

COMUNICACIONES ORALES

Malla en chimenea en el tratamiento de la hernia paraostomal

Tinoco González, José; Durán Muñoz-Cruzado, Virginia; Ramallo Solís, Irene; Senent Boza, Ana; Tamayo López, María Jesús; Martín Cartes, Juan Manuel; Bustos Jiménez, Manuel; Docobo Duránte, Fernando; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La hernia paraostomal (HP) es la complicación tardía más frecuente en pacientes portadores de un estoma. Tan sólo una tercera parte acaban intervenidos, en parte, por el alto índice de recidiva. Gracias a los materiales protésicos se ha disminuido la recidiva; sin embargo, estamos aun muy lejos de la tasa ideal.

Surge como una alternativa la prótesis DynaMesh®-IPST, para el tratamiento (y prevención) de las HP. Consiste en una malla plana preformada, con una extensión cilíndrica a modo de chimenea, permitiendo el paso del asa ostomal, rodeándola e impidiendo, en teoría, el paso de otras vísceras.

Objetivos: Demostrar la eficacia de esta prótesis en la reparación de la HP y comprobar su éxito a medio plazo en nuestra serie de casos.

Material y método: Se ha realizado un estudio descriptivo de los pacientes sometidos a reparación de HP mediante prótesis en chimenea, en la Unidad de Cirugía de Pared Avanzada de nuestro centro, desde noviembre de 2013 a marzo de 2015. Se ha realizado una base de datos con las variables demográficas de los pacientes, diámetro máximo del orificio herniario, recidivas en el seguimiento y complicaciones peroperatorias, así como días de ingreso.

Los datos continuos se han informado como medias. El valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Utilizamos para el análisis de los datos el programa IBM SPSS Statistics versión 20.

Resultados: Se han analizado 10 pacientes (8 varones) sometidos a reparación de HP empleando la prótesis «en chimenea». La edad media fue de $63,3 \pm 9,12$ años, con un IMC de $31,03 \pm 3,96$. El riesgo anestésico según ASA fue igual

o mayor a 3 en 5 casos. Se utilizó anestesia general en todos los casos. El tamaño medio del defecto (diámetro mayor) fue de $8,8 \pm 4,4$ cm. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la intervención fue de $20,00 \pm 10,25$ meses. La indicación de reparación por HP recidivada se dio en 3 pacientes, el resto fueron cirugías primarias de la HP. En 6 casos el tipo de estoma fue una colostomía terminal; los 4 restantes ileostomías terminales. Como complicación en el postoperatorio apareció 1 infección de herida quirúrgica. Durante el seguimiento se detectó 1 complicación tardía: oclusión intestinal resuelta con medidas conservadoras. En el seguimiento no se han identificado recidivas. La estancia media fue de $5,50 \pm 3,62$ días.

Conclusiones: Las prótesis «en chimenea» se ofrece como una alternativa alentadora en la reparación de HP, y en manos experimentadas, ofrece un perfil de recidiva y complicaciones bastante seguros y fiables, al menos a medio plazo. Sin embargo, somos conscientes que la muestra de análisis es muy reducida, y que cualquier conclusión parecería precipitada. Necesitamos ampliar el número de pacientes para plantear nuevos estudios, para conseguir una implantación más sólida de esta técnica.

Dolor abdominal crónico: en que proporción puede la hernia discal torácica ser la causa etiológica?

F.J. Pérez Lara, E. Sanchis, J.M. Hernandez, H. Oehling, J. Doblas, T. Galeote, A. del Rey, H. Oliva

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 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 método: Diseñamos un estudio descriptivo transversal donde evaluamos a todos los pacientes que acuden a nuestra consulta entre Febrero de 2009 y Septiembre de 2011 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 47 pacientes con dolor abdominal crónico, de los cuales 30 (63,83%) presentan hernia discal dorsal en la resonancia, con una edad media de 51,32 años (21-82), siendo el 60% mujeres y el 40% hombres. Presentamos el resultado del test de evaluación de estos 30 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 23,33% de los pacientes refieren desaparición del dolor, el 30% mejoría importante, el 16,66% mejoría moderada y el 23,33% 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.

Descripción de la sintomatología y comparación con la población normal del Síndrome abdominal crónico por compresión nerviosa; propuesta de algoritmo diagnóstico-terapéutico

F.J. Pérez Lara, E. Sanchis, J.M. Hernandez, R. Marín, J.M. Mata, A. del Rey, H. Oliva

Hospital de Antequera

Introducción: Hemos planteado como hipótesis que la frecuencia de protrusión discal dorsal y de su sintomatología no es tan baja como refiere la literatura médica, y que además su padecimiento puede explicar una parte importante de los dolores abdominales crónicos sin causa visceral.

Material y método: Diseñamos un estudio transversal con grupo control, los grupos de comparación son: grupo casos, constituido por 100 pacientes diagnosticados de protrusión discal torácica en nuestro hospital, y grupo control, constituido por 100 sujetos de la población normal elegidos al azar.

Para comparar los dos grupos, a todos los sujetos se les pasan los siguientes test: test clínico, cuestionario de calidad de vida gastrointestinal (GIQLI) y cuestionario DN4. También revisamos el historial clínico de los pacientes de los tres últimos años.

Resultados: Los sujetos del grupo casos presentaron bastante mayor incidencia de síntomas digestivo-urológicos, peor

calidad de vida gastrointestinal y mayor necesidad de asistencia médica que el grupo control, con significación estadística en todos los parámetros estudiados. Casi la totalidad de los sujetos del grupo casos presentaba un cuadro crónico de dolor abdominal y/o síntomas digestivo-urológicos, sin embargo en la mayoría de los casos no se había sospechado la etiología neurológica del mismo, por lo que el tratamiento había sido ineficaz.

Finalmente planteamos un algoritmo diagnóstico-terapéutico para el enfoque de estos pacientes.

Conclusiones: La protrusión discal torácica además de tener una incidencia no desdeñable, presenta con frecuencia un cuadro sindrómico digestivo urológico, que habría que tener en cuenta en todos los casos de dolor y sintomatología abdominal crónica con estudios negativos, para realizar un correcto tratamiento.

Hernia inguinal: expresión clínica más allá del triángulo de Fruchaud

Hernández González J.M., Pérez Lara F.J, Sanchis Cárdenas E. M, Hernández Carmona J.M., Doblaz Fernández J., Del Rey Moreno A., Oliva Muñoz H.

Hospital de Antequera

Introducción: La hernia inguinal es una patología con una alta incidencia en los países desarrollados, causante de un amplio espectro de síntomas. Aunque se han realizado algunos estudios con el objetivo de analizar los síntomas locales causados por la misma, estos no han abordado las manifestaciones clínicas que a nivel extrainguinal encontramos.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es realizar una revisión exhaustiva de los síntomas producidos por la hernia inguinal, tanto localmente como a otros niveles.

Material y método: Presentamos un estudio caso-control en el cual 231 pacientes diagnosticados de hernia inguinal fueron comparados con un grupo de control constituido por 231 pacientes seleccionados aleatoriamente. Los síntomas presentados en ambos grupos fueron analizados comparativamente, así como los presentados en el grupo de pacientes con hernia, en función de su localización (derecha, izquierda, bilateral).

Resultados: Con respecto al grupo control, los pacientes con hernia presentaron más sintomatología (diferencias significativas) en los siguientes ítems: dolor inguinal y genital, dolor abdominal, síntomas urinarios, aumento del peristaltismo y tenesmo. En el grupo control se objetivó mayor dolor de espalda y diafragmático.

Conclusiones: La amplia variedad de síntomas presentados por los pacientes con hernia inguinal no queda limitada a la región inguinal. Esta información debe ser tenida en cuenta a la hora de informar al paciente, especialmente con respecto a las expectativas tras la intervención.

Nuevas posibilidades de recubrimiento de mallas para cirugía de la hernia: estudio in vitro y primera experiencia en animales.

Suárez Grau, Juan Manuel; Franco Alvarez de Luna, Francisco; Guadalajara Jurado, Juan Francisco; Gómez Menchero, Julio; Bellido Luque, Juan Antonio; Ruiz Lupiáñez, Eugenio.

Hospital General Básico de Riotinto, Huelva.

Introducción: La infección de las prótesis en la cirugía de pared abdominal es una de las complicaciones más temidas, ya que condiciona la recuperación del paciente y generalmente requiere de más intervenciones para retirarla y reparar la zona afectada. Las líneas de trabajo actual en prótesis de pared abdominal se están centrando en mallas más biocompatibles (menor material y poros más amplios), métodos de autofijación y recubrimientos (que buscan mejorar la integración de las mallas, disminuir las adherencias y las posibles infecciones). En la línea de recubrimientos frente a las infecciones se ha experimentado con antisépticos, metales y antibióticos. Los resultados son dispares y siempre con la posibilidad de posibles efectos adversos de estos productos.

Objetivos: Nuestro objetivo es demostrar la actividad bactericida in vitro de un ácido graso monoglicérido, aplicado sobre 5 mallas para tratamiento de la hernia (Polipropileno(PPL) (Premilene, Braun), PPL-Poliglecapróna (PGC) (Ultrapro, Ethicon), PTFE-c (OMIRA, Braun), PTFE-e (Micromesh, Gore), PDVF (IPOM, Dynamesh)). Ya que este compuesto cuenta con numerosas ventajas: inocuo, biocompatible, sin riesgo de alergias o sobredosificación-efectos adversos y económicamente asequible.

Material y método: Material: Utilizamos 55 mallas recortadas de cada tipo de prótesis (11 de cada una) de 1 cm². Se usó *Staphylococcus aureus* sobre la estructura de malla quirúrgica para comprobar el efecto del monoglicérido.

Metodología: Se ha desarrollado un modelo in vitro con los siguientes pasos:

Preparación de los inóculos bacterianos se emplearon cepas de cultivos tipo ATCC 29213 de *S. aureus*. Se realizó un inóculo de 3 mL cada uno, con una concentración 0,5 McFarland con cada una de las cepas. Se realizaron 7 diluciones seriadas de cada inóculo. Se sembró con asa calibrada de 100 µL sobre una placa de agar sangre, para el control de las concentraciones de cada inóculo. Se tomaron como referencia las muestras con inóculos: 1,5x10⁸ (inóculo 1), 1,6x10⁶ (inóculo 2), 5x10⁴ (inóculo 3) y 6x10³ (inóculo 4).

Preparación del agente bactericida, se realizó mediante una disolución al 10% del monoglicérido en etanol absoluto. Inmersión de la pieza de malla de cada tipo durante 10 segundos y aplicación posterior inmediatamente (sin ningún tipo de manipulación o procesamiento añadido).

Preparación del modelo de contaminación in vitro, se realizó empleando placas de Agar Muller-Hinton (MHA), que se rotularon previamente en cuatro cuadrantes. Se depositaron 100 µL de cada inóculo en el centro de cada uno de los cuadrantes y sobre este inóculo, se depositó un trozo de 1cm² de malla quirúrgica de cada tipo. Se inocularon 55 mallas de PPL, con descripción resumida en Tabla 1. Las placas de MHA, se incubaron a 37°C durante 24h.

Tabla 1
Mallas (5 tipos: PPL, PPL-PGC, PDVF, PTFE-c, PTFE-e) empleadas en el modelo in vitro:

1	Malla (control negativo)
2	Malla con etanol (control negativo)
3	Malla con monoglicérido (control negativo)
4	Malla con monoglicérido + inóculo 1
5	Malla con monoglicérido + inóculo 2
6	Malla con monoglicérido + inóculo 3
7	Malla con monoglicérido + inóculo 4
8	Malla con etanol (disolvente) + inóculo 1
9	Malla con etanol (disolvente) + inóculo 2
10	Malla con etanol (disolvente) + inóculo 3
11	Malla con etanol (disolvente) + inóculo 4

Evaluación del efecto bactericida del monoglicérido: tras 24h de incubación se cortaron con hoja de bisturí un área de 2cm² de agar, que se depositaron en tubos Falcon de 50mL, con 5mL de Caldo Tripticasa Soja (TSB). Inmediatamente después, se agitaron los tubos en vortex durante 10 segundos y de cada uno de ellos se procedió a realizar siembra cuantitativa de 100 µL del caldo sobre placa de agar sangre. Las placas se incubaron 24h a 37°C.

Resultados: Todas las muestras sembradas procedentes del modelos in vitro MALLA + monoglicérido resultaron negativas (ausencia total de crecimiento bacteriano en todas las mallas 4-7) a las 24h y a los 5 días de incubación.

Por otro lado en todas las muestras de control de crecimiento (malla (de cada uno de los 5 tipos) + etanol como disolvente del monoglicérido: mallas 8-11) obtuvimos crecimiento bacteriano acorde a las concentraciones de los inóculos empleados.

En las mallas 1-3 de cada tipo no existió crecimiento (validando el modelo experimental).

Discusión: La incorporación de agentes activos inocuos a los biomateriales es un campo en desarrollo. Sólo existen experiencias similares utilizando agentes antisépticos y antibióticos. Algunos monoglicéridos han demostrado su eficacia in vitro frente a distintas bacterias, y se aplican en el procesamiento y manipulación de alimentos por su inocuidad. Pensamos que un producto no costoso, que no requiere grandes métodos de preparación y con ausencia de reacciones adversas puede ser una posible solución para eliminar la colonización de mallas en cirugía de pared abdominal.

Comprobamos que no se trata de un método costoso ni complicados, fácilmente reproducible para su posible uso en quirófano.

Conclusiones: Se demuestra actividad bactericida de este monoglicérido frente a *S. aureus*, a través de un modelo de estudio in vitro, al aplicarlo a distintos tipos de prótesis actuales.

La incorporación de sustancias con actividad bactericida y/o bacteriostática a los diferentes dispositivos biomédicos, se define como una estrategia a seguir en la lucha contra las infecciones.

La necesidad del cierre del peritoneo en Cirugía laparoscópica de la Hernia inguinal. Técnicas - Complicaciones - Solución de las complicaciones.

Suárez Grau, Juan Manuel; Tejada Gómez, Antonio; Gómez Menchero, Julio; Bellido Luque, Juan Antonio; Guadalajara Jurado, Juan Francisco.

Hospital General Básico de Riotinto, Huelva. Hospital Infanta Elena, Huelva.

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

Material y método: Presentamos distintos tipos de cierre del peritoneo en TEP y TAPP: cierre con Endoloop, cierre con V-lock, cierre con tackers, cierre con suturas barbadas, cierre con ayuda de adhesivos, cierres con la propia adhesión de la malla, y colocación de aislante en caso de imposibilidad del cierre del peritoneo.

En nuestra experiencia en más de 200 hernias inguinales intervenidas en los 3 últimos años (2012-2014) hemos tenido un porcentaje de apertura peritoneal sin complicaciones del 34% en TEP, Cierres difíciles en TAPP del 6% y Complicaciones por apertura del peritoneo tardía con obstrucción: 2 casos.

Discusión: -El cierre con tackers (sobre todo absorbibles) suele ser rápido y sin complicaciones, sobre todo útil cuando se ha usado tackers para la fijación de la malla. Pero a veces se desgarran el peritoneo y se crean aperturas en los propios tackers o entres ellos.

La sutura continua con suturas barbadas han mejorado mucho la facilidad de hacer una sutura para el cierre del peritoneo, ya que no precisa que se mantenga la tensión (pues no se afloja por su sistema de autofijación por las barbas). El uso de Endoloop es el más generalizado, pero generalmente es un método que solo sirve para brechas peritoneales muy pequeñas, fallando a menudo cuando superan más de 3 cm la discontinuidad peritoneal.

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

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

Por último se muestra en el video un nuevo sistema que hemos testado experimentalmente y ya lo ponemos en práctica sólo cuando existe una brecha peritoneal que no se puede

cerrar y el peritoneo se desgarran constantemente al intentar suturarlo. Su uso se puede justificar en estos casos aislados por la disminución del tiempo quirúrgico, la ausencia de añadir otros dispositivos (pegamentos, suturas o tackers), y su fácil e inmediata disposición.

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

Protocolo de biopsias ganglionares en nuestro ámbito hospitalario. Análisis retrospectivo de nuestra experiencia (2011-2014).

Hinojosa Arco, Luis Carlos; Sánchez Barrón, María Teresa; Martos Rojas, Noemí; Cuba Castro, Jose Luis; De Luna Díaz, Resi; Valdivielso, Pedro; Santoyo Santoyo, Julio; Suárez Muñoz, Miguel Ángel.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La presencia de linfadenopatías puede obedecer a múltiples afecciones, entre las cuales presenta especial importancia la patología oncológica. En ocasiones el diagnóstico de estos pacientes se demora por falta de uniformidad a la hora de seleccionar pruebas diagnósticas o procedimientos más adecuados en cada caso.

Objetivos: Consideramos necesario asegurar un proceso diagnóstico y terapéutico ágil y eficiente, ante lo cual planteamos el Protocolo que presentamos en este análisis. Éste tiene como objetivos facilitar el flujo de información entre las distintas especialidades implicadas, asegurar una atención adecuada a los pacientes y evitar pruebas y costes innecesarios, todo ello con el fin de disminuir el tiempo diagnóstico. Tras la presentación del análisis preliminar en la anterior edición de este Congreso, nos disponemos a presentar los resultados definitivos de nuestra experiencia.

Material y método: Se han recogido datos de forma retrospectiva de aquellos pacientes sometidos a biopsia ganglionar en nuestro Centro desde 2011 a 2014. La información se ha obtenido de partes de quirófano y de listados de anatomía patológica dentro de dicho periodo. Las variables clínicas analizadas fueron edad, sexo, localización ganglionar, tamaño y consistencia de los mismos, síntomas acompañantes y diagnóstico final. Se analizaron además las fechas más importantes dentro del proceso diagnóstico, como fecha del primer síntoma, de primera valoración hospitalaria, de toma de biopsia o de primera visita en Oncología en los casos necesarios.

