segura y eficaz para el tratamiento de las varices de miembro inferior a corto plazo. Son necesarios más estudios comparativos y a largo plazo que incluyan mayor número de pacientes.

## Hernioplastia inguino-crural abierta bilateral, ¿cirugía con ingreso?

Capitán Vallvey JM, Capitán del Río, I.

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Complejo Hospitalario de Jaén.

**Objetivos:** La reparación herniaria inguinal y/o crural bilateral (HICB) debe realizarse en un solo acto quirúrgico, pero existe controversia sobre necesidad de ingreso tras la reparación bilateral. El coste medio por estancia en nuestro Hospital = 378,09 €. Pretendemos analizar la evolución de la cirugía programada de la HICB en nuestra área y valorar si es factible ambulatorizar sistemáticamente este procedimiento. Valoramos la repercusión de la reparación ambulatoria sobre los costes por proceso.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo comparativo de pacientes intervenidos por HICB desde 2007 hasta marzo 2013, tanto en la Unidad de CMA como en la Unidad de hospitalización.

**Resultados:** Pacientes con HICB: 231 (H218,M13), (9,46% de las 2440 H.Inguino-crurales intervenidas). Operados en UCMA: Total 137: en 2007: 6; 2008: 14; 2009: 17; 2010: 22; 2011: 36; 2012: 35; 2013: 7. E.Media 56,7 años. Pacientes con factores de riesgo: 39 (28,46%). Ingresos no previstos 10: 2007:1(16,6%), 2008:3(21,4%), 2009:2(11,7%), 2010:1/(4,5%), 2011: 1(2,7%), 2012:1(2,8%), marzo 2013:1. Causas: Cirugía compleja 3, hipotensión 1, mareo 1, náuseas 2, hematoma 1, dolor no controlado 2. Técnica : PHS 53 / Lichtenstein 28 / R-Robbins 56. Reingresos: 1; Frecuentación urgencias < 1 mes:3. Recidivas 1 año:1 N° Total Estancias: 11. Coste estancias: 4158,99 €. Operados en U. Hospitalización: Total 94: en 2007:20; 2008:18; 2009:18; 2010:14; 2011:8; 2012:13; marzo 2013:3. E.Media 73,52 años. Total ingresos: 93. Pacientes con factores de riesgo 28 (29,78%). Técnica PHS 8, Lichtenstein 41, R-Robbins 36, Otras 9. Reingresos 2. Frecuentación Urgencias <1 mes 7: absceso:1, hematoma 2, dolor no controlado 4. Recidivas 1 año: 2. N° Total Estancias 310. Coste estancias 117207,9 €. Índice de sustitución: 2007: 23,07%; 2008: 43,75%; 2009: 48,57%; 2010: 61,11%; 2011: 81,8%; 2012:72,91%; marzo 2013:70%.

**Conclusiones:** La hernia inguino-crural bilateral debe operarse en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. La hernioplastia inguino-crural bilateral ambulatoria conlleva una importante reducción de costes.

## Dolor abdominal crónico secundario a hernia discal dorsal, un terreno sin explorar

F. J. Pérez Lara, R. Marín Moya, H. Oehling de los Reyes, J. Doblas Fernandez, T. Galeote Quecedo, A. del Rey, H. Oliva Muñoz

Hospital de Antequera

**Introducción:** La hernia discal dorsal sintomática está considerada en la literatura médica como una entidad poco frecuente. En nuestro estudio hemos observado que esta frecuencia no es tan baja, y que además las hernias discales dorsales pueden explicar una parte importante de los dolores abdominales crónicos sin causa visceral.

**Objetivos:** Valorar en cuantos de los pacientes con dolor abdominal crónico no orgánico que acuden a nuestras consultas

podemos encontrar como causa justificante una hernia discal a nivel dorsal.

**Material y métodos:** Diseñamos un estudio descriptivo transversal donde evaluamos a todos los pacientes que acuden a nuestra consulta entre Febrero de 2009 y Octubre de 2010 por dolor abdominal crónico con sospecha de etiología en pared abdominal con signo de Carnett positivo, a estos pacientes se les realiza Resonancia Magnética Nuclear de columna dorsal, los que presentan hernia discal dorsal en la resonancia son tratados conforme a su etiología. Finalmente se evaluará mediante test la sintomatología que presentan los pacientes con hernia discal dorsal y la respuesta al tratamiento aplicado.

