

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,

Wagner M, Gloor B, Candinas D. Laparoscopic ventral hernia repair is safe and cost effective. *Surg Endosc* 2006; 20(1): 92-5), a pesar de sus limitaciones, las cuales incluyen las propiedades de la malla, la anatomía, las adhesiones por cirugías previas y el tamaño de la eventración. Presentamos nuestra serie con eventraciones abdominales dentro de la unidad de CMA del Complejo hospitalario de Jaén. No hubo complicaciones durante la intervención ni en el postoperatorio y los pacientes en un alto porcentaje se fueron de alta a las horas por la tarde en régimen de CMA sin presentar dolor postoperatorio. La cirugía tipo SILS es factible y segura, y representa una alternativa válida a la laparoscopia convencional, aunque es técnicamente más compleja. Se necesitan más estudios para que pueda instaurarse como procedimiento estándar.

**Conclusiones:** La eventroplastia con técnica tipo SILS es factible y segura utilizando dispositivos, aunque requiere una curva de aprendizaje mayor que la de la cirugía laparoscópica convencional. Se necesita un mayor desarrollo del instrumental utilizado para acortar el tiempo quirúrgico y facilitar la instauración de la técnica. Ésta, al reducir el número de cicatrices a una, podría mostrar una cierta superioridad sobre la laparoscopia convencional, no sólo en cuanto a la cosmética.

## Hepatectomía derecha ampliada en dos tiempos con ligadura portal y partición hepática in situ

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

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya - Málaga*

**Introducción:** El desarrollo de las técnicas quirúrgica ha permitido llevar a cabo resecciones hepáticas muy extensas. Sin embargo, el factor limitante de las mismas es el volumen remanente hepático. Actualmente disponemos de diferentes técnicas para conseguir aumentar este volumen hepático: embolización portal, ligadura portal quirúrgica y cirugía en dos tiempos asociada a otras técnicas (RF, etc). La ausencia de regeneración adecuada y/o la posible progresión tumoral son los principales fracasos de estas técnicas. Un nuevo concepto técnico surge hoy en día, basado en la partición hepática in situ y ligadura portal derecha. Presentamos un caso de hepatectomía derecha ampliada en dos tiempos con ligadura portal derecha y split in situ, por metástasis hepáticas de adenocarcinoma de sigma.

**Caso clínico:** Mujer 48 años diagnosticada de neoplasia de sigma asintomática estadio IV con metástasis hepáticas bilobares y pulmonares. Se comenzó con tratamiento QT neoadyuvante de inducción (8 ciclos, con Folfiri + Bevacizumab), obteniendo una disminución de marcadores tumorales y respuesta parcial de las LOEs hepáticas y completa de las pulmonares. En el comité oncológico se decidió una terapia inversa: Cirugía en dos tiempos de las metástasis hepáticas y posteriormente cirugía del primario. La volumetría hepática prequirúrgica de los seg. I, II y III fue de 308 ml (BWR 0,5) Intraoperatoriamente confirmamos con ecografía las LOEs hepáticas múltiples localizadas en LHD y seg. IV, así como dos LOEs en seg. II-III apoyadas sobre el pedículo portal

izquierda. El primer gesto fue la resección de las lesiones localizadas en lóbulo hepático izquierdo. Disección y sección intraglissoniana de vena porta derecha, preservando y dejando marcadas con una cinta vascular la arteria y vía biliar derechas. La transección hepática, previa "maniobra de hanging", mediante disector ultrasónico (CUSA®) y hidro-coagulador bipolar (Aquamantis®). Sección de la VSH media con endograpadora, y aislamiento y marcado de la VSH derecha con cinta vascular. El procedimiento se finalizó con la liberación de todo el LHD y colocación de una lámina de plástico entre ambas superficies de transección para asegurar la ausencia de contacto entre las mismas. Se dejó un drenaje intraabdominal de tipo aspirativo. La evolución postoperatoria fue favorable y sin complicaciones. La volumetría postcirugía presentó un volumen de 393 ml (BWR 0,66) A los 10 días se realizó la segunda cirugía, confirmando la hipertrofia del hígado remanente. Se llevo a cabo la sección de arteria y vía biliar derecha con ligaduras y puntos de transfixantes. La VSH derecha se sección con endograpadora. No se dejó drenaje en esta ocasión. Fue alta a los 5 días sin complicaciones.