Resultados: Se han realizado biopsias de adenopatías a 273 pacientes en el periodo analizado. De ellas, el 69,5% se hicieron de forma ambulatoria y el 30,5% en pacientes ingresados, con la peculiaridad de que el 65,5% de éstos últimos presentaron diagnóstico oncológico. El Servicio que solicitó la biopsia fue Medicina Interna en un 51,6% de los casos, Cirugía General en un 31% y el 17,4% servicios como Digestivo, Oncología o Hematología. El síntoma más común fue tumoración en

un área ganglionar en un 78% de los casos, dolor en un 16% y pérdida de peso en un 10,5%. El 48% de los sujetos biopsiados en un primer momento presentó patología neoplásica. En el 13,5% de los casos totales fue necesario realizar una segunda biopsia por datos no concluyentes, dentro de las cuales el 53% se tradujo en patología oncológica. La región ganglionar biopsiada con más frecuencia fue la cervical, con un 51,6% de los casos. Los ganglios con mayor rentabilidad diagnóstica fueron del área supracervical y axilar, y los que precisaron segunda biopsia con mayor frecuencia fueron los inguinales. Desde la instauración del protocolo destaca una significativa disminución del tiempo entre la primera visita, la toma de la biopsia y, en su caso, la primera valoración por parte de Oncología, consiguiendo que más del 50% de los pacientes sean biopsiados en menos de 12 días desde la primera valoración hospitalaria.

Conclusiones: Consideramos que el establecimiento del Protocolo Multidisciplinar, con la colaboración directa del Servicio de Medicina Interna y la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Servicio de Cirugía General ha demostrado su utilidad en la mejora asistencial dentro del proceso diagnóstico de las linfadenopatías. Para mejorar los resultados sería necesario implicar al personal de otras especialidades y de Atención Primaria dando a conocer las vías de acceso a dicho sistema diagnóstico.

Tratamiento con endoláser en varices de miembros inferiores

Aparicio Sánchez, Daniel; Durán Muñoz-Cruzado, Virginia; Rubio Manzanares-Dorado, Mercedes; Machuca Casanova, ...; Docobo Durántez, Fernando y Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío

Introducción: La insuficiencia venosa de miembros inferiores es un problema frecuente, con una incidencia del 28-35% en la población adulta. Aunque algunos pacientes permanecen asintomáticos, otros expresan síntomas importantes que pueden afectar la calidad de vida. El tratamiento endovascular mediante radiofrecuencia o ablación con láser ha demostrado ser clínicamente más eficaz que las medidas conservadoras. La rápida recuperación postoperatoria unida a una menor morbilidad asociada hace que la ablación endovascular sea un procedimiento ideal para el régimen de CMA.

Objetivos: Evaluar la seguridad y eficacia a corto plazo del tratamiento de la insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores con láser endovascular en régimen ambulatorio.

Material y método: Se realiza un estudio observacional prospectivo desde enero de 2013 hasta junio de 2014. Se incluyen pacientes sometidos a ablación endovascular mediante diodo láser de 940 nm en régimen de CMA para el tratamiento de varices grado II-III (clasificación de Porter). El diagnóstico preoperatorio se realiza mediante Eco-doppler o flebografía. Se excluyen pacientes menores de edad y mayores de 65, pacientes con linfedema, TVP, enfermedad arterial oclusiva de MMII, obesidad morbida, embarazo y comorbilidad asociada (ASA III-IV). Se realiza seguimiento en el postoperatorio inmediato, mediante llamada telefónica a las 24 horas, en consultas a las 48 horas y al mes de la intervención.

Resultados: Se han intervenido 122 pacientes, 74 mujeres y 48 varones. La edad media fue 42 (23-61) años. El 33,3 % presentaban una valoración ASA I y el 67,7% ASA II. Todos los pacientes iniciaron tolerancia oral y deambulación en el postoperatorio inmediato siendo alta. A las 24 horas, no hubo pacientes con fiebre y el dolor postquirúrgico fue registrado como una media de 2 (Rango:1-3) en la escala EVA, cediendo con analgesia habitual. A las 48 horas no se presentaron incidencias y ningún paciente requirió ingreso hospitalario. Al mes de la intervención, no existen signos de recidiva, se han registrado dos casos de seroma en la herida quirúrgica y una quemadura superficial en el trayecto del láser que se resolvieron sin incidencias.

Conclusiones: La ablación con láser endovascular parece ser una opción segura y eficaz para el tratamiento de la insuficiencia venosa de miembros inferiores en régimen de CMA. Sin embargo, son necesarios más estudios comparativos y a largo plazo que incluyan un mayor número de pacientes y un mayor tiempo de seguimiento para establecer la eficacia de este tratamiento.

Telecirugía: Un seguimiento cercano

Pino Díaz, Verónica; Segura Sampedro Juan José; Rivero Belenchón Inés; Jiménez Rodríguez; Senent Boza, Ana; Pareja Ciuró Felipe; Padillo Ruiz, Javier.

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La telemedicina fue definida por la OMS como la práctica médica a distancia gracias a la aplicación de las Tecnologías de la Información y Comunicación incluyendo el diagnóstico, seguimiento y tratamiento, así como la enseñanza y transferencia de información médica cuando la distancia o el tiempo separan a los participantes.

Hoy en día debe considerarse la Telemedicina como un nuevo sistema organizativo de la profesión médica cuyo objetivo es la provisión de servicios sanitarios en beneficio de los pacientes, los profesionales médicos y el sistema sanitario en general.

Objetivos: El objetivo de este estudio es comprobar la factibilidad y seguridad del teleseguimiento por vía email comparándolo con el seguimiento convencional en consultas de pacientes intervenidos por apendicitis aguda, así como valorar la satisfacción de los pacientes con este tipo de evaluación.

Material y método: El estudio se llevó a cabo de manera unicéntrica mediante la toma de fotografías por el propio paciente de la herida quirúrgica al séptimo día posoperatorio y completar un cuestionario con el fin de establecer un diagnóstico de infección que se corroboró con la visita convencional en nuestro centro.

Se incluyeron en nuestro estudio un total de 24 pacientes (14 hombres y 10 mujeres), entre el 1 de septiembre y el 17 de diciembre de 2014 con una media de edad de 29,29±13,12 años intervenidos por apendicitis aguda.

Las variables a estudio fueron sexo, edad, patología, tipo de intervención, tipo de herida, estancia hospitalaria, resultado

del análisis patológico, presencia de dolor, fiebre, malestar general, recuperación de la vida normal y en la fotografía se observó la presencia de tumor, rubor, supuración y la integridad de los bordes.

A su recepción, los resultados fueron valorados por dos investigadores independientes A y B. Los sujetos incluidos acudieron 24 h después del envío de las pruebas para revisión de la herida quirúrgica en consultas mediante la exploración física directa por un tercer investigador C y clasificarlos según la existencia de complicación quirúrgica o no.

Tras completar el estudio se valoró el nivel de concordancia entre los investigadores y el grado de satisfacción según el sistema validado por Yip et al.

Resultados: Tras la revisión telemática del facultativo, precisaron de control en consulta 4 pacientes (26,6%), mientras que tras de la evaluación física, sólo 3 (20%).

El grado de concordancia del estudio devuelve un índice Kappa del 0,81 (error estándar 0,25 e IC 95% (1,31 - 0,31).

Analizando en conjunto la encuesta de satisfacción, el 94% de los pacientes estaban conformes con el modelo de seguimiento telemático y el 93% preferirían someterse al seguimiento telemático respecto a la revisión convencional en consultas.

Conclusiones: Somos conscientes de que los resultados de nuestro estudio piloto deben ser analizados críticamente, principalmente debido a la baja cantidad de pacientes y la baja prevalencia de complicaciones sin embargo, da evidencia preliminar de que este nuevo sistema de telemedicina para el control de heridas quirúrgicas basadas en un enfoque clínico y de imagen combinado puede ser adecuado para la gestión remota de pacientes.

Divertículo de Meckel: manifestaciones clínicas asociadas al tejido heterotópico

Plata Illescas, Cristina; San Miguel Méndez, Carlos; Bustos Merlo, Ana Belén; Segura Jiménez, Inmaculada; Conde Muíño, Raquel; Huertas Peña, Francisco; Palma Carazo, Pablo.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) es la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, con una prevalencia aproximada del 2% de la población. La mayoría son asintomáticos, descubiertos de forma incidental. Se estima que alrededor del 50% de los casos contienen tejido heterotópico en su interior, siendo éstos causa potencial de complicaciones.

Objetivos: Presentamos dos casos clínicos de pacientes con DM sintomático con tejido ectópico en su interior y cuyas manifestaciones clínicas dependientes del mismo determinaron diferente abordaje terapéutico.

Material y método: Caso 1: Varón de 17 años de edad sin antecedentes de interés, que consultó por episodio de sangrado digestivo autolimitado de tres días de evolución. Se le realizaron endoscopias digestivas alta y baja que no objetivaron hallazgos patológicos. Finalmente, la gammagrafía con pernectato-TC mostró un foco de captación en un segmento de íleon retrovesical sugerente de mucosa gástrica ectópica. El

paciente se intervino de forma electiva realizándose diverticulectomía vía laparoscópica.

Caso 2: Mujer de 14 años sin antecedentes reseñables que consultó por presentar náuseas y vómitos acompañados de anorexia. La exploración física mostraba dolor en el cuadrante inferior derecho abdominal. Se le realizó una TC que sugería signos de apendicitis aguda complicada, por lo que se intervino de forma urgente, objetivándose durante la cirugía un DM con signos inflamatorios. El apéndice ileocecal no presentaba signos de complicación. Se le realizó resección intestinal incluyendo el DM y anastomosis.

Resultados: La intervención y el postoperatorio inmediato de ambos transcurrieron sin incidencias. En el primer caso, la Anatomía Patológica informó de la presencia de mucosa gástrica ectópica con márgenes de resección libres de la misma y sin ulceración. Tras doce meses de seguimiento, el paciente no ha presentado recidiva del sangrado gastrointestinal y continúa asintomático.

En el segundo caso, los resultados anatomopatológicos describieron la presencia de mucosa ectópica del tipo gástrico y pancreática ductal. Desde la intervención, la paciente continúa asintomática.

Conclusiones: Aunque el DM cursa de forma silente en la mayoría de los casos, puede presentar distintas manifestaciones clínicas que incluyen la hemorragia, obstrucción intestinal, diverticulitis, intususcepción y perforación. Tomando de referencia su prevalencia en la población general, se estima una incidencia del 4,2% de pacientes que necesitarán tratamiento debido a complicación del mismo.

Los dos casos de DM sintomático presentados deben alertar a digestólogos y cirujanos sobre las distintas complicaciones del DM que obligan a considerarlo dentro del diagnóstico diferencial de otras patologías abdominales.

Importancia del tratamiento quirúrgico en el liposarcoma retroperitoneal.

Sanchiz Cardenas, Elena; Soler Humanes, Rocio; Machado Romero, Ignacio; Perez Daga, Jose Antonio; Gonzalez Sanchez, Antonio; Muñoz Ortega, Antonio; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Del Fresno Asensio, Antonio; Ramirez Plaza, Cesar

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Quirón Málaga

Introducción: El liposarcoma es un tumor maligno de origen mesodérmico derivado del tejido adiposo, que representa la variedad más frecuente dentro de los sarcomas de partes blandas del retroperitoneo.

El tratamiento es la cirugía radical siendo básica su resección completa para el control local de la enfermedad.

Objetivos: El liposarcoma retroperitoneal es una tumoración relativamente rara que usualmente se diagnostica en un estadio avanzado. El papel de la quimio y radioterapia aún está por definir, por lo que la cirugía es el tratamiento de elección.

Material y método: Se presenta el caso de una mujer de 65 años con antecedente quirúrgico de exéresis de liposarcoma

retroperitoneal, que es reintervenida a los dos años tras recidiva local del mismo

Resultados: La paciente es sometida a una laparotomía, con hallazgo de una tumoración de consistencia blanda y aspecto lipomatoso que ocupa el retroperitoneo a la derecha de los grandes vasos y que desplaza cranealmente el hígado hasta el hiato, y alcanza distalmente la bifurcación de los vasos ilíacos. Se realiza exéresis completa de la enfermedad macroscópica con una recuperación postoperatoria favorable.

Conclusiones: El liposarcoma retroperitoneal tiene una evolución silente por lo que su diagnóstico suele ser tardío. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica con márgenes libres. No obstante su recurrencia local es frecuente (50-85%), en cuyo caso la cirugía sigue constituyendo la mejor opción para el control de la enfermedad a pesar de la dificultad que pueda plantear la exéresis con márgenes negativos.

Resistencia antibiótica de microorganismos anaerobios en la infección intraabdominal. Un problema emergente.

Hinojosa Arco, Luis Carlos; Monje Salazar, Cristina; Ramos Muñoz, Francisco; Carranque Chaves, Gabriel; García López, María Victoria; Santoyo Santoyo, Julio; Suárez Muñoz, Miguel Ángel;

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La infección intraabdominal complicada en sus distintas formas de presentación (peritonitis localizadas, generalizadas y abscesos intraabdominales) sigue ofreciendo cifras elevadas de morbilidad y mortalidad, apreciándose una elevada implicación de gérmenes anaerobios. En este sentido, el inicio precoz del tratamiento antibiótico apropiado reduce el fracaso clínico y los costes sanitarios, que junto al control del foco de infección y a medidas de soporte constituyen los pilares básicos del tratamiento. En los últimos años se han incrementado las resistencias de las bacterias anaerobias a los antimicrobianos, al tiempo que han aparecido nuevas resistencias a antibióticos considerados universalmente activos frente a estas bacterias.

Objetivos: Estudio de las resistencias antibióticas en nuestro medio hospitalario en la infección intraabdominal, centrándonos en microorganismos anaerobios. Valorar las comorbilidades de cada caso, intervenciones realizadas, estancia en Unidades de Cuidados Críticos y distintas líneas de tratamiento antibiótico precisadas, así como la respuesta a cada una de ellas.

Material y método: Hemos realizado una revisión de todos los aislamientos de gérmenes anaerobios, en muestras de pacientes ingresados en nuestro Centro Hospitalario durante el año 2014, afectados por distintas patologías infecciosas, evaluando el subtipo correspondiente al diagnóstico de infección intraabdominal complicada, que fueron atendidos en nuestro Servicio de Cirugía General y Digestiva. La variable principal del estudio ha sido la sensibilidad a los antimicrobianos de uso más frecuente para estas bacterias, efectuando un estudio de correlación con diferentes variables demográficas y clínicas de relevancia como antecedentes personales, diagnóstico al

ingreso, intervenciones realizadas o estancia en Cuidados Intensivos entre otras.

Resultados: Las muestras analizadas correspondían a Líquido peritoneal en un 23%, material de exudado de herida quirúrgica 55,15% y de hemocultivos en un 10,85%. Se detectó la presencia de *Bacteroides fragilis* 66,7%, *Bacteroides Ovatus* 26,1%, *Bacteroides distasonis* en un 4,7% y *Bacteroides caccae* en un 1,5%. El panel de sensibilidad reveló que el 67% eran productores de Betalactamasas. Respecto a las resistencias a antimicrobianos, el 47,7% se mostró resistente a Amoxicilina-Ácido Clavulánico, el 30% a Cefoxitina, 32% a Moxifloxacino, 29% a Piperacilina/Tazobactam, cerca de un 20% a Carbapenémicos y solo 1% a Metronidazol.

Conclusiones: El aumento de la prevalencia de las infecciones causadas por gérmenes multirresistente es motivo de preocupación en todo el mundo. A esta tendencia también se están incorporando las bacterias anaerobias. Los datos obtenidos en nuestro estudio sugieren la necesidad de conocer los patrones de sensibilidad de estos gérmenes para evitar el uso inadecuado de la antibioterapia empírica en el tratamiento de la infección intraabdominal. La elevada proporción de resistencias a betalactámicos de amplio espectro, debe ser considerada a la hora de establecer pautas de tratamiento que incluyan el uso de anaerobicidas específicos.

Infección por Entamoeba Histolytica. A propósito de un caso clínico

Romero Pérez, Luis; Álvarez Alcalde, Antonio; Ulecia Moreno, Javier; Valle Carbajo, Marta; Tejido Sánchez, Carmen; Gómez Sánchez, Tatiana; González Chamorro, Antonio

Hospital SAS, La Línea de la Concepción

Introducción: La Entamoeba Histolytica, es un protozoo capaz de invadir la mucosa intestinal y diseminarse hacia otros órganos, fundamentalmente hígado. En América de Norte y Europa se ha erradicado prácticamente gracias a las mejoras de infraestructuras de aguas residuales y potables, afectando en estos países a viajeros o inmigrantes de zonas endémicas, siendo la mayoría de los casos importados. En España parecen haber aumentado los casos de personas que no han salido del país.

Objetivos: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

Material y método: Presentamos un caso clínico diagnosticado en nuestro Servicio de Cirugía General, de una paciente con cuadro séptico abdominal y gran colección parietocólica izquierda, la cual se drena percutáneamente por vía radiológica.

Resultados: La paciente tras una evolución tórpida inicialmente, valoración de antecedentes personales y realización de varias pruebas complementarias, se obtiene serología positiva para la infección por Entamoeba Histolytica. Se prescribió amebicidas, con buena evolución clínica posterior.

