

COMUNICACIONES VÍDEOS

Sistemas de cierre dinámicos en Abdomen Abierto. Video de las técnicas actuales.

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

Hospital General Básico de Riotinto, Huelva.

Introducción: La gestión correcta del Abdomen abierto es importante para restaurar la situación clínica del paciente y para evitar mayores complicaciones de la pared abdominal. El Cierre primario retardado del abdomen utilizando una tracción dinámica y progresiva es una técnica relativamente nueva para el tratamiento del OA (open abdomen). Tras la colocación de Bolsa de Bogotá por OA creemos muy útil colocar un sistema de cierre dinámico, con excelentes resultados de la contingencia de la pared abdominal en las recientes publicaciones.

Material y método: Presentamos video ilustrativo de las dos técnicas actuales utilizadas en cierre dinámico progresivo en OA. Dos sistemas son utilizados: 1) Sistema Abbra (unido o no a sistema VAC) con elastómeros que traccionan progresivamente para conseguir un cierre de la fascia 2) Uso de malla macroporosa (Dynamesh IPOM / Omira) que requiere recortes cada 48 horas para aproximación de la fascia y posterior retirada y cierre primario.

Resultados: Discusión: La técnica más común en la actual gestión de OA es la colocación de VAC (cierre asistido por vacío) o el uso de una malla. Estos sistemas generalmente requieren varias operaciones para restaurar la integridad de la pared abdominal. Sin embargo, el cierre dinámico de la pared abdominal hace que sea posible para restaurar en el mismo proceso.

Conclusiones: El cierre final del abdomen fue en menos de dos semanas tras la colocación de los sistemas mencionados en los pacientes que hemos tenido que intervenir de OA tras bolsa de Bogotá. La pared abdominal no tiene alteraciones en el seguimiento con respecto a eventración.

Hernia Ciática: Abordaje Laparoscópico

Cuba Castro, Jose Luis; De Luna Diaz, Resi; Ramos Muñoz, Francisco; Monje Salazar, Cristina; Corrales Valero, Elena; Suárez Muñoz, Miguel Angel; Santoyo Santoyo Julio

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: Las hernias ciáticas o isquiáticas son extremadamente infrecuentes, con un número muy limitado de casos descritos en la literatura científica. Se trata de protrusiones que se exteriorizan a la región glútea a través de uno de los dos agujeros ciáticos. Se han descrito tres tipos de hernias del suelo pélvico: obturatriz, perineal y ciática, siendo esta última la menos prevalente. Su rareza, junto a su clínica no homogénea plantea un gran problema diagnóstico y su localización por

estar en una zona muy inervada y de difícil acceso, la convierte en un verdadero reto quirúrgico a la hora de afrontarla

Objetivos: El objetivo de este trabajo es proponer el abordaje laparoscópico con colocación de malla titanizada (TIMESH) y fijada con cianoacrilato (IFABOND) como tratamiento para hernias ciáticas no complicadas.

Material y métodos: Este es el caso una mujer de 57 años que presenta una masa reductible en región glútea derecha de 10 años de evolución, que protruía con los esfuerzos, y le producía cuadros de oclusión intestinal autolimitados. Ante dichos hallazgos clínicos se realizó un TC y RMN Glútea donde se observó una hernia ciática derecha que contenía asas de intestino delgado no dilatadas sin signos de encarceración. La hernia ciática por el territorio donde se encuentra puede producir síntomas muy variados siendo lo más frecuente el dolor pélvico crónico por compresión nerviosa y la obstructiva por encarceración como en el caso de nuestra enferma. En este optó por un tratamiento quirúrgico mediante hernioplastia laparoscópica transabdominal con la colocación de una malla de polipropileno tetanizado (TIMESH) adherido con cianoacrilato (IFABOND).

Resultados: La enferma evolucionó favorablemente sin complicaciones dada de alta a las 12 horas según nuestros protocolos de CMA.