**Conclusion:** Ésta técnica supone un avance reciente importante en la cirugía oncológica hepática. Permite resecciones R0 en pacientes con enfermedad tumoral hepática primaria o metastásica avanzada o de localización desfavorable, inicialmente irresecables. Realizada de forma correcta y en unidades especializadas en cirugía hepatobiliar se obtiene una rápida regeneración hepática, evitando los inconvenientes de otras técnicas de cirugía en dos tiempos (progresión tumoral o fracaso de la regeneración) sin asociar un aumento de la morbimortalidad.

## Step-Up Approach en pancreatitis grave, a proposito de un caso

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

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme*

La evidencia clínica demuestra, al día de hoy, que el tratamiento del paciente con pancreatitis grave debe realizarse de forma escalonada, reservándose la cirugía como último recurso terapéutico. Presentamos un caso de un paciente de 68 años que ingresa en el servicio de urgencia con diagnóstico de pancreatitis grave, necesitando inicialmente tratamiento de soporte vital en UCI. A las 3 semanas, al objetivarse infección de proceso inflamatorio se procede a abordaje inicialmente percutáneo y, a las 8 semanas, a lavado/necrosectomía mediante abordaje retroperitoneal laparoscópico. El resultado ha sido favorable, siendo el paciente dado de alta hospitalaria a las 10 semanas posteriores al ingreso.

## Pancreatectomía distal por puerto único

Rubio Manzanares Dorado M, Morales Conde S, Barranco A, Socas M, Cañete J, Alarcón I, Padillo J.

*Hospital Unversitario Virgen del Rocío*

**Objetivos:** En los últimos años la pancreatectomía distal por laparoscopia se ha consolidado como una técnica segura y eficaz para las neoplasias de la región distal del páncreas. Paralelamente, el desarrollo de la cirugía por puerto único ha permitido que algunos autores hayan realizado pancreatectomías distales por PU con éxito. Sin embargo los casos reflejados en la literatura son escasos. Presentamos nuestra experiencia inicial en la esplenopancreatectomía corporocaudal por PU.

**Material y métodos:** Paciente de 39 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consulta por molestias abdominales. Se solicita una ecografía abdominal, detectándose una lesión 45x43 mm en el cuerpo-cola del páncreas. El estudio preoperatorio incluyó un TAC con contraste i.v. y una eco-endoscopia oral, que mostraban una masa de 5x5 cm en la unión del cuerpo y cola del páncreas, compatible con un posible tumor pseudopapilar con necrosis en su interior que infiltraba la vena esplénica. No se identificaron adenopatías. La PAAF mostró una neoplasia epitelial sugestiva de malignidad. Posteriormente el paciente fue programado para intervenir mediante una PCC-PU.

**Resultados:** A través del mesocolon transversal, justo por debajo de la arteria mesentérica inferior, se disecciona la cara inferior del páncreas. Posteriormente, seccionamos el ligamento gastrocólico, para acceder a la transcavidad de los epiplones y ligar los vasos cortos del bazo. Para facilitar la exposición del páncreas y de la lesión tumoral, empleamos un dispositivo Endograb (Virtual Port Laparoscopy systems, Israel). Con suavidad, a nivel de la unión de la cabeza con el cuerpo del páncreas, se crea el esbozo de un túnel retropancreático por encima de la arteria y vena esplénica. De esta forma, encontramos el espacio suficiente para poder realizar la sección del páncreas. Finalmente, se liga la vena esplénica, así como la arteria esplénica a su salida del troco celiaco. Se moviliza la cola del páncreas y el bazo, y se extrae a través de la incisión transumbilical. La longitud final de la incisión fue de 3,4 cm. No requirió drenaje. El paciente comenzó dieta líquida el primer día postoperatorio, progresando a una dieta libre de grasas en el segundo día. Logró la deambulación independiente el primer día postoperatorio, siendo dada de alta hospitalaria al segundo día. No se registraron complicaciones.