Conclusiones: La amebiasis por Entamoeba Histolytica debería tenerse en cuenta como posible diagnóstico de entidades clínicas en nuestro medio, incluso en pacientes que

no han salido de España. El hecho de ser en muchas ocasiones asintomática permite la circulación del parásito por el medio y su posible contagio. El diagnóstico microbiológico debería aportar las herramientas que permitan con fiabilidad identificar infecciones poco comunes en nuestro medio. El tratamiento es habitualmente médico con ampicilinas, siendo el drenaje percutáneo guiado radiológicamente fundamentalmente en casos de abscesos de gran tamaño y cuando no responde a tratamiento médico. La cirugía queda para los casos de fallo del drenaje o de surgir complicaciones.

cambios metabólicos perioperatorios en pacientes sometidos a procedimientos de cirugía citorreductora y quimioterapia intraperitoneal en hipertermia (hipe) por carcinomatosis peritoneal

Cabrera Bermon, Juan Manuel; Cardenas Febres, Any Sofía; Arjona Sánchez, Alvaro; Muñoz Casares, Cristóbal; Casado Adam, Angela; Sánchez Hidalgo, Juan Manuel; Rufián Peña, Sebastián; Briceño Delgado, Francisco Javier
Hospital Reina Sofía. Unidad de Cirugía Oncológica y Peritoneal

Introducción: La cirugía citorreductora y quimioterapia intraperitoneal en hipertermia es una opción terapéutica para la carcinomatosis peritoneal de origen ovárico y colónico que ha mostrado resultados prometedores en términos de supervivencia y periodo libre de enfermedad.

Objetivos: Describir las alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas tras la administración de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) en pacientes sometidos a peritonectomía por carcinomatosis peritoneal de origen ovárico y no ovárico. Evaluar la morbimortalidad y estancia hospitalaria en nuestro centro tras dicha cirugía.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron a 147 pacientes sometidos a cirugía citorreductora máxima más HIPEC entre 2011 y 2014. Se estudiaron las alteraciones hidroelectrolíticas y cambios metabólicos medidos en gasometrías pre y postHIPEC. Se analizó la asociación entre dichas alteraciones y aparición de complicaciones postquirúrgicas mediadas según la clasificación de Clavien.

Resultados: La edad media fue de $56 \pm 10,48$ años. Como antecedentes un 6,8% diabetes, 35,5% HTA, 32,2% sobrepeso y 23% obesidad. Los pacientes recibieron 5 ± 2 ciclos de quimioterapia neoadyuvante. En cuanto a la cirugía el 49,2 % se realizó peritonectomía completa, en el 93% citorreducción óptima. Se obtuvo un PCI $15,4 \pm 7,64$.

En las gasometrías postHIPEC, el 80,2 % de los pacientes presentó acidosis y elevación de ácido láctico en un 92,8%. Por otra parte, hiponatremia en un 15,5%, hipopotasemia en un 80,4% y 100% de hiperglucemia.

Según la clasificación de Clavien-Dindo, en los 30 días postquirúrgicos hubo un 8,5% de grado IIIa; 5,9% de grado IIIb; 4,2% grado IVa y un caso de grado V.

Conclusiones: La cirugía citorreductora y HIPEC conlleva importantes trastornos hidroelectrolíticos y metabólicos en el manejo perioperatorio de estos pacientes que hacen necesario un control exhaustivo de los mismos para reducir su impacto

en la morbilidad posoperatoria de los pacientes. Dicho manejo es aconsejable que sea llevado a cabo en Unidades de referencia para Cirugía Oncológica peritoneal.

Complicaciones biliares tardías tras duodenopancreatectomía cefálica

Parra Membrives, Pablo; Martínez Baena Darío; Sánchez Sánchez, Fabricio; Ponce Guerrero, Irene; Ruiz Juliá, María Luisa; Martín Balbuena, Ramón

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: Tras la mejoría de las tasas de morbilidad y mortalidad de la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) en los últimos años, y el incremento de las indicaciones quirúrgicas que en la actualidad se ha ampliado a patologías benignas o potencialmente malignas, ha comenzado a surgir el interés acerca del manejo de las complicaciones aparecidas a largo plazo.

Objetivos: Presentar una revisión de las complicaciones biliares surgidas durante el seguimiento a largo plazo tras la realización de una DPC en nuestra institución.

Material y método: Presentamos los datos de 86 pacientes intervenidos desde enero 2001 hasta mayo 2014 en nuestro centro y analizados de forma retrospectiva. La supervivencia media actuarial fue de 39,3 meses. El seguimiento medio fue de 23,53 meses (media de 39,79. Rango de 0,83 a 147,23). Se examinó la aparición de episodios de colangitis o ictericia sin colangitis desde el momento del alta hospitalaria. Se estudió el momento de aparición de los síntomas durante el seguimiento, y se analizaron las pruebas diagnósticas de imagen empleadas. Se estudió la relación de las complicaciones biliares tardías con el nivel de bilirrubina preoperatorio o la necesidad de drenaje biliar previo a la cirugía, con el volumen de sangrado operatorio y con la aparición de complicaciones quirúrgicas inmediatas. Finalmente se analizó el tratamiento de las complicaciones biliares tardías que recibieron los pacientes.

Resultados: Aparecieron complicaciones biliares tardías en 12 pacientes (15,6%). La mediana de tiempo hasta el diagnóstico fue de 9,50 meses. El nivel de bilirrubina preoperatoria, necesidad de drenaje preoperatorio y la pérdida de sangre intraoperatoria no fueron significativamente diferentes para los pacientes con eventos biliares tardíos ($p = 0,674$, $p = 0,663$ y $p = 0,358$, respectivamente). Siete pacientes (58,3%) tuvieron una verdadera estenosis biliar. Entre estos pacientes, 3 (42,9%) había experimentado una fuga biliar temprana ($p < 0,0005$) resultando ser estenosis benignas. En 5 pacientes no pudo demostrarse una verdadera obstrucción biliar, siendo diagnosticados de estasis de asa aferente. Tres de las obstrucciones por recidiva tumoral fueron tratadas con stent metálicos percutáneos y en un caso se realizó una hepaticoyunostomía. Las tres estenosis benignas fueron tratadas con re-hepaticoyunostomía en dos casos y con dilatación percutánea con balón en otro caso. Los pacientes con episodios de colangitis sin obstrucción se trataron con ciclos de antibióticos.

Conclusiones: Las estenosis biliares tardías tras DPC aparecen predominantemente en el primer año postoperatorio y se

desarrollan de forma más probable en pacientes que han sufrido una fuga biliar. Las estenosis biliares no siempre son responsables de la aparición de episodios de colangitis, pudiendo también deberse a una variante del síndrome de asa aferente.

tumores neuroendocrinos de páncreas. presentación de resultados en nuestro centro.

Gómez Pérez, Rocío; Cuba Castro, Jose Luis; Rivera Castellano, Javier; Hernández Gonzalez, Jose Manuel; Sánchez Barrón, Maria Teresa; Roldán de la Rúa, Jorge Francisco; Suárez Muñoz, Miguel Angel, Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: Los tumores neuroendocrinos de páncreas son poco frecuentes, 4-5/100,000 habitantes. Representan el 1-2% de las neoplasias pancreáticas. El 5-10% de todos los TNEP son parte de síndromes familiares como la neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (MEN1), enfermedad de von Hippel-Lindau, la neurofibromatosis y esclerosis tuberosa. Pueden presentar clínica por la hormona que producen, clínica por compresión u obstrucción y asintomáticos. En su diagnóstico destacan el TAC, la RM, la Gammagrafía de Receptores de Somatostatina (Octreoscan), la eco abdominal, la ecoendoscopia, y otros métodos más específicos como la angiografía visceral, la inyección arterial selectiva con muestreo venoso hepática, el PET con 5-hidroxitriptófano o levodopa y el muestreo venoso portal transhepático.

Objetivos: Presentamos los datos de la serie de casos de TNE Pancreáticos intervenidos desde Enero de 2012 a Diciembre de 2014 en nuestro centro.

Material y método: Se realizó una búsqueda conjunta con el servicio de Anatomía Patológica de todas las biopsias pancreáticas con resultado de tumor neuroendocrino en este periodo de tiempo. De estos un total de 9 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de sus datos.

Resultados: Se intervinieron 8 hombres y tan solo una mujer, con una media de edad de 54 años (rango 24-72) y un IMC medio de 31. La mayoría con un ASA III. En cuanto a su forma de presentación un 45% presentaban dolor abdominal, un 33% fueron hallazgos incidentales, un 11% presentaba diarrea y vómitos y un 11% debutó con una ictericia obstructiva indolora. En relación a las pruebas diagnósticas el 100% de los pacientes fueron estudiados con TAC, 55% aportaban una ecoendoscopia, 55% Octreoscan, el 44% ecografía abdominal, solo el 22% RNM y tan solo el paciente con ictericia fue sometido a una CPRE. Cabe destacar que el 100% de los pacientes intervenidos en 2014 estaban estudiados al menos con TAC y ecoendoscopia previo a la intervención. Histológicamente se trataron de 1 gastrinoma y 8 TNE no funcionantes, de los cuales 6 eran TNE bien diferenciados y 2 carcinomas neuroendocrinos. Por localización hemos tenido 7 (77%) en cuerpo-cola pancreáticos en las que se llevaron a cabo pancreatectomías corporocaudales con Esplenectomía, 3 abiertas y 3 laparoscópicas, uno en cabeza (enucleación) y un ampuloma (DPC con

anastomosis pancreato-yeyunal). Tamaño tumoral promedio: 4,6 cm (1,9-7), con 100% de márgenes negativos. La estancia media fueron 19,8 días (4-110), excluyendo al paciente que tuvo una larga estancia de 8,6 días. Ningún paciente de nuestra serie falleció. La morbilidad global fue del 55% (Clavien I un 22%, Clavien II un 11%, Clavien III un 0%, Clavien IV un 22%, Clavien V un 0%). La tasa de fistula pancreática fue del 33%. Se reintervinieron 2 pacientes: uno por hemoperitoneo y el paciente de larga estancia que tuvo una fistula pancreática y de la anastomosis grastro-yeyunal que precisó múltiples intervenciones para lavado de colecciones y cambios del sistema VAC. Tuvimos un reingreso por colección intraabdominal tratada con antibioterapia intravenosa sin drenaje percutáneo.

Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos de páncreas son poco frecuentes, muchos se diagnostican de forma incidental. La laparoscopia es una buena opción terapéutica siempre que sea realizada por cirujanos expertos. En este caso, la exploración de la glándula por palpación manual fina no puede efectuarse. Es esencial que los resultados de las pruebas de imagen preoperatorias sean convergentes y poder realizar una exploración ecográfica durante la laparoscopia.

Programa de donación a corazón parado (Maastricht III). Experiencia preliminar.

Cabaño Muñoz, Daniel; Sánchez Pérez, Belinda; Fernández Aguilar, Jose Luis; Santoyo Santoyo, Julio; Perez Daga, Jose Antonio; Aranda Narváez, Jose Manuel; Montiel Casado, Custodia; León Díaz, Francisco Javier; Pitarch Martínez, María; Gámez Córdoba, Esther.

Hospital Regional Universitario de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: Ante la necesidad de nuevas fuentes de órganos, los donantes a corazón parado Maastricht III (DCP-III) seleccionados adecuadamente, parecen ofrecer resultados alentadores tanto en el postoperatorio inmediato como a medio y largo plazo, aceptando leves aumentos en disfunción primaria de injerto y complicaciones biliares tardías.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos tras la puesta en marcha del programa de DCP-III

Material y método: Estudio prospectivo y descriptivo que incluye todos los trasplantes hepáticos realizados con DCP-III entre Marzo 2014-Marzo 2015. Analizamos variables donantes: demográficas, Tiempos quirúrgicos: Tiempo isquemia caliente (TIC) funcional/verdadera, Tiempo de isquemia fría (TIF). Receptor: demográficas, etiología, MELD, DPI, fallo primario de injerto (FPI), Rechazo celular agudo (RCA), complicaciones biliares y mortalidad a 3^o, 6^o y 12^o meses.

Resultados: Se realizaron 10 extracciones DCP-III: un órgano se rechazó por mala perfusión. La edad media de los donantes fue 55 años (r: 45-65) y el BMI de 25 kg/m² (21-31). La técnica de extracción usada fue «Superrápida». TIC Funcional: 18 minutos (r: 11 - 29), y el TIF 363 m (r: 275-538). Los receptores fueron mayoritariamente hombres (8/1), con edad media de 53 (r: 45-62). Etiología: 44% enólica, 33% vírica, 22% CHC. MELD medio fue 17 (r: 15-20). El 66% presentaron DPI. Ningún paciente presentó FPI ni necesidad de retrasplante. Complicaciones postoperatorias: 22% RCA, 11% ascitis y du-

rante el seguimiento un paciente preciso TIPS para control de ascitis. No aparecieron complicaciones biliares ni a corto ni a largo plazo. Hubo dos fallecimientos: uno por rechazo celular persistente a los dos meses, y otro por muerte súbita el 3ºPOI, no relacionada con el procedimiento ni con el tipo de donante. La supervivencia 1º -6º-12º meses fue del 83%-75%-75%.

Conclusiones: A pesar de lo limitado de la serie, los buenos resultados obtenidos hasta el momento nos animan a ampliar nuestro pool de donantes mediante este tipo de donación.

Establecimiento de los criterios RIFLE y AKIN para definir el fallo renal agudo en procedimientos de peritonectomía con hipec para carcinomatosis peritoneal de origen ovárico y no ovárico.

Cabrera Bermón, Juan; Cadenas Febres, Anny; Arjona Sánchez, Álvaro; Muñoz Casares, Cristóbal; Casado Adam, Angela; Sánchez Hidalgo, Juan Manuel; Rufián Peña, Sebastián

*Hospital Unidad de Cirugía Oncológica y Pancreática.
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

Introducción: El fallo renal agudo (ARD) es una complicación frecuente en procedimientos quirúrgicos complejos como la peritonectomía seguida de quimioterapia intraperitoneal en hipertermia (HIPEC). La descripción de esta complicación en las diferentes series no responde a criterios definidos ni estandarizados. El objetivo de este estudio es evaluar el ARD utilizando criterios estandarizados como los RIFLE y la modificación de AKIN en pacientes sometidos a procedimientos de citorreducción máxima con peritonectomía y HIPEC para carcinomatosis peritoneal de origen ovárico y no ovárico intervenidos en nuestra Unidad. Establecer qué sistema de definición posee más capacidad de detección del ARD en este tipo de procedimiento. Evaluar los factores de riesgo para el desarrollo del ARD, así como, su implicación en la morbi-mortalidad y estancia hospitalaria.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva pacientes diagnosticados de carcinomatosis peritoneal de origen ovárico, digestivo, mesotelioma y sarcomatosis, tratados en nuestra Unidad mediante procedimientos de peritonectomía y HIPEC desde 2011-2014. Se estudió la incidencia de ARD posoperatorio de estos pacientes y qué criterios de definición poseen más sensibilidad para su detección. Se analizaron variables perioperatorias y su implicación como factores de riesgo para desarrollar el ARD, mediante análisis multivariante. Se analizó el impacto que el fallo renal agudo tiene en la morbilidad, mortalidad, días de estancia posoperatoria, y supervivencia en el primer año de estos pacientes, analizado mediante análisis de supervivencia mediante Kaplan Meier y Log Rank test ($p < 0,05$).

Resultados: 147 pacientes fueron estudiados. La incidencia de fallo renal agudo definido por dos de los tres niveles de los criterios RIFLE y AKIN hasta dos semanas después del procedimiento de HIPEC fueron del 31,3% y de 21,8%, respectivamente. La capacidad de detección fue superior para los criterios RIFLE ($p = 0,001$). Los factores de riesgo detectados en el análisis multivariante para el daño renal agudo (ARI)

fueron: descenso de pH pre-post HIPEC, quimioterápico empleado (Cisplatino), necesidad de perfusión de coloides, cateterización ureteral y la extensión de la carcinomatosis (PCI). Para fallo renal agudo (ARF) fueron detectados: el incremento de Na pre-post HIPEC, uso de drogas inotrópicas y el PCI. El fallo renal agudo tuvo impacto en la estancia posoperatoria pero no así en la supervivencia temprana (1 año) de los pacientes.

Conclusiones: Los criterios RIFLE son los que presentan una mejor capacidad de detección del fallo renal agudo en pacientes sometidos a procedimientos de peritonectomía y HIPEC. La optimización hemodinámica perioperatoria del paciente, la limitación del uso de catéteres pueden prevenir el fallo renal posoperatorio en estos pacientes, limitando su impacto en la prolongación de la estancia posoperatoria.

Proceso colecistitis en hospital de primer nivel

Fornell Ariza, Mercedes; Roldán Ortiz, Susana; Bengoechea Trujillo, Ander; Bazán Hinojo, Carmen; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Pacheco García, Jose Manuel; Sancho Maraver, Eva; Castro Santiago; María Jesús; Fernández Serrano, Jose Luis

Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: La colecistitis aguda es un proceso asistencial prevalente, el 10-15% de la población presenta litiasis vesicular y de ellos un 5% desarrollará una colecistitis aguda. A pesar de ello y de los múltiples estudios que abordan su tratamiento, todavía existe controversia en cuanto al manejo, que va desde el momento más oportuno para la intervención, la técnica o el tratamiento antibiótico más apropiados.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo observacional de carácter retrospectivo, con una muestra de 140 pacientes ingresados en nuestro servicio en el período comprendido entre el 1 de Enero de 2013 y el 31 de Diciembre de 2014 afectados por el proceso colecistitis. Las variables a estudio se encontraban: edad y sexo de los pacientes, comorbilidades asociadas (diabetes) el riesgo quirúrgico según escala ASA, el tiempo de evolución, tipo de tratamiento (conservador o quirúrgico y dentro de éste el tipo de cirugía), la estancia media, reingresos, la anatomía patológica en caso de cirugía, y las complicaciones.