Conclusiones: Las hernias ciáticas son hernias extremadamente infrecuentes, con solo 105 casos descritos en la literatura.

Se trata de protrusiones que se exteriorizan a la región glútea a través de uno de los dos agujeros ciáticos posicionándose por detrás de glúteo mayor. producen una clínica muy variada siendo la más frecuente el dolor pélvico crónico, estreñimiento y subobstrucción intestinal. Está descrito el abordaje de esta patología por vía glútea siendo más compleja y desaconsejada, la vía laparotómica está indicada sobre todo en casos de urgencias y laparoscópico que tiene como ventaja que ser menos invasiva y causar menor inflamación sobre las estructuras nerviosas en dicha zona.

El abordaje Laparoscópico de la hernia ciática es posible, recomendable y segura en manos de cirujanos laparoscopistas expertos.

La quistoperiquistectomía total cerrada laparoscópica como tratamiento radical de la hidatidosis hepática

Rodríguez Silva, Cristina; Pérez Daga, Jose Antonio; León Díaz, Francisco Javier; Sánchez Pérez, Belinda; Fernández Aguilar, Jose Luis; Blanco Elena, Juan Antonio; Gámez Córdoba, Esther; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: La hidatidosis hepática es una patología con una distribución mundial. Actualmente la cirugía continúa siendo la principal modalidad de tratamiento radical, con excelentes resultados. Asimismo, con la reciente introducción

de técnicas mínimamente invasivas, se ha incrementado el uso de la laparoscopia en la cirugía de la hidatidosis. Sin embargo, surgen algunas controversias en términos de seguridad y eficacia de la cirugía laparoscópica.

Caso clínico: Mujer de 32 años, con antecedentes de síndrome depresivo, sin cirugías previas. Consulta por molestias abdominales difusas e inapetencia. En TC abdomen se objetivan dos lesiones de aspecto quístico, una localizada a nivel de los segmentos II-III de unos 6 cm y otra a nivel del segmento VI, de unos 4 cm. Ambas con calcificaciones y membranas en su interior, compatibles con quistes hidatídicos. Presenta una serología positiva para hidatidosis así como un estudio de extensión que descarta enfermedad a otro nivel. Se decide tratamiento quirúrgico, previa esterilización con Albendazol durante 7 semanas. Se realizó quistoperiquistectomía total cerrada laparoscópica con Aquamantis y CUSA, extrayéndose ambas piezas a través de una incisión de Pfannestiel de asistencia. El curso postoperatorio favorable, siendo alta a domicilio en 3º día postoperatorio. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de sospecha.

Discusión: La cirugía laparoscópica en el tratamiento de la hidatidosis hepática es un procedimiento efectivo y seguro en pacientes cuidadosamente seleccionados, aportando las ventajas inherentes de la laparoscopia, proporcionando resultados similares a los de la cirugía abierta. En manos de cirujanos con amplia experiencia en cirugía hepática tanto abierta como laparoscópica, la quistoperiquistectomía total cerrada, siguiendo los mismos criterios y técnicas que por vía abierta, es el procedimiento radical de elección, en términos de morbilidad postoperatoria y recurrencia.

Cirugía conservadora pancreática en el tratamiento de tumores neuroendocrinos de páncreas no funcionantes: A propósito de un caso

Rodríguez Silva, Cristina; Fernández Aguilar, Jose Luis; Sánchez Pérez, Belinda; Cabañó Muñoz, Daniel; Prieto-Puga Arjona, Tatiana; León Díaz, Francisco Javier; Pérez Daga, Jose Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: Los tumores endocrinos del páncreas (TNE-P) son entidades infrecuentes aunque cada vez más detectadas, mejor caracterizadas y más precisamente localizadas mediante los nuevos estudios de imagen. Dentro de estos tumores, los más frecuentes son los TNE-P no funcionantes (10-25%). La ausencia de clínica hormonal hace que se descubran cuando alcanzan un gran tamaño (>5cms) y con signos histológicos de malignidad o con metástasis hepáticas (80%). Algunos, no obstante, se detectan de forma casual o por otro motivo, en estadios más precoces, lo que permite tratarlos con cirugía más conservadora.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 66 años, con antecedente de hipotiroidismo, estudiada por cuadro de alteraciones del hábito intestinal y cansancio. En la Ecografía de abdomen se detecta una lesión nodular hipocogénica de 15 mm en el proceso uncinado del páncreas, que se confirma mediante TC y Eco-endoscopia. La captación en el Octreos-