**Resultados:** Son evaluados durante el periodo de estudio un total de 27 pacientes con dolor abdominal crónico, de los cuales 18 (66,66%) presentan hernia discal dorsal en la resonancia, con una edad media de 54,22 años (28-82), siendo

el 66,11% mujeres y el 38,89% hombres. Presentamos el resultado del test de evaluación de estos 18 pacientes, destacando que se trata de síntomas variados y floridos y que una parte importante de ellos habían sido previamente diagnosticados de síndrome de colon irritable. Tras el tratamiento el 61,11% de los pacientes refieren mejoría importante, el 22,22% mejoría moderada y el 16,66% mejoría leve.

**Conclusiones:** La hernia discal dorsal puede justificar el dolor abdominal crónico de un número importante de pacientes sin diagnóstico o con la etiqueta de síndrome de colon irritable, por lo que es fundamental pensar en esta posibilidad para establecer el diagnóstico correctamente y pautar un tratamiento adecuado.

## COMUNICACIONES VÍDEOS

### PRIMERA SESIÓN DE COMUNICACIONES VÍDEOS

#### Abordaje robótico de la endometriosis profunda rectal

I González-Poveda, M Ruiz-López, T Prieto-Puga, S Mera, E Villegas, J Carrasco, JA Toval, J Santoyo

*Unidad de Coloproctología, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Carlos Haya, Málaga*

**Introducción:** La endometriosis profunda es una enfermedad compleja que produce una alteración importante en la calidad de vida de las pacientes y es un gran reto para los cirujanos. Presentamos un vídeo en el que abordamos mediante cirugía robótica un endometrioma en tabique recto-vaginal.

**Material y métodos:** Mujer de 36 años que refiere rectorragia durante la menstruación, dolor cólico y estreñimiento. Al tacto rectal palpamos compresión extrínseca en cara anterior. La RM informa de una lesión sólida de 13mm de grosor, que puede corresponder a un foco endometriósico en el espacio entre fondo de saco vaginal y sigma. El colonoscopista informa de una zona inflamatoria, en unión rectosigmoidea, que sugiere endometriosis. Decidimos cirugía encontrando fibrosis en tabique recto-vaginal, incluyendo uréter izquierdo. Realizamos disección de éste hasta la tumoración. Valoramos la opción de exéresis completa, pero dado que se trata de una tumoración de unos 5cm de diámetro decidimos dividirla. Resecamos parcialmente vagina y "shaving" uterino. Resección segmentaria de recto. Extraemos por vagina ambas piezas. Reintroducida la plastia en cavidad, comprobamos cambio de coloración de la misma. Decidimos reseca 10cm distales, y realizamos anastomosis colorrectal. Anatomía patológica informa de un segmento rectal y vaginal con endometriosis en tejido adiposo con extensión focal a pared muscular intestinal.

**Discusión:** La incidencia de endometriosis intestinal se estima entre el 3 y 36% de pacientes. Puede afectar desde serosa hasta mucosa, pudiendo requerir resección segmentaria de la porción rectal o sigmoidea. La cirugía laparoscópica está considerada el patrón oro. La cirugía robótica puede aportar ventajas en cuanto a maniobrabilidad en un campo como la pelvis, mejorando además la confortabilidad del cirujano.

**Conclusiones:** La cirugía robótica puede aportar ventajas en cirugías complejas y largas como el caso de la endometriosis profunda, muy exigentes en cuanto a la disección y sobre todo, en la reconstrucción posterior.

#### Eventroplastia con abordaje puerto único: régimen de cma

N. Palomino, F. Jiménez, A. Palomares, JM Capitán, R. Delgado, P. Machuca, M. Medina

*Complejo Hospitalario de Jaén*

La cirugía laparoscópica se dirige hacia técnicas menos invasivas con mejores resultados cosméticos, como el abordaje SILS (Single incisión laparoscopic surgery). Con los nuevos avances tecnológicos, es posible introducir en la cavidad abdominal múltiples instrumentos a través de un solo puerto. La eventración constituye una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía abdominal. Los datos de las publicaciones actuales difieren notablemente, pero se acepta actualmente una cifra que oscila entre un 3% y un 20% de las intervenciones abdominales (Misiakos EP, Machairas A, Patapis P, Liakakos T. Laparoscopic ventral hernia repair: pros and cons compared with open hernia repair. JLS 2008; 12(2): 117- 25) La eventroplastia por laparoscopia se ha convertido recientemente en una técnica muy aceptada y extendida, especialmente tras la introducción de mallas de doble capa (Beldi G, Ipaktchi R,