Resultados: De un total de 140 pacientes 71 fueron hombres y 69 mujeres, con una media de edad de 67,3 años (rango de 26- 92). 40 pacientes tenían asociada alguna comorbilidad (diabetes). La media ponderada del tiempo de evolución fue de 2,94 días (rango entre 0,5 y 30 días). 14 pacientes presentaban un riesgo anestésico ASA I, 73 fueron ASA II, 48 ASA III, y solo 5 presentaban un riesgo ASA IV. El tratamiento elegido fue el quirúrgico en un total de 82 casos, y dentro de este tipo se realizó por laparoscopia 65, 12 inicialmente fueron por vía laparotómica y en 5 casos fue necesaria una conversión a vía abierta tras iniciar laparoscópicamente. En 53 pacientes se optó por manejo conservador, y en 5 casos que se optó de inicio por medidas conservadoras fue necesaria la cirugía de urgencia. La estancia media fue de 5,05 días (4,52 en los pacientes intervenidos, 5,85 en pacientes con manejo

conservador). Reingresaron 13 pacientes (3 con manejo quirúrgico inicial, 10 con manejo conservador), no asociado a comorbilidades. La anatomía patológica más frecuente fue de colecistitis aguda litiasica y la segunda la gangrenosa. Presentaron complicaciones 28 pacientes, siendo la más frecuente la coledocolitiasis (en 9 pacientes), seguido del absceso del lecho quirúrgico (4 casos) todos ellos pacientes diabéticos. 3 pacientes desarrollaron una fuga biliar, uno de los cuáles necesitó ser reintervenido. Como complicaciones médicas 4 pacientes sufrieron descompensación de su patología cardíaca, 1 desarrolló una pancreatitis biliar posterior al ingreso, 1 ileo biliar, 1 ileo paralítico. 1 paciente sufrió una perforación de víscera hueca tras ser intervenido por laparoscópica. 1 paciente tuvo un sangrado por trocar que necesitó de transfusión de hemoderivados.

Conclusiones: En nuestro hospital el proceso colecistitis supone un elevado número de casos anual, que afecta a una población de edad muy amplia, que requiere de un importante gasto sanitario y del cuál contamos con un correcto manejo en cuanto a resultados.

CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR: PRESENTACIÓN DE 16 CASOS

Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Bengoechea Trujillo, Ander; Pérez Gomar, Daniel, Bazán Hinojo, M^a Carmen; Mayo Ossorio, M^a de los Ángeles; Ayllón Gámez, Saray; Casado Maestre, M^a Dolores; Sancho Maraver, Eva; Castro Santiago, M^a Jesús; Fernández Serrano, Jose Luis.

Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: El cáncer de vesícula biliar representa el 3% de tumores malignos. Es el 5º cáncer más común en tracto digestivo y el más frecuente del árbol biliar.

Material y método: Realizamos una revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de vesícula biliar desde enero 2009 hasta marzo 2015 en UGC C. General y Ap. Digestivo del Hospital Puerta del Mar de Cádiz.

Resultados: Presentamos 16 pacientes con adenocarcinoma vesícula biliar, 11 son mujeres (68,75%) y 5 son varones (31,25%). La edad media es de 76 años (rango de edad de 67-84 años). Presentan obesidad el 56,25 %, DM el 37,5% y VHC 6,25%. La relación de nuestros pacientes con litiasis fue: episodio de colecistitis previa en 37,5% de los pacientes, colelitiasis previa 31,25%, pancreatitis 6,25% y fístula colecistoduodenal en 6,25%. Con respecto a estimación de riesgo quirúrgico, 5 pacientes son ASA II, 9 ASA III y 2 ASA IV. La clínica fue 8 pacientes con colecistitis aguda, 5 con ictericia, cólico biliar en 2 y síndrome constitucional un paciente. Únicamente 5 pacientes tenían solicitados marcadores tumorales, presentando niveles elevados en 3 casos (CEA, Ca19,9). Ecografía de abdomen se realizó en 100% de los casos, Tc 75%, CPRE 31,25%, ColangiRMN en 18,75%. El diagnóstico preoperatorio fue: neoplasia vesicular en 6 pacientes, neoplasia de vía biliar en 2, colecistitis en 5, coledocolitiasis una, fístula colecisto-duodenal una y colelitiasis una. Tratamiento quirúrgico se realizó en 13 pacientes, de los cuales en 8 carácter programado y 5 urgente. Vía de abordaje fue en 2 casos lapa-

roscópica, 7 laparotómica y conversión en 4. De los pacientes intervenidos se realizó colecistectomía en 11, en dos asociada a trisegmentectomía + linfadenectomía, 1 resección vía biliar y anastomosis hepático-yeyuno y 1 gastroentero-anastomosis paliativa. En otros dos pacientes intervenidos se realizó una colecistostomía y gastroentero-anastomosis en otro paciente. El estadio fue: 1 paciente Ia, 3 Ib, 2 IIa, 3 IIb, 3 pacientes III y 4 pacientes. Con respecto a la localización histológica fue: 37,50% no se especifica, 25% en fondo vesicular, 25% cuerpo y 12,5% cuello. De nuestra serie 3 recibieron Qt y uno Qt + Rt.

Discusión: El cáncer vesicular es más frecuente en mujeres que en varones 3-4:1 y en edades avanzadas, con incidencia variable según regiones geográficas. Asociado a litiasis vesicular en 80%. Adenocarcinoma representa un 80%, siendo infrecuentes carcinoma escamoso y cistoadenocarcinoma. La clínica habitual es similar a cólico biliar o colecistitis aguda (50-60% cáncer avanzado). Los marcadores tumorales carecen de sensibilidad y especificidad. En el diagnóstico, la ecografía es el método de elección en estudio de litiasis vesicular. TC y Colangio-RMN permiten estadificar lesiones avanzadas. La cirugía Ro es el único tratamiento potencialmente curativo que depende según estadio. Qt coadyuvante o paliativa no ha aumentado la supervivencia. La supervivencia media es inferior a 6 meses, ya que la mayoría se diagnostican en estadios avanzados.

Conclusiones: El cáncer vesicular tiene mal pronóstico y diagnóstico tardío. La cirugía es el único tratamiento curativo.

Resultados a largo plazo tras trasplante hepático

Notario Fdez Pilar, Fundora Suarez Yiliam, San Miguel Mendez Carlos, Triguero Cabrera Jennifer, Vilchez Rabelo Andrea, Molina Raya Andrea, Villegas Herrera Trinidad, Muffak Granero Karim, Becerra Masare Antonio, Garrote Lara Daniel, Jiménez Ríos Jose Antonio.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Objetivos: El trasplante hepático (RH) es la única opción terapéutica para el fallo irreversible del injerto. Nuestro objetivo es describir nuestra serie de RH desde el inicio del Programa de Trasplante Hepático (TH) y analizar las causas, complicaciones, evolución y mortalidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico realizado en una cohorte de 13 pacientes sometidos a RH en nuestra Unidad de TH, entre Febrero de 2002 y Diciembre de 2013. Se han incluido a pacientes sometidos a TH con injerto completo procedente de donante en muerte encefálica tras un seguimiento mínimo de 18 meses. Se han analizado variables epidemiológicas, clínicas y pronósticas. Las variables cuantitativas se han expresado como media y desviación estandar y las cualitativas como porcentaje. El análisis se ha realizado con el software SPSS v.20.

Resultados: 292 pacientes fueron sometidos a TH en nuestro período de estudio. 13 (4,45%) de los mismos precisaron RH, de los cuales 12 (92%) eran varones y 1 (8%) mujer. La edad media fue de 41± 11,4 años, el MELD medio de 22,5± 10,2 y

el estadio CHILD-PUGH medio de $8,64 \pm 1,6$. Las causas de RH fueron las siguientes: 4 pacientes (30,8%) por disfunción primaria del injerto; 4 pacientes (30,8%) por colangiopatía isquémica, 4 pacientes (30,8%) por rechazo crónico y 1 paciente (7,6%) por trombosis de la arteria hepática. En cuanto al momento del RH, 10 pacientes (77%) se retrasplantaron de forma tardía, y pacientes (23%) de forma precoz. En el análisis de las causas según el momento del RH, hemos obtenido como causas de retrasplante precoz: 1 (33,3%) disfunción primaria del injerto, 1 (33,3%) por colangiopatía isquémica, 1 (33,3%) por trombosis de la arteria hepática; y como causas de retrasplante tardío: 4 (40%) por rechazo crónico, 3 (30%) por disfunción secundaria del injerto y 3 (30%) por colangiopatía isquémica. Las complicaciones más frecuentes fueron: en 5 (38,4%) pacientes relacionadas con la anastomosis biliar, 3 (23,1%) estenosis de la arteria hepática, 1 (7,7%) hemoperitoneo y (7,7%) por otras causas. La estancia media hospitalaria fue de $42,7 \pm 30,8$ días y en UCI de $18,2 \pm 36$ días. En cuanto a la mortalidad del RH, actualmente, 7 (53,8%) pacientes están vivos y 6 (46,2%) de ellos fueron éxitus.

Conclusiones: En nuestra serie es más frecuente el retrasplante tardío. Las complicaciones más frecuentes fueron las relacionadas con la anastomosis biliar. La mortalidad fue de un 46,2%, por lo que más de la mitad de los pacientes se beneficiarían de un RH.

El abordaje laparoscópico en el tratamiento del hepatocarcinoma gigante

Rodríguez Silva, Cristina; Sánchez Pérez, Belinda; Fernández Aguilar, Jose Luis; Pitarch Martínez, María; Cabañó Muñoz, Daniel; Pérez Daga, Jose Antonio; León Díaz, Francisco Javier; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: El hepatocarcinoma representa la quinta neoplasia más frecuente a nivel mundial. Generalmente se desarrollan sobre patología hepática previa, generalmente cirrosis de etiología viral o enolismo. Debido al desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva, se ha incrementando progresivamente el número de casos intervenidos mediante esta vía de abordaje.

Caso clínico: Mujer de 70 años, sin antecedentes de interés. Consulta por epigastralgias de 2 meses evolución asociadas a pérdida de 12 kg de peso. En TC abdominal se objetiva gran masa hepática en segmentos V-VI de $11 \times 10 \times 8$ cm de tamaño, heterogénea, con realce en fase arterial y capsula hipervascular en fase portal, con zona central de necrosis. Serología y marcadores tumorales negativos. Ante los hallazgos se decide cirugía resectiva realizándose bisegmentectomía laparoscópica, exteriorizando la pieza a través de minilaparotomía de asistencia (Pfannestiel). La evolución postoperatoria fue favorable, siendo alta en 3º día postoperatorio. La anatomía patológica se informó como hepatocarcinoma bien diferenciado de 13 cm, con focos de necrosis, márgenes de resección libres de tumor.

Discusión: El tratamiento quirúrgico laparoscópico del hepatocarcinoma representa una alternativa segura y con escasa

morbimortalidad asociada, aportando las ventajas inherentes a la cirugía laparoscópica, constituyéndose como una excelente alternativa de tratamiento.

Resultados en el abordaje laparoscópico de la patología colorrectal del paciente anciano

De la Herranz, P; Valdés-Hernández, J; Cintas, J; Del Río, F; Torres, C; Gómez-Rosado, JC; Oliva, F; Capitán-Morales, LC.

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: La vía laparoscópica está ampliamente aceptada en el tratamiento de la patología colorrectal ya que obtiene similares resultados oncológicos y menor tasa de complicaciones añadiendo las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva. Sin embargo, este abordaje en el paciente anciano aún genera dudas en cuanto a su idoneidad.

Material y método: Presentamos los resultados de nuestra unidad desde Enero 2012 hasta Mayo 2013 con un total de 155 pacientes, 98 menores de 70 años y 57 mayores de 70 años. De ellos, el 4% tenían un ASA de I, el 41% ASA de II, y el 52% de III, siendo tan solo el 3% ASA IV. Se realizó técnica laparoscópica en 58 (35% mayores de 70 y 65% menores de 70), siendo las técnicas realizadas: AAP (6,4%), Colectomía subtotal (7,7%), HCD (36,1%), HCDA (5,16%), HCI (8,9%), Sigmoidectomía (21,2%), RAB (10,9%), TAMIS (3,5%).

Resultados: Tras realizar análisis de distintas variables hemos encontrados estos resultados. La estancia hospitalaria en los menores de 70 años intervenidos vía laparoscópica fue de 6,36 días, siendo en mayores de 70 7,2 días. Sin embargo, la estancia hospitalaria para los pacientes intervenidos mayores y menos de 70 mediante laparotomía media fue de 9,9 y 10 días respectivamente.

En cuanto a infección de herida quirúrgica, encontramos un 14% de pacientes con esta complicación en el grupo intervenido vía abierta y un 8% en el intervenido vía laparoscópica.

El 11% de los pacientes fallecieron, con una supervivencia media de 13 meses desde la fecha de la intervención.

Discusión y Conclusiones: Tras analizar nuestra serie, consideramos que el abordaje laparoscópico de la patología colorrectal en el anciano es factible, seguro y reproducible ya que presentan resultados comparables a los pacientes menores de 70. El abordaje laparoscópico presenta ventajas en cuanto a la estancia hospitalaria, tasa de infección de herida quirúrgica y complicaciones a largo plazo también en este grupo de pacientes.

Escisión local de lesiones rectales: seguridad y eficacia

Pineda, Noelia; Triguero, Jennifer; Segura, Inmaculada; Conde, Raquel; Huertas, Francisco; Palma, Pablo

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Introducción: El tratamiento estándar de las neoplasias de recto es la escisión mesorrectal completa para las lesiones

localmente avanzadas. En el caso de lesiones precoces, la escisión endoanal clásica descrita por Parks ha sido complementada en tiempos recientes por técnicas endoscópicas que ofrecen claras ventajas.

Objetivos: Presentamos nuestros resultados tras el tratamiento mediante resección local de neoplasias de recto, mediante el uso de técnicas como la resección convencional de Parks, la Microcirugía Endoscópica Transanal (TEM) y más recientemente la Cirugía Transanal Mínimamente Invasiva (TAMIS).

Material y método: Estudio observacional prospectivo, realizado en una cohorte de pacientes con lesiones de recto (lesiones benignas o malignas en estadio cT1/2) tratados mediante resección local en la Sección de Cirugía Colorrectal de nuestro centro. Se han analizado variables epidemiológicas, clínicas y pronósticas. Las variables cuantitativas se han expresado por su mediana y rango intercuartílico y las cualitativas por porcentajes. El análisis estadístico se ha realizado con el software SPSS v.20.

Resultados: Entre los años 2010 y 2014 se intervinieron 56 pacientes (30 varones y 26 mujeres) con diagnóstico anatomopatológico (AP) de neoplasia rectal. La edad media al diagnóstico fue de 71 años (31-91). La sintomatología que motivó el inicio del estudio diagnóstico fue rectorragia en 36 pacientes (64,3%), alteración del hábito intestinal en 10 de ellos (17,9%), clínica local en 6 pacientes (10,7%) y anemia en los 4 restantes (7,1%). Todos los pacientes fueron sometidos a endoscopia digestiva baja (EDB) como prueba diagnóstica inicial, con toma de biopsia de las lesiones observadas. El diagnóstico AP inicial fue de adenoma con diferentes grados de displasia en 31 pacientes (55,4%), de carcinoma en 18 pacientes (32,1%) y de carcinoma «in situ» sobre adenoma en los 7 restantes (12,5%). En 19 pacientes (33,9%) se realizó tratamiento endoscópico previo. Se realizó rectoscopia quirúrgica en 52 pacientes (92,9%) y ecografía endorrectal en 43 (76,7%). La distancia mediana al margen anal de las lesiones fue de 7 cm (2-16), y el tamaño mediano fue de 3 cm (0,5-25).

Nueve pacientes (16%) fueron intervenidos mediante resección de Parks (6 de ellos con escisión completa de la pared rectal); 43 pacientes (76,7%) mediante TEM (35 de ellos con escisión completa); y 4 pacientes (7,1%) mediante TAMIS con resección completa. La seguridad de la técnica se realiza mediante el cálculo de complicaciones intra y postoperatorias. La eficacia mediante los resultados oncológicos de los distintos subgrupos. Estos resultados serán expuestos ampliamente.

Conclusiones: Con el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas para el tratamiento de las lesiones rectales en un estadio precoz, podemos evitar un acceso abdominal y una cirugía más radical sin afectar a los resultados, de un cada vez mayor número de lesiones rectales. Estas técnicas ofrece una reducida morbimortalidad postoperatoria y una estancia hospitalaria más corta, teniendo una tasa de recidiva similar a cirugías más agresivas. Para ello, han de seleccionarse bien los casos mediante un estadiaje preoperatorio correcto.

Resultados con el abordaje transanal mínimamente invasivo (TAMIS) en el tratamiento de tumores rectales.

Gila-Bohorquez, A; Valdés-Hernández, J; Del Río, F; Cintas, C; Torres, C; Gómez-Rosado, J; Oliva, F; Capitán-Morales, L.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: El abordaje vía TAMIS, se propone como una alternativa segura y eficaz al abordaje transanal convencional y al TEM para el abordaje de la patología benigna y maligna en estadio precoz del recto.

Objetivos: Presentar los resultados de nuestra experiencia con la técnica TAMIS.

Material y método: Desde Noviembre de 2011 hasta Febrero de 2015, se intervinieron de forma programada 20 pacientes. 11 pacientes presentaban patología benigna (5 de los cuales tenían displasia de alto grado) y 9 Adenocarcinomas.

Resultados: No hubo mortalidad asociada a la técnica y se registrados 3 aperturas peritoneales que se suturaron pudiendo proseguir la intervención, 2 sangrados autolimitados que no requirieron transfusión y una reintervención por infección con retroperitonitis.

El tiempo medio de intervención fue de 84 minutos. Se realizó cierre del defecto en 18 casos (90%).

Conclusiones: El abordaje transanal mínimamente invasivo es una técnica factible y eficaz para la exéresis y la biopsia excisional de tumores benignos y malignos de recto en estadio inicial.