can sugiere un tumor de origen neuroendocrino. El perfil hormonal y la Cromogranina A, no obstante, muestran valores dentro de la normalidad.

Es operada mediante una laparotomía media, con exposición de toda la cabeza pancreática y el proceso uncinado. Se realiza ecografía intraoperatoria que demuestra la lesión situada inmediatamente detrás de la VMS, así como las relaciones con el conducto de Wirsung. Antes estos hallazgos se decide la enucleación de la misma, sin incidencias a destacar. La evolución postoperatoria fue favorable. Actualmente permanecemos a la espera del análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica.

Hepatectomía lateral izquierda laparoscópica asistida por Aquamantys®

Cuba Castro, Jose Luis; Roldán de la Rúa, Jorge; Corrales Valero, Elena; Monje Salazar, Cristina; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Ramos Muñoz, Francisco; Suárez Muñoz, Miguel Angel; Santoyo Santoyo Julio

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La cirugía hepática laparoscópica, gracias a los avances instrumentales y las mejoras de los cuidados perioperatorios, ha ido ampliando sus indicaciones, desde la conferencia de Louisville hasta la última reunión de consenso en Morioka hace unos meses, donde la seccionectomía lateral izquierda laparoscópica para el hepatocarcinoma en el sector lateral izquierdo, se considera gold estándar, ya que disminuye las pérdidas hemáticas, el dolor postoperatorio y acorta la estancia hospitalaria, manteniendo los principios oncológicos de resecciones anatómicas para el hepatocarcinoma.

Objetivos: El Objetivo de este trabajo es proponer una alternativa para la transección hepática laparoscópica usando el Aquamantys®, un nuevo sistema que combina la radiofrecuencia y el sellado bipolar.

Materiales y métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente de 62 años, diagnosticado de una LOE hepática sólida en segmento 2 de 1,8 cms, sobre un hígado con hepatopatía crónica alcohólica con serología viral negativa y elevación de alfa-fetoproteína, confirmando el diagnóstico mediante dos pruebas radiológicas (TAC y RMN). Ante la sospecha de un hepatocarcinoma y siguiendo los criterios diagnóstico-terapéuticos de la actualidad, es diagnosticado de un hepatocarcinoma en estadio A y por tanto candidato a resección quirúrgica. Se realiza una seccionectomía lateral izquierda totalmente laparoscópica, en posición francesa y mediante 5 puertos de entrada, sin necesidad de control vascular pedicular gracias a la utilización para la transección hepática del sistema Aquamantys® (radiofrecuencia asociada a sellado bipolar), que genera un sellado hemostático seguro en superficie (hasta 1 mm de profundidad), respetando las grandes estructuras vasculares y biliares, que son disecadas con seguridad con dicho instrumento y seccionadas mediante endograpadoras laparoscópicas, confeccionando un sistema seguro de disección y hemostático para la cirugía hepática laparoscópica en resecciones anatómicas, sin necesidad de utilizar material hemostático en superficie de corte ni de drenaje.

Resultados: Nuestro paciente no requirió de control vascular pedicular (Pringle), ni de transfusión de hemoderivados, con una pérdida hemática inferior a los 100 cc y un tiempo operatorio de 150 minutos, 24 h en UCI y es dado de alta a las 48h.

Conclusiones: Gracias a los avances tecnológicos en instrumentos hemostáticos y a nuestro programa de Fast track en cirugía hepática, se ha disminuido en este tipo de pacientes, la necesidad de transfusión de hemoderivados y la estancia hospitalaria, lo que conlleva una recuperación precoz y una significación positiva en términos de eficiencia hospitalaria.