**Conclusiones:** La pancreatectomía distal por PU es una técnica prometedora, que podrá ser realizada con garantías de seguridad y eficacia en los próximos años, siempre que los pacientes sean adecuadamente seleccionados y remitidos a centros de alto rendimiento en cirugía laparoscópica avanzada y con experiencia en PU.

## SEGUNDA SESIÓN DE COMUNICACIONES VÍDEOS

### Resultados tras un año del tratamiento de la fístula perianal mediante sellado con dispositivo laser (filac)

Durán Ferreras, I; Bellido Luque, A; Suárez Grau, JM; Gómez Menchero, J; Valdés Hernández, M; Alarcón del Agua, I; Sánchez Ramírez

*Unidad de Coloproctología. Hospital Quirón Sagrado Corazón. Sevilla.*

**Introducción:** Uno de las grandes preocupaciones de los cirujanos en general, y de los coloproctólogos en particular, es el abordaje terapéutico de las fístulas perianales. Por un lado el peligro que supone trabajar en un terreno donde se encuentra el aparato esfinteriano anal, y por otra el índice de recidiva de las mismas. Por ello, uno de los tratamientos más en auge en los últimos tiempos, sea el de los selladores de dichos trayectos. A pesar de no tener un índice de éxito muy elevado (como la mayoría del resto de tratamientos), nos permiten una mínima agresión sobre los esfínteres.

**Material y métodos:** Presentamos los resultados para el tratamiento de las fístulas perianales mediante sellado de dicho trayecto con láser (FILAC). Se han intervenido un total de 19 pacientes. Las fístulas incluidas eran de tipo interesfinterianas (2), ciegas (2) y transesfinterianas media-alta (15). En cualquier caso primarias o recidivadas. Se descartan las subcutáneas, interesfinterianas bajas, las de múltiples trayectos o las asociadas a colecciones. El método de diagnóstico ha sido con exploración en consulta, ecografía endoanal y exploración en quirófano en todos los casos. El proceso se llevó a cabo en régimen de CMA con raquianestesia. Se procede a curetaje del trayecto y posterior sellado del mismo con el láser.

**Resultados:** Las fístulas interesfinterianas se encuentran sin recidiva, sin supuración y sin ninguna otra sintomatología. Los pacientes con fístulas ciegas, recidivaron precozmente en menos de 1 semana. De las transesfinterianas, recidiva de 7 de ellas. Nueva reintervención de ellas, con nueva recidiva de 4 de ellas. Resto (10) sin recidiva.

**Conclusiones:** La utilización del láser como método sellante para el tratamiento de la fístula perianal inter o transesfinteriana media-alta (FILAC), es un método, que no produce agresión sobre el aparato esfinteriano, con unos resultados más que aceptables. No parece estar indicado en el tratamiento de las fístulas ciegas. Un mayor número de casos, el seguimiento de estos pacientes, y los índices de recidiva a largo plazo, nos darán la respuesta definitiva en cuanto a la eficacia de esta novedosa técnica.

### Resultados tras un año para tratamiento de hemorroides internas: desarterialización hemorroidal selectiva doppler guiado (help)

Durán Ferreras, I; Bellido Luque, A; Suárez Grau, JM; Tejada Gómez, A; Alarcón del Agua, I; Sánchez Ramírez, M; Valdés Hernández

*Unidad de Coloproctología. Hospital Quirón Sagrado Corazón. Sevilla*

**Introducción:** La patología hemorroidal supone un porcentaje importante en las consultas coloproctológicas. La principal sintomatología de éstas es el sangrado y prurito o disconfort. En el caso de las de tipo interno, tienen como clínica habitualmente la primera de ellas. Las técnicas para su tratamiento han evolucionado en los últimos años, y son

numerosas las innovaciones y novedades para el tratamiento de las mismas.