La cirugía HIPEC como tratamiento de la carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal: Experiencia en nuestro centro

Rodríguez Silva, Cristina; Carrasco Campos, Joaquín; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Titos García, Alberto; González Poveda, Ivan; Ruiz López, Manuel; Toval Mata, Jose Antonio; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: El cáncer de colon es una de las principales causas de mortalidad en el mundo occidental, con un millón de casos diagnosticados anualmente. La carcinomatosis peritoneal representa la principal causa de mortalidad en el cáncer de colon, lo que hasta hace muy pocos años, significaba una expectativa de vida reducida a unos pocos meses. Sin embargo, la cirugía citorrreductora e HIPEC (quimioterapia intraperitoneal hipertérmica) popularizadas por Sugarbaker suponen una alternativa revolucionaria para estos pacientes.

Material y método: Realizamos un estudio prospectivo desarrollado en nuestro centro, entre 2011-2014 en pacientes intervenidos por carcinomatosis peritoneal secundaria a cáncer de colon, en los que se realizó cirugía citorrreductora e HIPEC.

Resultados: Nuestra serie es de 29 pacientes, de los cuales, 4 fueron irreseccables, completándose el procedimiento en 25 casos. El 62% eran mujeres y la mediana de edad fue de 51

años (rango 33-66). La mediana de estancia postoperatoria fue de 12 días (rango 5-66). El 93% habían sido intervenidos previamente, siendo el 24% en contexto urgente, evidenciándose hasta en un 58,6% carcinomatosis sincrónica. El 62% de los pacientes recibieron adyuvancia previa a cirugía citorréductora. La mediana de PCI intraoperatorio fue de 6 (rango 1-20). Se realizó técnica cerrada en un 29% y modalidad «coliseum» en el 71% de casos. La morbilidad global es del 20%, 2 casos fueron Clavien IIIA (absceso hepático y colección intra-abdominal) y 3 casos Clavien II. Sólo tuvimos un éxitus en el postoperatorio debido a shock séptico refractario secundario a traslocación bacteriana. Actualmente, un total de 19 enfermos (76%) se encuentran vivos, 7 pacientes con enfermedad y 12 sin enfermedad.

Conclusiones: La cirugía HIPEC en la carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal representa un desafío técnico para el cirujano y al mismo tiempo, una oportunidad en enfermos seleccionados.

Cirugía radioguiada en la recidiva ganglionar del cáncer papilar de tiroides

Robles Quesada, Teresa; Cadenas Febres, Anny; Castilla Cabezas, Juan; Juan; Vallejo Casas, Juan Antonio; Membrives Obrero, Antonio; Briceño Delgado, Javier

Hospital Universitario Reina Sofía

Introducción: Un adecuado seguimiento del cáncer papilar de tiroides previamente tratado permite la detección de una tasa de recidivas ganglionares cervicales de un 0-7 % dependiendo de las series.

Objetivos: Nuestro objetivo es presentar los casos de escisión quirúrgica radioguiada de adenopatías metastásicas no palpables, que no han respondido a tratamiento con I131.

Material y método: Estudio retrospectivo. Incluimos 4 pacientes a los que se realizó cirugía radioguiada con isótopo radioactivo por recidiva ganglionar de cáncer papilar de tiroides, en los que éstas adenopatías eran el único sitio evidente de recidiva. En todos los pacientes se realizó previamente tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar. En 3 casos se inyectó previa a la cirugía con guía ecográfica 1 mCi de macroagregados de albúmina con tecnecio-99m (Tc99-MAA) en el interior del nódulo sospechoso y en 1 caso se administró, tras estimulación con rhTSH intramuscular, 6mCi de I131-I por vía oral realizándose rastreo corporal y SPET/CT a las 48h. En quirófano se realizó localización con sonda del sitio adecuado para realizar la incisión, y una vez localizado el nódulo, se midió su radioactividad in vivo y ex vivo. Además se hizo un rastreo posterior del lecho quirúrgico.

Realizamos un análisis descriptivo de los datos pre e intraoperatorios, los resultados quirúrgicos y el seguimiento de los mismos.

Resultados: La media de edad fue de 40,5 ($\pm 11,2$) años, 1 hombre y 3 mujeres. En todos los casos se realizó el diagnóstico tras detectar elevación de tiroglobulina durante el seguimiento, en 2 pacientes por ecografía, en un caso por PET y en el último, por gammagrafía.

Se decidió tratamiento quirúrgico en todos los casos tras

la mala respuesta al tratamiento con I-131 o la ausencia de captación. En los cuatro casos se detectó el nódulo sospechoso mediante el rastreo intraoperatorio, siendo en todos los casos 1 adenopatía. Se realizó la exéresis con resultado de anatomía patológica de metástasis de cáncer papilar de tiroides.

No hubo complicaciones intraoperatorias ni en el postoperatorio inmediato, con una media de estancia hospitalaria de 15 días.

Durante el seguimiento inicial, se observó una disminución de la concentración de tiroglobulina en todos los pacientes. Uno de los pacientes desarrolló progresión pulmonar a los 2 años y está en tratamiento actual con sorafenib. Otro de los pacientes presenta una segunda recidiva cervical, en tratamiento actual con I131 y por último, los otros dos pacientes permanecen libres de enfermedad en este momento.

Conclusiones: La cirugía radioguiada es una opción de tratamiento eficaz de la recidiva ganglionar del cáncer papilar de tiroides, en los casos de adenopatías no palpables, minimizando la agresividad del tratamiento quirúrgico en el contexto de pacientes previamente intervenidos.

Cirugía radioguiada y técnica roll para la localización con macroagregados de la recidiva del cáncer diferenciado de tiroides

Ocaña Wilhelmi LT, Cuba Castro JL, Ramos Moreno E, Glückmann Maldonado E, Avellaneda Rubio C, Villuendas Morales F, Ortega Jiménez MV, Ruiz Escalante J, García Alemán J, Suárez Muñoz MA.

Hospital Clínico Universitario «Virgen de la Victoria» Málaga

Introducción: La técnica ROLL (Radioguided Occult Lesion Localisation), descrita inicialmente para la mama en el Instituto de Oncología de Milán, la queremos utilizar para la localización preoperatoria de recidivas locoregionales de cáncer diferenciado de tiroides (CDT) y su extirpación quirúrgica mediante cirugía radioguiada.

Objetivos: Exponer nuestra experiencia con dicha técnica y analizar sus beneficios respecto a las disecciones clásicas por recidiva tumoral.

Material y método: Realizamos un estudio prospectivo de 21 pacientes diagnosticados de CDT (18 carcinomas papilares, 1 papilar de células altas y 2 foliculares) y que presentaron recidiva tumoral. Se les administraron 0,4-0,6 mCi de Macroagregados de Albúmina marcados con 99mTc (MAA-99mTc) en un volumen de solución salina de 0,05 ml., mediante inyección intralesional de los macroagregados guiada por ecografía. Se obtuvieron posteriormente imágenes planares y tomográficas. Se utilizó una sonda gamma intraoperatoria (Europrobe S553U) para localizar el punto de mayor actividad en piel (sobre la zona anatómica previamente conocida), a partir de la cual se realizó la incisión. Dentro del campo operatorio se utilizó en repetidas ocasiones la sonda gamma para la localización de la lesión y para guiar los márgenes de resección. Una vez extirpada la pieza quirúrgica se utilizó la sonda gamma para comprobar la ausencia de radioactividad en el lecho quirúrgico. Las piezas obtenidas fueron tratadas

de la forma convencional para su estudio histopatológico. El programa empleado para el análisis estadístico fue el SPSS (versión 22,0 para Windows; SPSS, Chicago, IL).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de $53 \pm 11,7$ años y la media de intervenciones quirúrgicas que habían sufrido fue de 2,91, con un rango entre 1 y 6. La media de sesiones de I131 recibidas tras la tiroidectomía fue de 1,45, con un máximo de tres y un mínimo de cero (el caso del medular). La Tiroglobulina (TG) media preoperatoria medida en sangre fue de 12,67 ng/ml. El tamaño medio de las recidivas tumorales fue de 1,45 cms., siendo 6 de ellas recidivas tumorales y 15 adenopáticas. En el 100% de los casos se localizó la lesión, con confirmación anatomopatológica definitiva en 16 de ellos (76%), siendo negativa en 5 (24%). El valor de la TG ha sido uno de los más relevantes, ya que los casos positivos han tenido una media de 14,7, por los 7,1 de los casos negativos. Igualmente el tamaño de la adenopatía ha sido importante, aunque no en tanta medida como la TG, ya que la media de los casos positivos ha estado en 1,53 cms., frente a 1,24 cms. de los casos negativos, siempre midiendo el diámetro mayor. No hubo morbilidad y la estancia media fue de 1,2 días.

Conclusiones: La cirugía radioguiada ROLL en el CDT es una técnica sencilla y rápida que permite la localización de la lesión sospechosa de recidiva y la exéresis de la misma con seguridad, y sin morbilidad. Aunque hubo 5 casos finalmente negativos (24%), creemos que son asumibles, dada la ausencia de morbilidad, frente a la posibilidad de dejar una lesión potencialmente maligna. El valor de la TG y el tamaño de la recidiva se revelan como los parámetros más importantes a la hora de decidir futuros candidatos para esta técnica.

Linfoma primario de tiroides: nuestra serie

Cuba Castro, Jose Luis; Ocaña Wilhemi, Luis Tomás; Corrales Valero, Elena; Gluckmann Maldonado, Enrique; Monje Salazar, Cristina; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Ramos Muñoz, Francisco; Suárez Muñoz, Miguel...

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: Los linfomas de glándula tiroides representan menos del 5% de las neoplasias primarias; según la bibliografía hasta en el 80% se encuentran asociados a tiroiditis de Hashimoto y tiroiditis linfocítica. Los tipos histológicos más frecuentes son: el linfoma B difuso de células grandes y el linfoma B de la zona marginal tipo MALT. El diagnóstico se produce habitualmente tras la toma de una biopsia. La PAAF preoperatoria no es suficiente para diagnóstico de linfoma primario del tiroides siendo muchas veces necesaria la punción con aguja gruesa o la biopsia excisional. En los casos en que la tiroidectomía total no es posible, pueden repetirse las PAAF a fin de obtener suficiente material para el diagnóstico histológico definitivo, con la complementación inmunohistoquímica.

Objetivos: Estudiar y Analizar nuestra serie de Linfoma Primario Tiroideo. Describir las características clínico-patológicas de los linfomas primarios de tiroides y demostrar su asociación con tiroiditis de Hashimoto y linfocítica.

Material y método: El presente trabajo es un estudio des-

criptivo retrospectivo donde se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de linfomas de tiroides y los informes de biopsias y piezas quirúrgicas de tiroides recibidas entre el año 2000 y el 2015. Fueron seleccionados los casos con diagnóstico de linfomas primarios de tiroides.

Resultados: Nuestra serie consta de ocho casos, mujeres de entre 46 y 68 años de edad, que acudieron por presentar aumento de volumen de región anterior de cuello, asfixia y ronquera. Durante la evaluación prequirúrgica y el estudio del eje tiroideo, el 14% presentaba hipotiroidismo subclínico y 27% hipotiroidismo evidente debido a la coexistencia en 7 de los casos de tiroiditis de Hashimoto y en uno de ellos de Tiroiditis linfocitaria. Los paciente presentaban una PAAF no concluyente aunque en 2 de los casos era subjetiva de proceso linfoproliferativo, por lo que fueron sometidas a tiroidectomía total. Siete casos se diagnosticaron como linfomas B difusos de células grandes y uno como linfoma B de la zona marginal tipo MALT. Fueron positivos para marcadores linfoides pan B (CD20 y CD79^a), siete expresaron bcl2 y uno bcl6.

Todos los pacientes recibieron la combinación de quimioterapia (CHOP régimen) con radioterapia local. Seis pacientes están vivos y libres de enfermedad hasta la fecha, mientras que un paciente falleció del proceso. Este paciente tenía un linfoma de alto grado y sucumbió a la enfermedad diseminada.

Conclusiones: El diagnóstico de linfoma primario del tiroides, aunque sigue siendo considerada una patología muy rara presentándose en menos del 5% de las neoplasias primarias de tiroides debe considerarse como diagnóstico diferencial sobre todo en pacientes con tiroiditis de Hashimoto con bocio de rápido crecimiento. El papel de la PAAF en el diagnóstico de linfoma del tiroides es limitado pero es todavía útil en el manejo inicial. La Cirugía continúa teniendo un papel fundamental en el enfoque diagnóstico y como tratamiento en el caso de compresiones críticas de la vía aérea, aunque el tratamiento específico se basa en la combinación de quimioterapia (CHOP régimen) con radioterapia local.

Feocromocitoma: análisis de nuestra experiencia en su manejo.

Sánchez-Sánchez LF, Gómez-Rubio D, Ruíz-Juliá M.L, Ponce-Guerrero I, Martín-Balbuena R.

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El feocromocitoma es un tumor productor de catecolaminas que procede de las células cromafines del sistema nervioso simpático. El 80-85% se localiza en la médula adrenal y el resto, en el tejido cromafín extraadrenal (paraganglioma). Los feocromocitomas suponen el 6,5% de los incidentalomas suprarrenales. El diagnóstico de feocromocitoma debe establecerse bioquímicamente mediante la determinación de metanefrinas plasmáticas y/o urinarias. El diagnóstico de localización inicialmente debe basarse en la realización de tomografía computarizada o resonancia magnética. La gammagrafía con ¹²³I-metayodobencilguanidina (MIBG) es la prueba funcional de imagen de elección. El

tratamiento de elección es la cirugía por vía laparoscópica, después de la realización del bloqueo alfaadrenérgico.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en el manejo de este tipo de tumores.

Materiales y métodos: Analizamos de forma retrospectiva los pacientes intervenidos en nuestro servicio por feocromocitoma, en el periodo 1993-2014. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, operatorios y postoperatorios.

Conclusiones: Destacamos los casos de origen familiar y resaltamos el impacto que ha tenido sobre todo en la estancia postoperatoria la introducción de la vía laparoscópica en su abordaje a partir del año 2010.

Cirugía de Tiroides y Paratiroides como procedimiento de corta estancia. Análisis de nuestra serie.

Soler Humanes, Rocío; Sanchiz Cárdenas, Elena; Machado Romero, Ignacio; Ramírez Plaza, César Pablo.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Quirón Málaga.

Introducción: La cirugía tiroidea y paratiroidea se considera un procedimiento seguro con mínima morbilidad y una mortalidad cercana a cero. Es debido a las complicaciones postoperatorias por lo que en muchas ocasiones se mantiene el ingreso hospitalario, sobre todo por el riesgo de sangrado postoperatorio, que en un 20% de casos puede ocurrir más allá de las primeras 24 horas postoperatorias.

Material y método: Se ha realizado un análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a cirugía tiroidea y paratiroidea entre julio de 2010 y diciembre de 2014 en el Hospital Quirón Málaga, analizando la estancia hospitalaria, las complicaciones y las tasas de reingreso.

Resultados: Se intervinieron un total de 139 pacientes realizándose 90 tiroidectomías totales, 39 hemitiroidectomías y 10 paratiroidectomías mediante abordaje unilateral miniinvasivo.

De estos pacientes 58 fueron dados de alta en menos de 24 horas, lo que supone el 38% de las tiroidectomías y el 56,2% de las paratiroidectomías. No hubo complicaciones ni reingresos.

Conclusiones: La cirugía tiroidea y paratiroidea como procedimiento de corta estancia puede ser llevada a cabo sólo en un grupo de pacientes seleccionados y por personal experto en este tipo de Cirugía.

Atención a la patología colorrectal urgente o emergente en el seno de una Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias: estudio comparativo de resultados con la asistencia durante la guardia de presencia física

Pitarch Martínez, María; Aranda Narváez, José Manuel; Titos García, Alberto; González Sánchez, Antonio Jesús; Marín Camero, Naiara; Romacho López, Laura; Cabañó Muñoz, Daniel; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Numerosos trabajos han planteado la posibilidad de optimizar los resultados de la atención quirúrgica a la patología colorrectal urgente o emergente difiriendo la misma hasta que ésta sea llevada a cabo por cirujanos especializados. En otro orden de cosas, recientemente hemos asistido a la creación en hospitales de máximo nivel nacional de Unidades especializadas en Trauma y Cirugía de Urgencias (UTCU) al estilo de otras ya estructuradas, asentadas y funcionantes en territorios como Estados Unidos o Europa, constituyéndose como la opción ideal para asumir la atención a esta patología en horario de mañana.

Objetivos: Comparar los resultados de la atención quirúrgica a la patología colorrectal urgente o emergente en el seno de una UTCU con aquellos atendidos durante la guardia de presencia física.