Proctocolectomía reconstructiva con reservorio ileoanal en «J» como tratamiento de la colitis ulcerosa

Gómez Pérez, Rocío; Sánchez Barrón, María Teresa; Serrano Baena, Manuel; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Lobato Bancalero, Luis Alonso, Marqués Melero, Eduardo; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; Santoyo Santoyo, Julio.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: Un porcentaje importante, al menos el 40%, de pacientes con colitis ulcerosa van a precisar tratamiento quirúrgico a lo largo de su vida a pesar de los grandes avances en el tratamiento de esta enfermedad. El tratamiento quirúrgico de elección hoy en día es la proctocolectomía reconstructiva con reservorio ileoanal (RIA).

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 36 años con antecedentes de trastorno ansioso-depresivo y Pancolitis ulcerosa diagnosticada en 2006 en tratamiento con Azatioprina 50 mg 2c/24h, con varios ingresos por brotes graves que precisaron ciclosporina intravenosa. La paciente acude a urgencias por cuadro de 48 horas de evolución de dolor abdominal generalizado más intenso del habitual, acompañado de náuseas y vómitos. Ausencia de deposiciones en la última semana, aunque conserva la emisión de gases en menor cuantía de lo habitual. Afebril. A la exploración presentaba constantes normales, abdomen distendido, blando y depresible, timpánico, doloroso a la palpación de forma generalizada, aunque de predominio en flancos, sin signos de irritación peritoneal, ruidos abdominales disminuidos. Analítica con leucocitosis sin datos de gravedad. Radiografía y TAC de abdomen con importante dilatación del marco cólico, sin causa mecánica de obstrucción ni signos de complicación. Es diagnosticada de megacolon sin signos de gravedad e ingresada para tratamiento y soporte nutricional previo a una proctocolectomía total con reservorio en «J» e ileostomía de protección. Se presenta el video de dicha intervención destacando los pasos claves de la misma. En nuestro caso la anastomosis ileoanal se realizó de forma mecánica con una endograpadora circular a unos 2 cm de la línea dentada sin mucosectomía.

Resultados: El postoperatorio transcurrió de forma satisfactoria, salvo por un episodio de retención de orina y cistitis. A los 3 meses se ha procedido al cierre de ileostomía en asa sin complicaciones.

Discusión: La intervención fue descrita por Parks y Nicholls en la década de los 70. Existen alternativas como la procto-

lectomía con anastomosis ileoanal o con ileostomía terminal, con peores resultados funcionales. La técnica ha sufrido varias modificaciones que han pretendido mejorar el resultado funcional, es decir disminuir el trauma sobre el aparato esfinteriano y mejorar la continencia.

De entre los tipos de reservorio descritos, en S, en W, en J y la bolsa de Kock; el reservorio en J descrito por Utsonomiya, es el que mejores resultados ha demostrado tener, el que menos cantidad de intestino utiliza, el más fácil de confeccionar y el que menos problemas obstructivos parece que presentar.

Dicha intervención es curativa, aunque no está exenta de complicaciones como hemorragia, dehiscencias, colecciones, necrosis del reservorio, fístulas del reservorio a la vagina, pouchitis, así como disfunción intestinal o incontinencia.

El hecho de realizar una proctocolectomía también elimina el riesgo de malignización de la mucosa afecta por CU.

Conclusiones: La proctocolectomía reconstructiva con reservorio ileoanal en dos tiempos es el tratamiento quirúrgico de elección en el momento actual de la colitis ulcerosa. Confiamos en que en los próximos años la vía laparoscópica aporte todas sus ventajas a esta técnica.

Hemorroidectomía según técnica de Longo. Presentación de un vídeo.

Salas Díaz, Antonia Sonia; Romero Gallego, José David; Ramos Durán, José Miguel; Gómez Modet, Susana; García Romero Emilio.