**Material y métodos:** Presentamos los resultados para el tratamiento de hemorroides internas grado II-III mediante desarterialización selectiva con láser Doppler guiado (HELP). Se han intervenido en el período de 1 año un total de 42 pacientes. Todos ellos presentaban hemorroides internas grado II-III cuya principal sintomatología era la rectorragia indolora. El método de diagnóstico ha sido bien anuscopia en consulta, bien hallazgo de colonoscopia o ambos. El proceso se llevo a cabo en régimen de CMA con sedación superficial sin procedimiento raquídeo ni de intubación.

**Resultados:** Todos los pacientes refieren una mejoría de su sintomatología de forma precoz. En el 80% de los casos con remisión completa del sangrado en menos de 2 semana. Más del 90% no ha precisado analgesia postoperatoria (hospitalaria ni domiciliaria). Complicaciones escasas: Una trombosis hemorroidal resuelta con trombectomía, un sangrado importante precoz que preciso transfusión y reintervención de urgencia, y un sangrado a los 10 días moderado autolimitado en el contexto de una GEA. Reintervención de forma reglada en 5 pacientes por persistencia de sangrado (2 nuevos HELP, 2 hemorrex y 1 Longo, corrigiéndose en todos el sangrado). Al cabo de tres meses de operarse, no hay sangrado en ningún paciente Conclusiones. La terapia HELP, dado su inocuidad y buenos resultados, junto precio similar a otras técnicas más agresivas, es una buena opción para el tratamiento de patología hemorroidal interna grado II-III y con principal síntoma la rectorragia.

## Gastrotomía en gastrectomía atípica en el gíst gástrico para mejora de exposición tumoral

Falckenheiner J, Diaz Godoy A, Camacho A, Martinez A, Vega V.

Hospital Universitario Puerto Real Cadiz

**Objetivos:** Presentamos el caso clínico y el video de la intervención quirúrgica de una paciente diagnosticada de GIST gástrico.

**Caso clínico:** Mujer de 61 años estudiada por el Servicio de Medicina Interna de nuestro centro por cuadro de dispepsia y anemia crónica. Tras la realización de una endoscopia oral de halla una tumoración submucosa en región prepilórica gástrica de 3 x 4 cm localizada en curvatura menor. La biopsia informa de metaplasia enteroide leve. El estudio de la lesión se completó con la realización de una eco endoscopia que muestra una lesión submucosa gástrica compatible con tumor del estroma gastrointestinal, y con un TAC abdominal donde se aprecia la lesión descrita sin que se informen otros hallazgos relevantes. Tras evaluación del caso en el Comité de Tumores de nuestro centro y en sesión Clínica de Cirugía, se propone abordaje laparoscópico y resección atípica de la lesión.

**Resultados:** Tras abordaje laparoscópico y exploración gástrica no hallamos la lesión donde la endoscopia y el TAC la describen, siendo dudosa su localización al no improntar en la pared gástrica externa. Decidimos realizar una gastrotomía

anterior en cuerpo gástrico, hallándose la lesión en curvatura mayor, justo en la entrada del antro gástrico. Completamos la resección de la misma y cerramos la brecha gástrica con sucesivas cargas de endoGIA 45mm cargas 3,5 mm. Para calibrar la luz gástrica en la entrada al antro utilizamos una sonda de Foucher de 33 Fr, a fin de evitar estenosis. El postoperatorio fue favorable y sin complicaciones. Iniciamos la tolerancia oral al 3º día y la paciente fue dada de alta al 6º día post operatorio.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico es una opción válida para el tratamiento quirúrgico de los GIST gástricos. Las lesiones de pequeño tamaño pueden ser difíciles de localizar, para lo cual la gastrotomía anterior es una opción segura y fácil de realizar.