Material y método: Estudio observacional analítico de cohortes retrospectivas, incluyendo todos los pacientes mayores de 18 años intervenidos en el Servicio de Cirugía Digestiva de un Hospital de Tercer Nivel entre Enero-Diciembre 2014 por patología colorrectal urgente o emergente, excluyendo la apendicular (n=120). División en dos grupos en función de si la cirugía se realizó por la UTCU de dicho Servicio (n1=57) o por la guardia (n2=63). Definición de variables según estimadores habituales y análisis mediante software SPSS, con estudios de homogeneidad con χ^2 para variables cualitativas y t de Student para cuantitativas, aceptando como valores con significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados: Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a edad y sexo. Datos expresados en adelante como UTCU/guardia. Los pacientes no demorables atendidos por la guardia asociaron un mayor perfil de gravedad (definido por la presencia de 2 o más comorbilidades -24,6%/54%, $p < 0,007$ - y CRpossum -7,9/18, $p < 0,001$ -). Las causas más frecuentes en ambos grupos fueron el cáncer colorrectal (40,4%/38,1%) y la diverticulitis (31,6%/17,5%), con mayor presencia del patrón perforativo (12,3%/44,4%) en los pacientes atendidos por la guardia y de la presentación como SIRS/Shock séptico (42,1%/11,1%) en los atendidos por la UTCU, de tal forma que la mayoría de estos pacientes se consideraron urgencias diferidas (77,2%/4,8%, $p < 0,00$). Aunque sin diferencias significativas, la patología de colon izquierdo y recto predominó entre los pacientes atendidos por la UTCU (43,9%/39,6%) y la de colon derecho durante la guardia de presencia (26,3%/31,7%), lo que condicionó la técnica quirúrgica (hemicolecotomía derecha o derecha ampliada: 15,8%/31,7%; hemicolecotomía izquierda, sigmoidectomía o resección anterior: 49,2%/35%). Se objetivó un número significativamente mayor de anastomosis primarias (71,9%/49,2%, $p < 0,01$) y por tanto un menor número de ostomías (36,8%/52,4%, $p < 0,03$) entre los pacientes atendidos por la UTCU. Igualmente en estos pacientes se objetivó una menor morbilidad, especialmente en cuanto a infección de sitio quirúrgico (12,3%/25,4%, $p < 0,05$), y una menor mortalidad (10,5%/23,8%, $p < 0,05$). No hubo diferencias significativas en cuanto a estancia media o reingresos.

Conclusiones: El perfil del paciente con patología colorrectal quirúrgica urgente demorable es distinto al que requiere una atención emergente. Para aquellos pacientes cuya situación lo permita, la mejor alternativa es demorar su atención a horario

de mañana. En hospitales donde existan, las UTCU pueden ofertar la calidad asistencial necesaria a estos pacientes.

Fístula bilioentérica: presentación de 13 casos

Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Bengoechea Trujillo, Ander; Perez Gomar, Daniel; Bazan Hinojo, Carmen; Ayllon Gamez; Saray; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Casado Maestre, María Dolores Castro Santiago, María Jesus; Fernandez Serrano, Jose Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: De los pacientes con diagnóstico de fístula colecistoentérica únicamente del 1 al 15% desarrollan íleo biliar. La presentación clínica más habitual es la obstrucción intestinal que generalmente va precedida por un episodio de cólico biliar. El íleo biliar es una complicación poco común de la patología litiásica vesicular presentándose en 1 al 3% de obstrucciones intestinales.

Pacientes y métodos: Realizamos una revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de íleo biliar desde marzo 2011 hasta marzo 2015 en UGC C. General y Ap. Digestivo en Hospital Puerta del Mar de Cádiz.

Resultados: Presentamos 13 pacientes con íleo biliar, de los cuales 11 son mujeres (84,6%) y 2 son varones (15,38%). La edad media es de 76,9 (rango de edad de 31-91 años). Presentan obesidad en 53 %, DM 46%, colelitiasis previa en 100% y episodio de colecistitis previa en 46% de los pacientes. En estimación de riesgo quirúrgico 3 pacientes son ASA II, 5 ASA III y 5 ASA IV. La presentación clínica fue de HDA en 1 paciente, 6 presentaron dolor abdominal y vómitos, y 6 obstrucción intestinal. En analítica urgente 69% tenían leucocitosis. La radiografía de abdomen se realizó en 100% de los casos, ecografía en 38% y Tc en 76,9%. De esta serie a 4 pacientes se les realizó EDA, siendo terapéutica en 1 caso. Tratamiento quirúrgico se realizó en 12 pacientes, en todos se realizó enterotomía asociando en un caso colecistectomía y reparación de fístula bilio-entérica. La localización fue 49,85% en íleon, 28,57% yeyuno y 21,42% en duodeno. Estancia media de 10 días (rango 3 a 30 días), complicaciones en 30,76% y 1 éxitus por TEP masivo.

Discusión: El íleo biliar fue descrito por primera vez en 1654 por Bartholin, supone 1-4% del total de oclusiones intestinales en el adulto y 25% de I. delgado, por paso de uno o varios cálculos a través de fístula biliodigestiva. En 70% de ocasiones es fístula colecisto-duodenal, 5% colecisto-gástrica, rara es fístula colecistocolédociana. Es una patología que afecta más a mujeres (3:1), más frecuente en mayores de 65 años, con comorbilidades asociadas y patología biliar previa. La clínica depende del lugar de impactación del cálculo, generalmente presentan dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal, y en raras ocasiones hemorragia digestiva o peritonitis. Muy importante la sospecha ante obstrucción intestinal en paciente anciano con antecedentes de patología biliar sin cirugía abdominal previa ni hernias. En analítica destaca leucocitosis y radiografía de abdomen es una herramienta básica, presentando Tc abdomen una sensibilidad de hasta 93%. Existen varios signos radiológicos característicos como

triada de Rigler patognomónica de íleo biliar (oclusión intestinal, aerobilia y cálculo ectópico) o signo de Balthazar (dos niveles hidroaéreos en hipocondrio derecho). El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico mediante enterotomía con objetivo de resolver oclusión intestinal. La localización más frecuente de impactación es en íleon terminal (60%), yeyuno (9%), colon sigmoide (4%) y duodeno (2%). Un tipo especial de íleo biliar es Síndrome de Bouveret por impactación en duodeno. La morbilidad depende de demora en diagnóstico y tratamiento realizado.

Rotura esplénica espontánea en el contexto de una pancreatitis crónica.

Salas Diaz, Antonia Sonia; Ramos Durán. Jose Miguel; Lara Palmero. Carolina; Romero Gallego. José David; Gomez Modet. Susana. Garcia Romero. Emilio.

Hospital Punta de Europa

Introducción: La rotura de bazo sin traumatismo previo es poco común y se denomina rotura espontánea o bien patológica; el primer término hace referencia a la rotura de un bazo normal y el segundo a la de un bazo afectado por alguna enfermedad.

Se han publicado múltiples enfermedades esplénicas asociadas con rotura patológica como procesos hematológicos diversos, enfermedades de depósito, enfermedad infecciosa, y tumores primarios y metastásicos.

La pancreatitis aguda o crónica y con menos frecuencia el cáncer pancreático también pueden ocasionar rotura esplénica patológica

Se presentan dos casos clínicos de rotura esplénica en el contexto de pancreatitis crónica agudizada. Se discute el mecanismo patogénico: Trombosis de vena esplénica

Caso clínico 1: Varón de 42 años que acude al servicio de Urgencias por mal estado general, fiebre de hasta 38° y deposiciones sanguinolentas. Pérdida de 8-10 kg en tres meses

AP: Pancreatitis aguda enólica necrotizante con trombosis de la vena esplénica e infarto esplénico, conocida desde 2009.

TAC abdominal-pélvico: Compatible con rotura de gran hematoma esplénico asociado a hemoperitoneo.

Se realizó una esplenopancreatectomía distal con resección segmentaria del ángulo esplénico.

El postoperatorio cursó de forma favorable, los primeros días precisó cuidados intensivos y el resto, en planta, sin complicaciones. Alta a los once días de su ingreso.

Caso clínico 2: Mujer 47 años, acude a urgencias por clínica de síncope e inestabilidad hemodinámica

Ap: varios episodios de pancreatitis crónica agudizada sin historia de traumatismo.

Estudios complementarios se constata caída de hematocrito y TAC compatible con gran hemoperitoneo por rotura esplénica.

Se realizó esplenectomía de urgencias. Se precisó de cuidados intensivos, postoperatorio sin incidencias.

Discusión: La enfermedad pancreática como pancreatitis aguda, crónica o cáncer de la cola pancreática parece tener un mecanismo patogénico mejor establecido^{2,7,9,10}. Así, se sabe

que en el 2,2% de los casos en la evolución de la pancreatitis crónica se ocasionan complicaciones esplénicas. Las diferentes formas de complicaciones de una pancreatitis crónica, como el pseudoquistes pancreático distal, la exacerbación aguda con necrosis de la cola pancreática, la hipertensión portal segmentaria, la esplenomegalia, las colecciones intraesplénicas y sobre todo la trombosis de la vena esplénica, son todas factores de riesgo que pueden precipitar una rotura esplénica. La trombosis de la vena esplénica como consecuencia de una pancreatitis crónica se asoció en nuestros dos pacientes que presentamos.

Conclusiones: Aquellos pacientes que presenten trombosis de la vena esplénica en el contexto de pancreatitis crónica agudizada debemos mantener actitud expectante por el riesgo de sufrir una rotura espontánea esplénica.

Tratamiento conservador de la diverticulitis aguda perforada con aire extraluminal. Resultados y factores de riesgo de mala evolución

Romacho López, L; Titos García, A; Aranda Narváez, JM; González Sánchez, AJ; Montiel Casado, MC; Marín Camero, N; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Habitualmente el tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada ha sido conservador, frente a un abordaje quirúrgico de la diverticulitis aguda perforada con aire extraluminal. La cirugía realizada frecuentemente era una resección de colon, asociada a un estoma. La alta morbimortalidad de la cirugía ha abierto un debate sobre la posibilidad de realizar un tratamiento conservador en estos pacientes.

Objetivos: Evaluar la eficacia del manejo no-operatorio en pacientes con diverticulitis aguda con aire extraluminal identificando factores de riesgo de mala evolución.

Material y método: Se trata de un estudio observacional analítico de cohortes retrospectivas. Se incluyeron consecutivamente los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda con aire extraluminal en TAC entre enero 2010-diciembre 2014 (N=66), excluyendo aquellos sometidos a cirugía inmediata por inestabilidad hemodinámica o peritonitis generalizada (13 pacientes), instaurándose un tratamiento conservador consistente en reposo digestivo y antibioterapia. Se consideró fracaso del manejo conservador la necesidad de cirugía urgente una vez iniciado el tratamiento médico, no considerándose fracaso la modificación antibioterápica o el drenaje percutáneo.

Se han analizado numerosas variables relacionadas con la comorbilidad del paciente, resultados analíticos y hallazgos radiológicos. Análisis: bivalente utilizando el test de χ^2 para variables cualitativas y el test t-Student para variables cuantitativas; multivalente mediante regresión logística binaria con la variable éxito/fracaso como endpoint principal, con aquellas variables en las que obtuvimos una significación $<0,20$ o presentaron suficiente poder estadístico en la literatura existente, considerándose significación estadística para niveles de $p<0,05$.

Resultados: En el 80,3% (53 de 66) de los pacientes con diverticulitis aguda perforada con aire extraluminal pudo instaurarse un manejo conservador de inicio. La tasa de éxito global con el manejo conservador fue del 88,8% (47 pacientes). El éxito fue mayor en los pacientes con localización pericólica del neumo (90,5%), seguido de la localización a distancia (85,7%) y retroperitoneal (66,7%). Sólo 6 pacientes requirieron cirugía urgente por fracaso del manejo no operatorio (11,2%).

En el análisis bivalente no se encontraron variables con significación estadística aunque observamos cierta tendencia al fracaso del tratamiento conservador con la toma de antibióticos previa y la presencia de aire a distancia mayor de 2 cm del colon.

Se incluyeron finalmente en el modelo de regresión logística la edad, ASA, localización y distancia del aire, la presencia de absceso/tamaño del mismo y líquido libre, resultando estadísticamente significativa una distancia del aire > 2 cm al foco inflamatorio ($p<0,02$, OR 45,79), reduciéndose la tasa de éxito a un 55,6%. Igualmente aunque sin significación se observó un aumento de las cifras de fracaso de tratamiento (hasta un 33,3%) asociadas a la presencia de un absceso >4 cm.

Conclusiones: El manejo no-operatorio de la diverticulitis aguda perforada con aire extraluminal es eficaz y seguro cuando se realiza una selección estricta del paciente, especialmente en perforaciones pericólicas, dejando en un segundo plano la cirugía urgente y sus complicaciones. La presencia de aire extraluminal a más de 2 cm desde el lugar de la perforación es un factor de mala evolución del manejo conservador, por lo que estos pacientes requieren mayor vigilancia durante el ingreso.

El cierre abdominal temporal con terapia de presión negativa como tratamiento de la sepsis abdominal grave

Rodríguez Silva, Cristina; González Sánchez, Antonio; Aranda Narváez, Jose Manuel; Titos García, Alberto; Marín Camero, Naiara; Montiel Casado, Custodia; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: La sepsis abdominal grave (SAG) constituye una de las primeras causas de mortalidad en la asistencia quirúrgica urgente. En un intento de disminuirla, surgen nuevas técnicas como el empleo de cierre de abdomen temporal. Aunque su utilización en esta situación no cuenta con el consenso de la comunidad científica, la asistencia con terapia de presión negativa (ABThera, KCI®) puede ser un elemento determinante al permitir eliminar detritus celulares y bacterianos y eliminar mediadores inflamatorios de forma eficaz de la cavidad peritoneal.

Objetivo primario: Analizar si existen diferencias en la mortalidad hospitalaria de los pacientes intervenidos por SAG dependiendo de si se les sometió a cierre de abdomen temporal con terapia de presión negativa (CATTPN) o a cierre primario.

Objetivos secundarios: Analizar si existen diferencias en re-

lación a la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), mortalidad en UCI, días de ventilación mecánica, ventilación mecánica prolongada (mayor de 7 días), necesidad de hemofiltración y de drogas vasoactivas, infecciones hospitalarias, neumonías y síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) en los pacientes sometidos a CATTPN o cierre primario por SAG.

Material y método: Estudio de casos y controles observacional y analítico sobre la base prospectiva Cierre de Abdomen Temporal con Terapia de presión Negativa de la Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias de un hospital de tercer nivel y sobre una base retrospectiva de la UCI del mismo hospital. Casos: Pacientes incluidos en la base CATTPN identificados como causa distinta a síndrome compartimental abdominal y origen en sepsis abdominal. Controles: Pacientes ingresados en UCI por SAG durante el período de estudio, identificados mediante los registros hospitalarios. Período de estudio: enero de 2009 a enero de 2015. Los datos han sido explotados usando el programa estadístico SPSS 15, empleando los estimadores habituales y tests de contraste de hipótesis dependiendo de la naturaleza de las variables, aceptando como resultados estadísticamente significativos aquellos con nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: 93 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, 31 casos y 62 controles. Los grupos fueron homogéneos en cuanto a edad, sexo, índice de peritonitis de Mannheim, Charlson, SOFA y Apache II al ingreso en UCI. La mortalidad hospitalaria de los pacientes con CATTPN fue menor que en los controles (32% vs 37,1%, n.s.) La mortalidad en UCI de los pacientes con CATTPN fue significativamente menor (12,9% vs 32,%, $p < 0,05$), aunque su estancia en UCI fue mayor (22,61 días vs 15,5 días, n.s.). Independientemente de la mortalidad en UCI, la estancia en esta unidad fue mayor en los pacientes con CATTPN. Los pacientes con cierre primario necesitaron menos días de ventilación mecánica (8 días vs 10,4 días, n.s) y menos días de ventilación mecánica prolongada (35,5% vs 54,8 %, ns), pese a lo cual presentaron más neumonías asociadas a respirador (17,7 % vs 12,9, n.s). Los pacientes con CATTPN tuvieron significativamente menos infecciones intra-hospitalarias (35,5 % vs 58,1 %, $p < 0,05$) y necesitaron menos drogas vasoactivas (71% vs 82,3%, n.s.) y hemofiltración (12,9 vs 21%, n.s.). Sin embargo, tuvieron más SDRA (22,6% vs 19,4%, n.s.).

Conclusiones: En nuestro estudio, el uso de CATTPN en los pacientes con SAG disminuye la mortalidad sin significación. Además, reduce de forma significativa la mortalidad en UCI y las infecciones intrahospitalarias y sin significación las neumonías, el uso de drogas vasoactivas y la hemofiltración, a pesar de aumentar la estancia en UCI, los días de intubación y los días de intubación prolongada. Por todo ello, consideramos que el CATTPN es el procedimiento de elección en el tratamiento de estos pacientes.

Manejo conservador del traumatismo abdominal cerrado y penetrante. Serie de casos.

Gila Bohórquez A; López Ruíz Ja; Curado Soriano A; Tallón Aguilar L; López Pérez J; Oliva Mompeán F; Padillo Ruíz Fj

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: El manejo de los traumatismos abdominales, penetrantes o cerrados, ha evolucionado a lo largo de los últimos años. Actualmente, y así lo reflejan las guías clínicas, entendemos dicho manejo en el contexto de estabilidad hemodinámica, conceptualizando dicha circunstancia en lo que hoy se denomina «selective conservatism».

Material y método: Presentamos una serie de siete casos, cinco varones y dos mujeres. De los siete pacientes, tres casos fueron traumatismo penetrante y los cuatro restantes, traumatismo cerrado.

Resultados: Todos fueron tratados mediante manejo conservador, constatando inicialmente la estabilidad hemodinámica de cada uno de ellos. No hubo complicaciones en el transcurso del ingreso de los pacientes ni reingresos, siendo dados de alta con una media de estancia hospitalaria de tres días.

Discusión: Se evidencia en la actualidad un aumento del manejo no quirúrgico del traumatismo esplénico y hepático. Esto ha sido posible gracias a la mejora de las pruebas de imagen, la radiología intervencionista y la endoscopia. Diferentes autores han comunicado porcentajes de tratamiento conservador del 50 al 57%, con éxito en el 94 al 97% de ellos y sin mortalidad relacionada.

La clínica es el punto clave en el entendimiento de los pacientes y será la que nos guíe para tomar las decisiones oportunas en el tratamiento de los mismos evitando, en muchos casos, una exposición al riesgo quirúrgico innecesario. Las pruebas complementarias tendrán su utilidad en el seguimiento intensivo del enfermo.