Hospital Punta De Europa. Algeciras. Área De Gestión Sanitaria Campo De Gibraltar.

Introducción: Las técnicas más usuales ante la patología hemorroidal eran Milligan-Morgan y Ferguson, en 1998 Longo propuso una nueva técnica, la mucosectomía circular endoanal, como tratamiento eficaz de la enfermedad hemorroidal. Presentamos un vídeo realizando la técnica con la experiencia propia de nuestro hospital.

Material y método: Mucosectomía circular endoanal realizada en nuestro Servicio.

Conclusiones: Este método ha demostrado ser una técnica sencilla y eficaz en pacientes con hemorroides grado III con tasa de complicaciones baja y mucho menor dolor postoperatorio añadiendo menor tiempo de estancia postquirúrgica en los 50 casos realizados en nuestro centro.

Cirugía local de tumores rectales: Técnica de microcirugía transanal endoscópica (TEM) vs Técnica de cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS).

Triguero Cabrera, Jennifer; Pineda Navarro, Noelia; Segura Jiménez, Inmaculada; Huertas Peña, Francisco; Conde Muíño, Raquel; Palma Carazo, Pablo.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Introducción: La exéresis local del carcinoma de recto en estadios precoces es el tratamiento estándar reconocido en

todas las guías. La microcirugía transanal endoscópica (TEM) ha demostrado ventajas respecto a la técnica convencional, gracias a su mayor precisión y a la posibilidad de abordar tumores de localización más proximal, difícilmente accesibles con otros métodos.

La aparición de la técnica de cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) ha supuesto una alternativa, mediante el uso de nuevos dispositivos de puerto único anal.

Objetivos: Presentamos en vídeo dos intervenciones de lesiones de recto mediante técnica TEM y TAMIS con el objetivo de mostrar las características técnicas de cada procedimiento.

Pacientes y métodos: Describimos los resultados de una serie de pacientes con diagnóstico preoperatorio de carcinoma de recto en estadio precoz, intervenidos tanto con TEM como con TAMIS.

Resultados: La técnica TAMIS usando un puerto GELPOINT representa ventajas técnicas al utilizar el aparataje laparoscópico muy familiar al cirujano colorrectal contemporáneo. La calidad de resección de la pieza quirúrgica es equivalente a la aportada por el TEM, con criterios de selección de pacientes estrictos en ambas técnicas.

Conclusiones: Nuestra experiencia preliminar con la técnica TAMIS demuestra que se trata de una alternativa a la técnica TEM, por su mayor rapidez en el montaje del instrumental, con mayor flexibilidad en la disección y menores costes, encontrando solo determinadas desventajas respecto a la misma.

Colposacropexia laparoscópica como tratamiento del estreñimiento crónico en paciente con disfunción del suelo pélvico.

Hinojosa Arco, Luis Carlos; Corrales Valero, Elena; Martos Rojas, Noemí; Rivera Castellano, Javier; Lobato Bancarelo, Luis; Del Fresno Asensio, Antonio; Santoyo Santoyo, Julio; Suárez Muñoz, Miguel Ángel.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: El estreñimiento es un síntoma de elevada prevalencia en países desarrollados que obedece a múltiples causas. Aunque en la mayoría de los casos responde a medidas conservadoras, ocasionalmente se encuentra relacionado con alteraciones anatómicas del suelo pélvico que pueden requerir una intervención quirúrgica.

Objetivos: Es sabido que cualquier lesión en alguno de los elementos de la pelvis repercute en el balance global funcional de la misma. En este caso se quiere estudiar la mejoría clínica tras la corrección de un caso de rectocele y colpocistocele mediante colposacropexia laparoscópica.