## Tratamiento del prolapso rectal completo mediante rectopexia posterior laparoscópica asistida por robot

Dr. Gonzalez Poveda; Dr. Mera Velasco; Dr. Ruiz López; Dr. Carrasco; Dra. Rodriguez Silva; Dr. Toval Mata; Dr. Santoyo Santoyo

HRU. Carlos Haya de Málaga

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Antidepresivos, ansiolíticos en seguimiento por Psiquiatría por síndrome ansioso-depresivo. AQ: Apendicitis. Protesis de mama bilateral. Nulipara. ENF. ACTUAL: Paciente que ingresa clínica de prolapso rectal completo y estreñimiento pertinaz. **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Exploración: Colpocele pequeño, rectocele pequeño y prolapso rectal pequeño. **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:** Colonoscopia Colon de aspecto normal Defecografía: Rectocele anterior. Intususcepción con prolapso rectal externo grado III y prolapso del rectocele. Descenso de unión anorrectal. Evacuación incompleta. -Estudio de marcadores colónicos: Enlentecimiento aunque la distribución mayor en sigma Enema opaco: Dolico colon sin otra evidencia de alteraciones. **TÉCNICA QUIRÚRGICA:** Sigmoidectomía. Rectopexia posterior laparoscópica asistida por robot (da Vinci?) **CURSO POSTOPERATORIO** Satisfactorio siendo alta en 10 día postoperatorio

## Extracción transvaginal de la pieza tras hemicolecotomía derecha con anastomosis intracorpórea por puerto único

Morales-Conde S, García Martínez J, Cañete Gómez J, Socas Macías M, Barranco Moreno A, Alarcon del Agua I, Padillo Ruiz F J.

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

**Antecedentes:** La cirugía laparoscópica para la enfermedad de colon se ha propagado por todo el mundo realizada por cirujanos que intentan aumentar la recuperación del paciente, reducir el dolor, anticipar la deambulación, favorecer

la función intestinal, reducir complicaciones, reducir el uso de narcóticos, y mejorar la estética en comparación con la cirugía abierta de colon. Las técnicas actuales requieren una incisión abdominal, aunque más pequeño que después en la laparotomía abierta. Esta incisión puede estar relacionado con el dolor postoperatorio y las tasas de complicaciones tales como infección, hernia, y un resultado estético menos satisfactorio. La capacidad de realizar una anastomosis totalmente intracorpórea será un paso inicial para permitir a los cirujanos realizar cirugía de colon por naturales orificio. Mediante la combinación de las 2 técnicas, la anastomosis totalmente intracorpórea por puerto único y extracción transvaginal de la pieza, los cirujanos tienen la opción de realizar una colectomía totalmente laparoscópica en pacientes de sexo femenino. La descripción de esta técnica tiene la intención de avanzar aún más en el campo de la cirugía laparoscópica por orificios naturales. Después de completar una colectomía derecha por puerto único con anastomosis intracorpórea y la extracción transvaginal, se demostró una excelente recuperación postoperatoria.

**Método:** Se presentan dos casos de hemicolectomía derecha por puerto único con extracción transvaginal, uno de ellos sin histerectomía previa, en el que se utilizó un trocar transvaginal y una bolsa de extracción de la muestra, con el consiguiente cierre de la apertura vaginal con una sutura intracorpórea. En el otro caso, el paciente tuvo una histerectomía previa sin adherencias pélvicas que impidan dicha remoción.

**Conclusiones:** La extracción transvaginal de la pieza después de la hemicolectomía derecha por puerto único muestra un beneficio potencial en términos de reducción de complicaciones potenciales relacionadas con la incisión transumbilical. Ensayos clínicos prospectivos y randomizados que apoyen el uso rutinario de esta técnica son necesarios.

### Quiste suprarrenal gigante: exéresis laparoscópica

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

Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Victoria".  
Málaga.

**Introducción:** el quiste suprarrenal es una patología poco habitual, apareciendo en la literatura habitualmente como casos aislados y siendo muy escasas las series y con pocos casos. Predomina en el sexo femenino, en una proporción 3:1, o incluso 4:1, y la edad de presentación es variada, rondando la cuarta o quinta década de la vida. La teoría más aceptada de su formación implica una alteración en el desarrollo o ectasia de vasos linfáticos o sanguíneos. Su curso habitual es asintomático, hasta que aparece como manifestación clínica más frecuente el dolor abdominal, debido a su crecimiento y compresión de estructuras vecinas. El diagnóstico es por imagen y entre las opciones de manejo operatorio tenemos el abordaje tradicional o el acceso laparoscópico.