Conclusiones: Hemos de decidir el manejo, inicialmente, acorde al estado clínico del paciente y no a las pruebas complementarias que se soliciten. La estabilidad hemodinámica y la ausencia de peritonismo son requisitos indispensables para considerar un tratamiento no quirúrgico. La mayoría de los estudios en este terreno, proceden de centros de politrauma especializados con un alto volumen de ingresos, en absoluto, equiparables a nuestro ámbito de trabajo pero cuya experiencia nos puede ser útil para tratar estos pacientes.

Análisis de los traumatismo esplénicos atendidos en nuestro centro en 2014

Gómez Pérez, Rocío, Ramos Muñoz, Francisco; Ocaña Wilhelmi, Luis Tomás; Rivera Castellano, Javier; Cuba Castro, Jose Luis; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Suarez Muñoz, Miguel Angel; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: El bazo es el órgano que se ve afectado con mayor frecuencia en los traumatismos abdominales cerrados (40-55%). El manejo de los traumatismos esplénicos ha cambiado en los últimos años gracias a la formación en el

tratamiento de los paciente politraumatizados de los cirujanos y diferentes especialistas que participan en su atención, así como en la calidad de los procedimientos de radiología intervencionista.

Objetivos: Hemos llevado a cabo una revisión de los casos con lesión esplénica atendidos en nuestro centro en el 2014, con el fin de evaluar nuestros resultados.

Material y método: Se realizó un registro de los casos de pacientes politraumatizados en recibidos en nuestro centro de Segundo Nivel, independientemente de que se activase el Código trauma o no. Se seleccionaron los casos de los pacientes que presentaron lesiones esplénicas y se analizaron sus datos.

Resultados: Se atendieron un total de 9 pacientes con traumatismos abdominales cerrados con lesiones esplénicas 4 casos fueron accidentes de tráfico de motocicleta, 3 de bicicleta y los otros traumatismo cerrados por caídas. El 100% fueron varones, con una media de edad de 39 años (16-66). El 100% presentaban un Glasgow entre 13-15 y ninguno requirió intubación orotraqueal en la revisión primaria. El 100% presentaban una TA sistólica mayor de 90mmHg (TA media 116/65 mmHg), al ingreso en el box de críticos, sin necesidad de drogas vasoactivas. La FC media fue de 72 lpm (60-100lpm). La hemoglobina al ingreso fue de 12 gr/dl con un rango de 6-14,8 gr/dl. Solo uno de los pacientes se encontraba bajos los efectos del alcohol y ninguno había consumido drogas. Solo a 2 (22%) se les realizó un FAST (Focused abdominal sonography for trauma) en el cuarto de críticos, al 100% se les realizó TAC abdomino-pélvico, de los cuales 2 (22%) fueron Body-TAC. Según la OIS (Organ Injury Scale) de la AAST las lesiones fueron Grado I: 0% , Grado II: 44%, Grado III: 11%, Grado IV: 22%, grado V: 11% La media del ISR (Injury Severity Score) de nuestros pacientes fue de 12 (4-26).

En la mayoría de los casos la frecuencia respiratoria no queda bien recogida en los informes de urgencias por los que ha sido imposible calcular el RST (Revised Trauma Score). Se llevaron a cabo 5 esplenectomías (55% de los pacientes) , 3 de ellas al ingreso (33%) y las otras 2 (22%) tras comprobar empeoramiento radiográfico en el TAC de control y embolización radiológica de pseudoaneurisma de gran tamaño fallida. El otro 44% de los pacientes fueron tratados de forma conservadora con reposo, control de constantes, exploración repetida y controles seriados analíticos y de imagen. La media de ingreso fue de 10,8 días, en el grupo de esplenectomizados 11,8 días y los de manejo conservador 7,75 días. Sólo uno de los pacientes requirió ingreso en UCI durante 48h.

La mortalidad fue nula y tan solo un paciente presentó colecciones en el lecho de la esplenectomía y requirió la colocación de un drenaje percutáneo. No tuvimos ningún reingreso. Todos los pacientes esplenectomizados fueron derivados al Servicio de Medicina Preventiva para vacunación.

Conclusiones: El manejo del traumatismo abdominal cerrado, en especial con lesiones esplénicas ha cambiado en los últimos años. Los avances en técnicas de imagen, en especial las arteriografías y la embolización nos están permitiendo conservar bazos que anteriormente habrían sido extirpados, evitándole así al paciente la laparotomía, el riesgo de complicaciones como colecciones o mayores infecciones postesplenectomías.

Manifestación mamaria de debut por Enfermedad relacionada con la IgG4: A propósito de un caso

Rodríguez Silva, Cristina; Ribeiro González, Marta; Jiménez Mazure, Carolina; Salmerón Mochon, Mónica; Ferrer González, M Auxiliadora; Pulido Roa, Isabel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: La enfermedad relacionada con la IgG4, descrita por primera vez en 2003, se caracteriza por fibrosis inflamatoria acompañada o no, de concentraciones séricas de IgG4 elevadas. Su causa es desconocida y comprende un amplio espectro de alteraciones que comparten características patológicas serológicas y clínicas. Desde el punto de vista clínico la enfermedad puede manifestarse con afectación de un solo o múltiples órganos, entre ellos, el tejido mamario.

Caso clínico: Mujer de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, pancreatitis de repetición y fibrilación auricular crónica. Intervenida previamente de histerectomía (patología ginecológica benigna), tiroidectomía y colecistectomía. No presenta antecedentes familiares de cáncer de mama.

Acude a consulta remitida desde el Programa de Detección Precoz para valoración de una lesión en CSI de mama izquierda, de consistencia aumentada, no dolorosa a la palpación de meses de evolución. La paciente niega otras lesiones palpables. Se realizaron mamografía y ecografía mamarias en las que se objetiva una lesión en CSI de mama izquierda de categoría BIRADS 4, motivo por el cual se realiza biopsia con aguja gruesa ecoguiada, siendo informada como mastitis esclerosante. Posteriormente, durante seguimiento la lesión desaparece.

A los 3 años, consulta nuevamente derivada desde el Programa de detección precoz por la aparición de otra lesión en CSI de mama izquierda, con consistencia aumentada y características similares a la mencionada anteriormente. En mamografía y ecografía se objetiva una lesión BIRADS 4 que se biopsia con aguja gruesa siendo informada como: tejido mamario con infiltración linfoplasmocitaria y esclerosis estromal. Dado el antecedente de pancreatitis de repetición, se planteó la posibilidad de que se tratase de manifestación mamaria de una enfermedad relacionada con la IgG4, motivo por el cual se deriva a Medicina Interna para estudio, evidenciando niveles de IgG4 en rango normal, así como el estudio de autoinmunidad que fue negativo. Finalmente, se realizó una ecografía mamaria de control, en la que se comprobó la desaparición de la lesión 9 meses después, sin haber realizado ningún tipo de tratamiento.

Discusión: La IgG4 es una enfermedad sistémica fibroinflamatoria que se asocia con concentraciones circulantes elevadas de IgG4. La lesión patológica se caracteriza por inflamación linfoplasmocitaria con incremento de células plasmáticas IgG4+, fibrosis y flebitis. Se han encontrado concentraciones séricas de IgG4 elevadas en 60-80% de los pacientes con enfermedad relacionada con la IgG4, sin embargo, hasta el 30% de pacientes pueden tener concentraciones de IgG4 en límites normales. Hasta el momento, la patogénesis de la enfermedad no se ha podido determinar de forma completa, se cree que se involucran mecanismos inmunológicos y alérgicos, no obstante, las altas concentraciones de IgG4 no son específicas de

la enfermedad. Por tanto, entre las variadas manifestaciones de la enfermedad, la mastitis esclerosante, cuya presentación es como pseudotumores inflamatorios de la mama, es una manifestación local de la enfermedad. El diagnóstico se basa en los hallazgos histopatológicos de la biopsia del tejido afecto y la tinción inmunohistoquímica. Hasta el momento no se ha podido establecer el tratamiento óptimo de esa patología, siendo los glucocorticoides la piedra angular del tratamiento.

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de lesiones submucosas gástricas. Estudio retrospectivo de 19 casos.

Dr. Listán Álvarez José Carlos, Dr. Mateo Vallejo Francisco, Dr. Medina Achirica Carlos, Dra. Escalera Pérez Raquel, Dr. García Molina Francisco.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Jerez de la Frontera.

Objetivos: El objeto de nuestro estudio es analizar la incidencia de pacientes diagnosticados de lesiones submucosas gástricas y su tratamiento quirúrgico, así como el posterior resultado anatómico-patológico de dichas lesiones durante un periodo de 7 años (enero 2007-septiembre 2014) en nuestro área sanitaria.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de historias clínicas digitales de pacientes diagnosticados e intervenidos de lesiones submucosas gástricas durante el periodo enero 2007- septiembre 2014.

Resultados: Se encontraron 19 pacientes con lesiones submucosas gástricas con una proporción de hombres/mujeres: 3,75/1 (15 hombres vs 4 mujeres) con un rango de edad comprendido entre los 25-81 años. La edad media global fue de 61,5 años. El rango de edad en mujeres osciló entre los 32-77 años con una edad media de 58,8 años, frente a los hombres con rangos de edad comprendidos entre 25-81 años y una edad media de 58,8 años. La sintomatología guía más frecuente al diagnóstico fue la hemorragia digestiva alta (26%) y anemia crónica (10%) frente a un 36% con una sintomatología más inespecífica que incluyó (dolor abdominal inespecífico, dispepsia, pérdida ponderal y plenitud postprandial). Un porcentaje significativo de pacientes (27%) no presentó ninguna sintomatología al diagnóstico, tratándose de un hallazgo incidental dentro de otro procedimiento diagnóstico o terapéutico.

La localización más frecuente de dichas lesiones a nivel gástrico resultó la región antral y cuerpo gástrico a nivel de cara anterior (78,9% del total). Dichas lesiones tenían un tamaño variable entre 10 y 100 mms de diámetro máximo, con un tamaño medio de 45 mms. El 73,7% de dichas lesiones fueron tumores tipo GIST: tumores del estroma gastrointestinal (de los cuales el 64,3% de los GIST tenían muy baja/baja agresividad frente a un 35,7% de dichos GIST de agresividad intermedia/alta) y un 26,3% otras lesiones de naturaleza benigna (un leiomioma, un lipoma submucoso, dos páncreas ectópicos y un tumor glómico). De los GIST el 85,6% presentaron positividad para el CD117 (cKIT), un 92,8% positividad para el CD34; y en aquellos pacientes con dudas diagnósticas por negatividad cKIT se realizó determinación de PDGFR alfa (dos

casos: 14,2% de los GIST). La mayoría de dichas lesiones se resecó vía laparoscópica (63%) frente a un 37% de las lesiones que fueron resecadas mediante cirugía abierta. Dentro de las cirugías laparoscópicas realizadas cabe destacar que aquellas lesiones de pequeño tamaño (<3 cms) a nivel de curvatura mayor y cara anterior fueron resecadas mediante resecciones atípicas en «cuña» en el 31,5% (6 casos) frente a aquellas lesiones localizadas en antro distal y yuxtapilóricas con una total de 15,75% (3 casos) en las que se realizó antrectomía programada; y en último lugar gastrectomías totales o subtotales en lesiones de gran tamaño (entre 4-7 cms) localizadas a nivel de cuerpo y fundus que supusieron el 15,75% (3 casos). De las cirugías abiertas realizadas destacamos cuatro casos de resecciones atípicas en cuña en lesiones de pequeño tamaño (<2,5 cms) de localización en cuerpo bajo/curvatura mayor como hallazgos incidentales durante otro tipo de cirugía abierta (15,75%) frente a cuatro casos de pacientes diagnosticados todos ellos de GIST de gran tamaño (entre 6-10 cms) de localización en cuerpo alto y fundus en los que se realizó cirugía abierta electiva (21%). La estancia post-operatoria fue menor en pacientes intervenidos vía laparoscópica frente a la cirugía abierta (media 6,2 días vs 9,2 días, mediana de 4 vs 11 días).

La supervivencia a dos años libre de enfermedad fue del 85,7% en el grupo diagnosticado de GIST y del 100% en el grupo que fue diagnosticado de entidades benignas.

Conclusiones: En nuestra experiencia podemos afirmar que lesiones estromales/submucosas a nivel gástrico más frecuentes son los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), en su mayoría asintomáticos y con un diagnóstico incidental, pero en otras ocasiones pueden debutar con HDA, anemia por pérdidas crónicas, dolor abdominal, dispepsia o plenitud postprandial que motive un estudio dirigido. En nuestra serie las lesiones submucosas de naturaleza benigna fueron menos frecuentes, de pequeño tamaño (<3 cms) y de localización predominante en región antral. Acorde a nuestros resultados creemos que la cirugía laparoscópica de dichas lesiones submucosas es segura y factible, con menor estancia post-operatoria, aunque es preciso individualizar en cada caso la indicación de cirugía ya que lesiones de gran tamaño (>5 cm), en regiones gástricas más complicadas como es el fundus y pared posterior gástrica quizás deban abordarse vía convencional sobre todo en Centros con poca experiencia en laparoscopia.

Nuestra experiencia en el tratamiento de los tumores estromales de localización gástrica

Gordillo, Alejandra; del Río Lafuente, Francisco; Fernández Zamora, Paola; Valdes Hernandez, Javier; Barranco Dominguez, Ignacio; Capitan Morales, Luis; Oliva Mompean, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena – Sevilla. Hospital Universitario Miguel Servet- Zaragoza

Los tumores GIST son tumores de origen mesenquimal más frecuentes de todo el tracto digestivo que derivan de las células de Cajal o de sus precursoras y son típicamente de fenotipo KIT CD117 (95%) o KIT CD34.

Entre 2004 y 2014 hemos intervenido 29 enfermos de

tumor estromal gástrico, 15 hombres y 14 mujeres y una edad media de 67,3 años. Rango 33-90. La sintomatología estaba representada por hemorragia digestiva 11 casos (6 melenas y 5 hematemesis), dolores abdominales 6 casos, síndrome constitucional 4 casos; 8 casos fueron descubiertos fortuitamente. Estaban localizados: 6 en el fundus gástrico, 17 cuerpo gástrico y 6 en el antro. Los exámenes empleados para su diagnóstico fueron: endoscopia 25 casos; eco-endoscopia 2 casos y T.C en todos los casos.

La técnica quirúrgica empleada ha sido: Gastrectomía total en dos casos; Gastrectomía subtotal 7 casos; Gastrectomía parcial atípica 18 casos; Tumorectomía con márgenes sanos 2 casos. Han sido intervenidos por laparoscopia 13 casos (44,8%). Morbilidad postoperatoria en 10,3% (médicas 6,9% y quirúrgicas 3,5%). Reintervención en un caso por hemorragia. Mortalidad nula. Estancia media 6,6 días. Neoadyuvancia con Imatinib en 5 pacientes, de ellos cuatro pacientes libres de enfermedad y uno con metástasis hepáticas. La localización más frecuente de los tumores estromales es la gástrica seguida por los de intestino delgado. La T.A.C. y la eco-endoscopia permiten realizar su diagnóstico. El tratamiento estándar de los tumores estromales es la resección completa con márgenes libres. No es necesaria la linfadenectomía. La exéresis laparoscópica está indicada siempre que se cumplan los mismos criterios de reseccabilidad que en la cirugía abierta. La enucleación del tumor no está indicada. El tratamiento con Imatinib tras la resección quirúrgica está indicado durante el primer año debiéndose prolongar durante tres años en los tumores con factores de riesgo de mal pronóstico.

Tratamiento Quirúrgico de la acalasia esofágica

Gordillo, Alejandra; del Rio Lafuente, Francisco; Fernández Zamora, Paola; Valdes Hernandez, Javier; Barranco Dominguez, Ignacio; Capitan Morales, Luis; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

El término acalasia de esófago designa la dilatación permanente del esófago por encima del cardias debido a un obstáculo funcional. La cardiomiectomía ha sido descrita por primera vez en 1913 por Heller. El abordaje laparoscópico de esta patología es realizada sistemáticamente en nuestro Servicio desde el año 2000. 69 pacientes han sido intervenidos por esta patología. Se trataba de 31 hombres y 38 mujeres con una edad media de 43 años. La disfagia ha sido constante y responsable de adelgazamiento en 52 pacientes y de regurgitaciones en 14 pacientes. El diagnóstico ha sido confirmado con una manometría esofágica. Un tránsito esofagogástrico se ha realizado en todos los pacientes mostrando un esófago dilatado. Todos los pacientes han sido tratados con una miotomía extramucosa de Heller asociada a un mecanismo anti-reflujo tipo Dor. Los accidentes operatorios se presentaron en dos casos presentando una lesión de la mucosa esofágica reconocida en el acto operatorio y suturada. El curso postoperatorio ha sido simple y controlada la miotomía por tránsito baritado el 5º día de postoperatorio. La mortalidad ha sido nula. Todos los

pacientes han sido revisados a los tres meses de la operación y todos presentaban una mejoría clara de sintomatología.

La disfagia es el síntoma principal de la acalasia. El tránsito esófago-gástrico es esencial para su diagnóstico y para precisar el grado de evolución. La manometría pre-operatoria se ha vuelto indispensable para el diagnóstico ya que la acalasia está caracterizada por un aperistaltismo total. La fibroscopia tiene interés por confirmar la ausencia de obstáculo por debajo del cardias y eliminar una estenosis péptica o un cáncer. Existen tres tipos de tratamiento de la acalasia: Tratamiento médico; Tratamiento instrumental utilizando dilatación neumática y Tratamiento quirúrgico. La principal complicación de la intervención de Heller es el reflujo gastro-esofágico.