Material y método: Se presenta el caso de una paciente de 53 años, con histerectomía previa por patología miomatosa, que presenta un estreñimiento crónico de años de evolución y cinco episodios de diverticulitis aguda. En pruebas de imagen destaca una defecografía, que muestra una angulación rectal, cistocele y rectocele, TC de Abdomen con sigma redundante con divertículos y Colonoscopia sin hallazgos significativos salvo divertículos en colon sigmoide. Se ha intentado tratamiento conservador mediante modificación de hábitos dieté-

uticos, toma de laxantes, ejercicios de suelo pélvico y estimulación de Nervio Tibial Posterior. A pesar de ello la evolución no es satisfactoria, motivo por el que se plantea intervención quirúrgica. Se realiza colposacropexia laparoscópica, con colocación de malla de polipropileno macroporosa, y Sigmoidectomía laparoscopia en el mismo acto, debido a la presencia de sigma redundante y los antecedentes de diverticulitis. Tras la apertura del peritoneo parietal desde el promontorio hasta el fondo de saco de Douglas se realiza una disección del espacio rectovaginal hasta identificar las ramas puborrectales del músculo elevador del ano, llegando a delimitar con claridad el espacio pararrectal. A continuación se fija la malla en el espacio vesicovaginal sobre la pared anterior vaginal con puntos irreabsorbibles y posteriormente por la pared posterior de la misma y a lo largo de los ligamentos cardinales. Se extiende la malla y se fija con varios puntos al promontorio. Seguidamente se realiza Sigmoidectomía y anastomosis colorrectal terminoterminal.

Resultados: La paciente presenta un postoperatorio sin incidencias, siendo dada de alta una semana tras la intervención, con buena tolerancia oral y tránsito intestinal conservado. El resultado funcional de la intervención es óptimo, posibilitando la expulsión de heces con una frecuencia de 1-2 diarias, sin esfuerzo defecatorio, sensación de defecación incompleta o uso de laxantes.

Conclusiones: La colposacropexia laparoscópica es un procedimiento seguro que permite reestablecer el equilibrio estructural entre los distintos elementos de la pelvis dando lugar a una mejor funcionalidad de los mismos. En nuestro caso, la Sigmoidectomía indicada por la diverticulitis de repetición ayuda a disminuir la sintomatología del estreñimiento.

Anoplastia «en casa» para la estenosis de ano

Rubio Manzanares Dorado, Mercedes; De La Portilla De Juan, Fernando; Dios, Sandra; Jimenez Rodríguez, Rosa; García Cabrera, Ana María; Vazquez Monchul, Jorge Manuel.

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La estenosis anal es una complicación rara pero invalidante. Se observa principalmente tras la cirugía anal y se ha relacionado estrechamente con la hemorroidectomía. Los pacientes con estenosis anal a menudo refieren estreñimiento severo, sangrado y evacuación incompleta. Aunque la estenosis leve o moderada puede ser tratada con cambios dietéticos y laxantes, en la estenosis severa se impone el tratamiento quirúrgico. La estenosis anal representa un reto para el cirujano. A pesar de los distintos flaps descritos, la anoplastia «en casa» parece ser el que mejor resultado clínico, satisfacción entre los pacientes, mejoría en la calidad de vida y menos complicaciones ofrece.

Presentamos un caso de estenosis anal idiopática tratada con éxito con una anoplastia «en casa».

Material y método: Mujer de 69 años que como único antecedente de interés refiere episiotomía durante el parto. La paciente refiere disquecia, sin ninguna otra sintomatología asociada. A la exploración anal se aprecia una estenosis con-

céntrica que impide el paso del dedo índice. Se observa una cicatriz de episiotomía en rafe posterior del periné. Resulta imposible realizar colonoscopia debido a que la estenosis anocutánea impide su paso por el canal anal. Ante estos hallazgos se decide realizar una anoplastia «en casa» o «house flap» anosplasty.

Resultados: La anoplastia «en casa» es un colgajo reservado para las estenosis proximales o aquellas que se extienden desde la línea dentada a la piel perianal.