**Material y métodos:** presentamos el caso de una mujer de 61 años que consulta por episodios de dolor abdominal localiza-

do en flanco e hipocondrio izquierdos. A la exploración hay sensación de masa a la palpación abdominal en hemiabdomen izquierdo. Las pruebas de imagen (ECO/TAC/RMN) dan el diagnóstico, confirmando que se trata de una formación quística, con diámetro mayor de 22 cms, pero sin poder asegurar su organodependencia, informando, por orden de probabilidad, que se trate de un quiste suprarrenal o de cola de páncreas.

**Resultados:** se prepara el caso para su exéresis por vía laparoscópica, posicionando a la enferma en decúbito lateral derecho completo. Realizamos el acceso con técnica abierta con trocar de Hasson y tres puertos de trabajo. La tumoración desplaza a las estructuras vecinas (bazo, páncreas, riñón y ángulo esplénico del colon), presentando un aspecto benigno y fácil disección, excepto por su tamaño, lo que nos obliga a vaciarlo parcialmente, saliendo un contenido seroso claro. Una vez separadas las diferentes estructuras queda muy evidente su origen a nivel de la glándula suprarrenal izquierda, cuya vena es disecada y clipada, completando la exéresis con la adrenalectomía. El postoperatorio cursa sin incidencias, causando alta sanatorial a los tres días de la intervención.

**Conclusiones:** los quistes suprarrenales son poco habituales y con clínica escasa hasta que alcanzan un tamaño apreciable. A pesar de lo avanzado de las técnicas de imagen, algunas veces su origen no queda claro preoperatoriamente y es durante el tratamiento quirúrgico cuando se evidencia y confirma su organodependencia. El manejo hoy día es de preferencia por vía laparoscópica, a pesar del tamaño que algunas veces llegan a alcanzar. En nuestro caso el volumen no nos impidió abordarlo por esta vía, ya que realizamos un vaciado parcial del mismo, demostrando que la vía laparoscópica es muy útil en la exéresis de los quistes suprarrenales.

### Situs inversus incompleto en paciente obesa morbidamente: gastrectomía vertical laparoscópica

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

**Objetivos:** Realizar una Gastrectomía Vertical a una paciente Obesa Mórbida con Situs Inversus Incompleto.

**Material y métodos:** Presentamos el caso clínico de una paciente Obesa Mórbida, con asociación de Comorbilidades, y diagnosticada varios años antes de forma incidental de un Situs Inversus, aunque no completo, al no tener dextrocardias. Básicamente su principal alteración, y por lo que fue diagnosticada al realizar una radiografía de abdomen, es la presencia del estómago en el lado derecho y el duodeno en el lado izquierdo.

**Resultados:** La técnica quirúrgica fue especialmente compleja, ya que la disección fue mayor que en un caso convencional. Tanto, que técnicamente no nos fue posible acceder con claridad al ángulo de Hiss, ante el temor de una posible yatrogenia ya que se encontraba completamente cubierto por los segmentos posteriores del lóbulo hepático derecho.

Mantuvimos 6 cms. de antro desde el píloro y realizamos la sección sobre sonda de 14 mm., reforzando posteriormente la zona de corte con sutura continua irreabsorbible. La evolución fue favorable, causando alta sanatorial el tercer día tras la cirugía.

*Conclusiones:* El situs inversus es una inusual malformación genética que puede afectar a varios órganos y tiene un carácter hereditario. Consiste en una alineación errónea de los órganos dentro del cuerpo, colocándolos del lado opuesto (imagen de espejo). El termino situs inversus es la forma abreviada de la frase en latín "situs inversus viscerum", significando posición invertida de los órganos internos. Hay

formas incompletas, como es la que nos ocupa, y otras que asocian diversas malformaciones, que a veces representan un serio riesgo para la vida, como las cardíacas, así como por la presentación de los síntomas, que ocurren en el lado opuesto de lo habitual. Lo más recomendable, en el caso de que el paciente precise una intervención quirúrgica, es recopilar la mayor cantidad de información posible, con vistas a realizar un acto operatorio seguro y sin complicaciones. Así fue como preparamos nuestro caso, que pudo llevarse a cabo, a pesar de la dificultad en la disección del fundus que quedaba cubierto completamente por el hígado.