Nuestra experiencia con tumores GIST

López Ruiz, José Antonio; Tallón Aguilar, Luis; Curado Soriano, Antonio; López Perez, José; Pareja Ciuró, Felipe; Oliva Mompeán, Fernando; Padillo Ruiz, Javier

Hospitales Universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío

Introducción: Los tumores GIST son tumores mesenquimales poco frecuentes, que afectan con mayor frecuencia a estómago e intestino. Presentamos nuestra serie recogida a lo largo de 10 años.

Objetivos: Analizar la forma de presentación, características, tratamiento y evolución de los pacientes con tumores del estroma gastrointestinal atendidos en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de tumor GIST por métodos inmunohistoquímicos entre enero del 2004 y diciembre de 2013. El estudio estadístico se realizó con Excel 2010.

Resultados: Se registraron 67 casos, siendo 31 pacientes hombres (46,2%) y 36 mujeres (53,7%). La edad media en el momento del diagnóstico fue de 64,3 años, con una desviación estándar de 12,57. El motivo de consulta inicial más frecuente fue el dolor abdominal 18 (26,8%), seguido de la hemorragia digestiva 16 (23,9%) y la anemia oculta 6 (9%). En 7 pacientes (10,44%) fue un hallazgo incidental durante el transcurso de otros estudios diagnósticos o durante una intervención quirúrgica. La localización más frecuente fue el intestino delgado 33 (47,7%), seguido del estómago 30 (44,7%), colorrectal 3 (4,5%) y duodenal 1 (1,5%). En el momento del diagnóstico, 7 pacientes presentaban enfermedad metastásica (10,44%). Se estadió a los pacientes en grupos de riesgo según la clasificación de Miettinen-Lasota: muy bajo riesgo 13 (20,3%), bajo riesgo 13 (20,3%), riesgo intermedio 16 (25%) y riesgo alto 22 (34%). El c-kit fue positivo para el 86,5% de los pacientes y el DOG-I fue positivo para el 44,8%. Se intervinieron el 94% de los pacientes (63), de los cuales 8 (12,5%) fueron cirugías urgentes. Se administró tratamiento adyuvante con imatinib a 25 pacientes (37,31%). De estos, 11 tuvieron respuesta parcial o progresión de la enfermedad (44%). La mortalidad global de la serie fue de 15% (10), de los cuales 4 fueron por complicaciones de la cirugía.

Conclusiones: Los tumores GIST son poco frecuentes, estimándose su incidencia en 1/100,000 hab/año. La locali-

zación más frecuente es el estómago, seguido del intestino delgado y colon/recto. En nuestra serie fue más frecuente en intestino delgado. La presentación más frecuente es la anemia, el sangrado y/o el dolor abdominal. El diagnóstico se realiza por TAC abdominal y biopsia positiva para c-kit. El tratamiento de elección sigue siendo la resección completa con márgenes libres. El riesgo de recidiva viene determinado por la localización, el tamaño tumoral y el número de mitosis. El tratamiento adyuvante con imatinib debe considerarse en pacientes con alto riesgo de recidiva y en pacientes con enfermedad metastásica o no resecable por completo.

Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de lesiones submucosas gástricas.

Autores: Dr. Listán Álvarez, José Carlos; Dr. Mateo Vallejo, Francisco; Dr. Esteban Ramos, Juan Luis; Dr. Medina Achirica, Carlos; Dr. García Molina, Francisco.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Jerez de la Frontera.

Objetivos: El objeto de nuestro estudio es analizar la incidencia de pacientes diagnosticados de lesiones submucosas gástricas y su tratamiento quirúrgico, así como el posterior resultado anatómico-patológico de dichas lesiones durante un periodo de 7 años (enero 2007-septiembre 2014) en nuestro área sanitaria.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de historias clínicas digitales de pacientes diagnosticados e intervenidos de lesiones submucosas gástricas durante el periodo enero 2007- septiembre 2014.

Resultados: Se encontraron 19 pacientes con lesiones submucosas gástricas con una proporción de hombres/mujeres: 3,75/1 (15 hombres vs 4 mujeres) con un rango de edad comprendido entre los 25-81 años. La edad media global fue de 61,5 años. El rango de edad en mujeres osciló entre los 32-77 años con una edad media de 64 años, frente a los hombres con rangos de edad comprendidos entre 25-81 años y una edad media de 58,8 años. La sintomatología guía más frecuente al diagnóstico fue la hemorragia digestiva alta (26%) y anemia crónica (10%) frente a un 36% con una sintomatología más inespecífica que incluyó (dolor abdominal inespecífico, dispepsia, pérdida ponderal y plenitud postprandial). Un porcentaje significativo de pacientes (27%) no presentó ninguna sintomatología al diagnóstico, tratándose de un hallazgo incidental dentro de otro procedimiento diagnóstico o terapéutico.

La localización más frecuente de dichas lesiones a nivel gástrico resultó la región antral y cuerpo gástrico a nivel de cara anterior (78,9% del total). Dichas lesiones tenían un tamaño variable entre 10 y 100 mms de diámetro máximo, con un tamaño medio de 45 mms. El 73,7% de dichas lesiones fueron tumores tipo GIST: tumores del estroma gastrointestinal (de los cuales el 64,3% de los GIST tenían muy baja/baja agresividad frente a un 35,7% de dichos GIST de agresividad intermedia/alta) y un 26,3% otras lesiones de naturaleza benigna (un leiomioma, un lipoma submucoso, dos páncreas ectópicos y un tumor glómico). De los GIST el 85,6% presentaron positividad para el CD117 (cKIT), un 92,8% positividad para

el CD34; y en aquellos pacientes con dudas diagnósticas por negatividad cKIT se realizó determinación de PDGFR alfa (dos casos: 14,2% de los GIST). La mayoría de dichas lesiones se resecó vía laparoscópica (63%) frente a un 37% de las lesiones que fueron resecadas mediante cirugía abierta. Dentro de las cirugías laparoscópicas realizadas cabe destacar que aquellas lesiones de pequeño tamaño (<3 cms) a nivel de curvatura mayor y cara anterior fueron resecadas mediante resecciones atípicas en «cuña» en el 31,5% (6 casos) frente a aquellas lesiones localizadas en antro distal y yuxtapiilóricas con una total de 15,75% (3 casos) en las que se realizó antrectomía programada; y en último lugar gastrectomías totales o subtotales en lesiones de gran tamaño (entre 4-7 cms) localizadas a nivel de cuerpo y fundus que supusieron el 15,75% (3 casos). De las cirugías abiertas realizadas destacamos cuatro casos de resecciones atípicas en cuña en lesiones de pequeño tamaño (<2,5 cms) de localización en cuerpo bajo/curvatura mayor como hallazgos incidentales durante otro tipo de cirugía abierta (15,75%) frente a cuatro casos de pacientes diagnosticados todos ellos de GIST de gran tamaño (entre 6-10 cms) de localización en cuerpo alto y fundus en los que se realizó cirugía abierta electiva (21%). La estancia post-operatoria fue menor en pacientes intervenidos vía laparoscópica frente a la cirugía abierta (media 6,2 días vs 9,2 días, mediana de 4 vs 11 días).

La supervivencia a dos años libre de enfermedad fue del 85,7% en el grupo diagnosticado de GIST y del 100% en el grupo que fue diagnosticado de entidades benignas.

Conclusiones: Las lesiones estromales/submucosas a nivel gástrico más frecuentes son los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), en su mayoría asintomáticos y con un diagnóstico incidental, pero en otras ocasiones pueden debutar con HDA, anemia por pérdidas crónicas, dolor abdominal, dispepsia o plenitud postprandial que motive un estudio dirigido. Las lesiones submucosas de naturaleza benigna fueron menos frecuentes, de pequeño tamaño (<3 cms) y de localización predominante en región antral. La cirugía laparoscópica de dichas lesiones es segura y factible, con menor estancia post-operatoria, aunque es preciso individualizar en cada caso la indicación de cirugía ya que lesiones de gran tamaño (>5cm), en áreas de cirugía más complicada quizás deban abordarse vía convencional sobre todo en Centros con poca experiencia en laparoscopia.

Resultados del uso de material protésico en las hernias de hiato de gran tamaño en nuestro centro. Estudio de cohortes retrospectivo.

Cabañó Muñoz, Daniel; Gámez Córdoba, Esther; Moreno Ruiz, Javier; Rodríguez Cañete, Alberto; Montiel Casado, Custodia; Pitarch Martínez, María; Bondía Navarro, Jose antonio; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Regional Universitario de Málaga (Carlos Haya)

Introducción: La cirugía laparoscópica es el tratamiento de elección en las hernias de hiato de gran tamaño. Pueden ocurrir recidivas clínicas y/o radiológicas (tasas de hasta 30-42% según las series). Para prevenir las recurrencias algunos autores recomiendan el uso de material protésico, especial-

mente en casos con cierre a tensión, debilidad de los pilares, y defecto herniario >5cm. Las prótesis disponibles son de material irreabsorbible (polipropileno o PTFE), biológicas o de material sintético reabsorbible. El uso de material protésico está también relacionado con algunas complicaciones postoperatorias como migración intraluminal, fibrosis y estenosis esofágica. Presentamos un estudio comparativo de los resultados obtenidos con la utilización de material protésico en pacientes afectados de hernia de hiato de gran tamaño.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio comparativo de cohortes retrospectivas que recoge los datos de 77 pacientes con hernias de hiato de grados II, III y IV, intervenidos en nuestro centro. En todos los casos se realizó una funduplicatura tipo Nissen laparoscópico. La cohorte A está formado por 30 pacientes en los que se aplica una malla de material sintético reabsorbible (GORE® BIO-A®) en el hiato esofágico, y en la cohorte B se recogen 47 pacientes en los que se realiza un cierre simple de los pilares diafragmáticos.

El objetivo principal es analizar posibles diferencias en la recidiva clínica y radiológica en ambos cohortes. Como objetivos secundarios se analizaron resultados en estancia postoperatoria, presencia y duración de disfagia y atrapamiento aéreo. La recidiva clínica se analiza además en tiempo y según la escala de Visick. La recidiva radiológica se cuantifica realizando un tránsito esofago-gastro-duodenal con contraste a los 4 y 12 meses.

Resultados: Ambos grupos fueron homogéneos en características demográficas, comorbilidades y sintomatología preoperatoria. Todos los pacientes presentaban hernias de tipo II, III y IV, predominando el tipo III (90% cohorte A, 68,1% cohorte B). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de recidiva del RGE (10% cohorte A, 4,3% cohorte B, p 0,318), predominando el RGE Grado I-II (92,9% cohorte A, 87,2% grupo B). Se observa menor recurrencia radiológica en el grupo A, sin corresponder con una diferencia estadísticamente significativa (Cohorte A 17,9%, Cohorte B 23,4%, p 0,643). Se observaron tasas similares de disfagia en ambos grupos (Cohorte A 53,3%, Cohorte B 42,6%), con una resolución más precoz en el grupo A (Duración >12 meses de la disfagia en cohorte A 25%, cohorte B 80%, p 0,002) de forma estadísticamente significativa. También se observó diferencia en el atrapamiento aéreo, superior en la cohorte B (cohorte A 13,3%, Cohorte B 34%, p 0,043).

Discusión: El uso de malla en el hiato esofágico estaría recomendada en los pacientes con hernias grados II a IV, presentando menor recidiva radiológica, menor tasa de disfagia en el postoperatorio con una resolución más precoz, y menor atrapamiento aéreo.

Influencia de la presión del EEI en el resultado de la cirugía del reflujo gastroesofágico.

Ruiz Juliá, María Luisa; Aguilar Luque, José; Ruiz Luque, Virgilio; Ponce Guerrero, Irene María; Sánchez Sánchez, Luis Fabricio; Martín Balbuena, Ramón; Martínez García, Pablo.

Hospital Universitario de Valme.

Introducción: Después de la cirugía antirreflujo en pacientes con ERGE, la recurrencia de los síntomas puede ocurrir en cerca de 15 - 25% de los pacientes. Sin embargo, la recurrencia anatómica en pruebas complementarias postoperatorias no suele guardar relación con la clínica del paciente tras la cirugía. La constatación de la recurrencia de síntomas tras cirugía antirreflujo es una cuestión compleja debido, en primer lugar, a la dificultad de correlación entre la recurrencia clínica y anatómica, y por otro lado a la dificultad a la hora de establecer una correcta indicación del tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Determinar la incidencia de recurrencia clínica de reflujo en pacientes sometidos a cirugía antirreflujo con valores de presión del esfínter esofágico inferior < 6 / > 6 mm de Hg.

Material y método: Hemos llevado a cabo un estudio longitudinal, observacional analítico, retrospectivo unicéntrico, en pacientes intervenidos, tanto por vía laparoscópica como por técnica abierta, en el Servicio de Cirugía del Área Hospitalaria de Valme, por enfermedad de reflujo gastroesofágico a partir de Marzo de 2000 hasta Febrero de 2008. Fueron revisadas las historias clínicas de 127 pacientes, divididos en 2 grupos de estudio según la presión del esfínter esofágico inferior: grupo Muy Hipotónico < 6 mm de Hg y grupo Hipotónico > 6 mm de Hg.

Resultados: En los pacientes con clínica de reflujo en el 12º mes p.o. según el grupo de presión del EEI, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a la recurrencia radiológica del reflujo y de la hernia de hiato, se objetivó una mayor recurrencia tanto del reflujo radiológico como de la hernia de hiato en el grupo de presión del EEI < 6 mm de Hg.

Se analizaron además una serie de variables como el tiempo de estancia hospitalaria postoperatoria, la incidencia de dolor y disfagia postoperatorias, el porcentaje de reintervenciones, así como la influencia de antecedentes de fibromialgia y síndrome depresivo, entre otros.

Conclusiones: Según la hipótesis de trabajo en nuestro estudio no se obtienen datos definitivos de que la hipotensión marcada del EEI constituya una variable independiente con valor predictivo respecto a la eficacia del resultado quirúrgico.

Sin embargo, creemos que estos resultados reflejan una tendencia en cuanto a un aumento de la recidiva radiológica de la ERGE (tanto del reflujo como de la hernia de hiato) en el primer año del p.o. en el grupo de pacientes con un valor del EEI muy hipotónico (< 6 mm de Hg), y que la falta de significación estadística pudiera estar en relación con una falta de potencia debido a un tamaño de muestra pequeño, pudiendo llegar a ser significativas estas diferencias con un número de casos mayor.

Las causas que impiden conceder potencia a estos datos son, por una parte, el corto tamaño muestral y sobre todo, por las dificultades asociadas a los estudios retrospectivos.

Factores predictivos de recidiva en el cancer de esófago tras cirugía r0

Vico Arias AB, Álvarez Martín MJ, Plata Illescas C, García Navarro A, Segura Reyes M, Mansilla Roselló A, Jiménez Ríos JA

Hospital Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Introducción: El cáncer de esófago se suele diagnosticar en fases localmente avanzadas presentando una mortalidad y pronósticos sombríos. Pese a los avances quirúrgicos y los tratamientos con radioterapia (RT) y quimioterapia (QMT) complementarios que consiguen mayores tasas de resecciones R0, presenta unos índices de recidiva que siguen manteniéndose altos.

Objetivos: Analizar los resultados en nuestro medio de los pacientes que han sido sometidos a intervención quirúrgica con intención radical por cáncer de esófago así como los factores de riesgo y patrones de recidiva del mismo.

Material y método: Estudio observacional y retrospectivo que incluye aquellos pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico consiguiendo resección R0 desde Enero de 2005 a Diciembre de 2013 y a los que se les realizó seguimiento posterior. Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron la esofagectomía transhiatal y esofagectomía mínimamente invasiva. La neoadyuvancia se indicó a aquellos tumores T3, T4 o N+, estableciendo un esquema quimioterápico de 3 ciclos basado en ECF (epirubicina, cisplatino y 5-fluoruracilo). La recidiva se define como local, regional o metastásica.

Se recogieron variables tanto clínicas como patológicas y de supervivencia: Edad, sexo, ASA, tipo histológico, localización tumoral, grado de diferenciación, clínica inicial, uTN, respuesta a la neoadyuvancia, pTN y patrones de recidiva.

Resultados: En el periodo señalado, se han estudiado 59 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, 48 (81,4%) fueron varones, y la edad media de la muestra fue de 66,7 años. En el 37,7% de los casos la clínica inicial y/o principal fue la disfagia, y la localización más habitual fue en esófago distal, en un 88% de los casos, siendo el adenocarcinoma el tipo histológico más frecuente (84%). En 31 casos se administró tratamiento neoadyuvante, con una respuesta al tratamiento completa del 18,2%, parcial del 59,1% y sin respuesta en el 22,7% de los casos. El abordaje mediante cirugía transhiatal se realizó en el 71,1% de los pacientes, mientras que en 17 casos (22%) se empleó una cirugía mínimamente invasiva. 24 pacientes presentaron ganglios positivos (40,7%). El estadio más frecuente fue el estadio IIB, en el 25,4% de los casos, seguido de los estadios IB y IIIC que presentaron un porcentaje del 18,6%. 22 pacientes (37,32%) presentaron recidiva, siendo la más frecuente la metastásica en un 72,7% de los casos, seguido de la recidiva regional en el 20,8% con una mediana de intervalo libre de enfermedad de 12 meses. La supervivencia libre de enfermedad a los 12, 24 y 60 meses fue del 79,7, 60,1 y 44,8% respectivamente y la curva de supervivencia libre de enfermedad por estadios fue estadísticamente significativa demostrando un riesgo más elevado de recidiva en aquellos pacientes en estadio III. De todos los posibles factores analizados, el que presenta una relación como factor de riesgo en nuestra serie es el pTN.

Conclusiones: Corroboramos la alta incidencia de recidiva que presenta este tumor, en concordancia con el resto de las series. En nuestra experiencia, el factor que probablemente esté más fuertemente asociado en la aparición de recidiva sea el estadio TNM, siendo el estadio III el que presenta mayor tasa de recidiva y un intervalo libre de enfermedad menor