Se realiza una incisión longitudinal en el lateral derecho o izquierdo del canal anal que se extiende desde la línea dentada hasta la estenosis. A continuación practicamos dos incisiones transversales proximal y distal a la longitudinal para abrir la estenosis. Se crea un colgajo en forma de casa con la piel perianal. La base rectangular de la casa se orienta proximal al ano y el tejado debe de dibujarse alejado de la estenosis. La anchura del colgajo no debe superar el 25% de la circunferencia del ano. El colgajo se avanza en el canal anal y se cubre el defecto creado, suturándolo a los bordes receptores con puntos sueltos de vicryl del 3/0. La creación de una base amplia, evita posibles complicaciones como la isquemia del ápex vista en los colgajos en V-Y tras dejar una punta estrecha.

Conclusiones: El colgajo «en casa» es un procedimiento simple que combina los beneficios del colgajo rectangular y de los colgajos en V-Y. Puede ser usado en prácticamente todos los defectos anales con altas tasas de curación y de satisfacción de los pacientes.

Sellado de fístula perianal con plasma rico en factores de crecimiento

Tinoco González, José; Ramallo Solís Irene María; Senent Boza, Ana; Jiménez Rodríguez, Rosa María; Díaz Pavón, José Manuel; Vázquez Monchul, Jorge Manuel; Gollonet Carnicero, José Luis; Sánchez Gil, José Manuel; Palacios González, Carmen; García Cabrera, Ana María; Padillo Ruíz, Francisco Javier; De la Portilla De Juan, Fernando.

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: El tratamiento quirúrgico de las fístulas anales complejas sigue siendo controvertido en la actualidad, por los dispares y poco satisfactorios resultados obtenidos en muchas ocasiones. Se han ideado diferentes procedimientos preservadores de esfínteres cuyo objetivo principal, al margen de la curación, es evitar la incontinencia. Teniendo en cuenta este principio, recientemente se están empleando los tratamientos de regeneración tisular, resaltando el sellado de la fístula mediante PRGF.

Material y método: Presentamos un vídeo sobre el sellado de una fístula con el empleo de PRGF, en el que se ilustra su utilización. Caso clínico: Varón de 48 años, con antecedentes clínicos de supuración anal crónica secundaria a fístula perianal de 30 meses de evolución y drenaje quirúrgico urgente de absceso perianal hace 18 meses. Exploración: cicatriz de cirugía previa y OFE sobre la 1, zona fibrosa lateral izquierda compatible con trayecto fistuloso, se objetiva OFI a las 6 en canal medio. ECO endoanal: fístula transesfinteriana media-alta, con OFI en canal medio posterior; no abscesos. RM:

hallazgos similares a la ECO. Tras estudio preoperatorio se decide intervención quirúrgica por fístula perianal compleja y sellado mediante PRGF.

Discusión: Puesto que el tratamiento quirúrgico de las fístulas anales complejas no siempre ofrece una solución definitiva, y además no está exento de morbilidad, el empleo de nuevos procedimientos como el sellado con PRGF, supone una nueva posibilidad de tratamiento para los pacientes afectados por estos procesos y la posibilidad de curarse. Es sencillo de realizar y requiere un mínimo tiempo quirúrgico. Sin embargo, en un futuro próximo sabremos si esta técnica resulta efectiva a largo plazo para el tratamiento definitivo de la fístula anal compleja.

Hemicolectomía derecha laparoscópica con extracción transumbilical de la pieza en paciente con hernia umbilical M3,W2 asociada.

Marín, M; Valdés-Hernández, J; Del Río, F; Cintas, J; Torres, C; Gómez-Rosado, JC; Oliva, F; Capitán-Morales LC.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La tendencia a una menor invasión en el acto quirúrgico ha sido un objetivo desde los inicios de la cirugía. En la actualidad se buscan continuamente caminos que cumplan este principio permitiendo disminuir el trauma de la pared abdominal, el dolor postoperatorio y además mejorar el resultado estético.

Objetivos: El objetivo de este vídeo es dar a conocer nuestra experiencia en la hemicolectomía derecha laparoscópica con extracción transumbilical de la pieza en el caso de coexistir una hernia umbilical.