## COMUNICACIONES PÓSTERES

### PRIMERA SESIÓN DE COMUNICACIONES PÓSTERES

#### **Colecistostomía en pacientes de alto riesgo con colecistitis aguda, experiencia en nuestro hospital**

Alejandra Gordillo Hernández, Jose Lopez Ruiz, Christian Mauricio Alvarado

*Hospital Universitario Virgen Macarena*

La colecistitis aguda es una de las causas más frecuentes de dolor abdominal en nuestro medio, siendo de fácil diagnóstico gracias a las técnicas de imagen. El tratamiento de elección es la colecistectomía, técnica quirúrgica con pocas complicaciones y baja morbimortalidad fundamentalmente si se realiza por vía laparoscópica. Sin embargo, dado el aumento de la edad media de la población general actual, en muchas ocasiones se trata de pacientes con alto riesgo quirúrgico según la clasificación ASA que contraindica la cirugía en el momento agudo instaurándose tratamiento antibiótico conservador que no elimina completamente el riesgo de sepsis ni la aparición de otras complicaciones. Como tratamiento alternativo al conservador y como paso previo a la cirugía, realizamos en nuestro centro colecistostomías percutáneas guiadas con TCMD que consiste en la colocación de un catéter de drenaje intravesicular con bolsa cutánea. Este procedimiento mejora el episodio agudo así como el pronóstico de la cirugía posterior. En este artículo comunicamos nuestra experiencia con el uso de la colecistostomía percutánea en el servicio de Cirugía de Urgencias del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

*Los objetivos son:* Proponer la colecistostomía percutánea como tratamiento de colecistitis aguda en pacientes con alto riesgo quirúrgico como paso previo a realización de colecistectomía programada. Establecer las indicaciones de la colecistostomía percutánea en función del riesgo ASA. Repasar la técnica y material utilizado para el procedimiento guiado por TCMD que realizamos en nuestro centro. Y por último, revisión de pacientes.

#### **Resultados a corto plazo de la cirugía del bypass gástrico por PU**

Rubio Manzanera Dorado M, Morales Conde S, Barranco A, Socas M, Navas A, Cañete J, Cadet JM, Alarcón I, Pereira, Padillo J.

*Hospital Universitario Virgen del Rocío*

*Objetivos:* La tendencia actual a ser cada día menos agresivos ha facilitado el desarrollo de las técnicas mínimamente invasivas. En este contexto la cirugía bariátrica por puerto único (PU) se ha convertido en una alternativa real a la cirugía laparoscopia. El objetivo de este estudio es presentar los resultados preliminares a corto y medio plazo de los pacientes sometidos a bypass gástrico por PU.

*Material y métodos:* Estudio observacional y prospectivo que incluye a 22 pacientes diagnosticados de obesidad mórbida que fueron sometidos a un bypass gástrico por PU en el Hospital Virgen del Rocío, en el periodo comprendido desde Julio del 2010 hasta Febrero del 2012. Los criterios de inclusión fueron una distancia sifo-púbica menor de 28 cm, BMI <50 Kg/m<sup>2</sup> y preferentemente una obesidad periférica. Las variables estudiadas han sido expresadas como la media ± desviación típica. El análisis estadístico se realizó en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 97.

*Resultados:* La media de edad de los pacientes fue de 41±8.98 años, siendo el 95% de ellos mujeres. La media del IMC de nuestra serie fue de 42.68±2.28 kg/m<sup>2</sup>, con un peso medio de 111.34±10.66 kg. La cirugía fue realizada con éxito en todos los casos, a través de una incisión transumbilical transversa con una media de longitud de 26.68±5.27 mm. En ningún paciente fue necesaria la conversión a laparoscopia convencional o la inserción de un trocar adicional. La media del tiempo quirúrgico fue de 114,05±21 minutos y la media de estancia hospitalaria fue de 3,27±1.01. No se apreciaron complicaciones intraoperatorios o en el postoperatorio inmediato. Sin embargo se han apreciado dos casos de úlcera de la anastomosis gastro-yeyunal, ambas detectadas 6 meses tras