Material y método: Presentamos el caso de un paciente varón de 82 años, con antecedente de hernia incisional umbilical (M3W2 según la clasificación de la Sociedad Europea de la Hernia), diagnosticado de adenocarcinoma infiltrante de colon ascendente. Intervenido por vía laparoscópica, se realizó incisión sobre hernia umbilical y colocación de Octoport S2. Puertos en FID, FII, HD e HI. Se realizó abordaje medial a lateral de vasos ileocólicos y cólicos derechos. Tras sección de colon transversal e ileon terminal, se procedió a la extracción de la pieza por puerto umbilical. Anastomosis ileocólica manual anisoperistáltica extracorpórea por puerto umbilical.

Cierre de puerto umbilical con Maxon loop 1. Longitud de la herida de incisión umbilical de 3,5 cm.

Conclusiones: La colectomía laparoscópica con extracción transumbilical del espécimen, es una alternativa al abordaje tradicional laparoscópico, especialmente cuando existe una hernia umbilical asociada que va a precisar una reparación quirúrgica, disminuyendo el trauma adicional a la pared abdominal, siguiendo los principios de la Cirugía Mínimamente Invasiva.

Colectomía izquierda laparoscópica tras obstrucción intestinal resuelta con endoprótesis

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

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Objetivos: Presentar en formato vídeo el tratamiento por abordaje laparoscópico de un paciente con una neoplasia de colon izquierdo obstructiva, que se trata previamente mediante la colocación de una prótesis autoexpandible de forma endoscópica.

Material y método: Paciente varón de 56 años sin antecedentes familiares de interés y con antecedentes personales de miocardiopatía dilatada, TV idiopática tratada mediante ablación en 2004 e intervenido de colecistectomía y apendicectomía.

Acude a servicio de Urgencias con síndrome obstructivo intestinal secundario a neoplasia de colon izquierdo, diagnosticado por TC abdominal en este momento, que se deriva al servicio de Gastroenterología, realizándose una colonoscopia que informa de neoplasia estenosante por debajo del ángulo esplénico del colon y colocando una prótesis autoexpandible como puente a la cirugía.

Se toman biopsias que informan de adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Resultados: Se procede a la realización de la hemicolectomía izquierda por abordaje laparoscópico, extrayendo la pieza sin dificultad por separador de Alexis mediante incisión de Pfannenstiel. El vídeo evidencia el desarrollo de la cirugía sin complicaciones y buena movilización del marco cólico pese a la prótesis. **Postoperatorio sin incidencias con Alta hospitalaria a los seis días. Durante su seguimiento, ha completado tratamiento adyuvante con quimioterapia, y actualmente está libre de enfermedad.**

Conclusiones: En esta comunicación mostramos la posibilidad de la vía laparoscópica para el tratamiento de lesiones neoplásicas con prótesis autoexpandibles en su interior. Como se puede ver en el vídeo, la utilización de prótesis como puente a la cirugía no debe contraindicar el abordaje laparoscópico.

Abordaje laparoscópico en el síndrome de la poliposis adenomatosa familiar

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

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Objetivos: Presentar en formato vídeo el tratamiento por abordaje laparoscópico de un paciente con poliposis adenomatosa familiar (PAF), mediante la realización de una proctocolectomía restauradora con reservorio ileal.

Material y método: Paciente varón de 22 años con antecedentes familiares de padre fallecido de cáncer colorrectal (CCR) con 58 años, una hermana fallecida por CCR a los 28 años y dos hermanos varones con diagnóstico de PAF.

Derivado de la Unidad de Consejo Genético para realización de proctocolectomía restauradora profiláctica en síndrome de PAF.

Se realiza colonoscopia que describe numerosos pólipos desde recto hasta ciego de diferentes tamaños, la mayoría por encima de 1 cm.

Resultados: Se procede a la realización de la proctocolectomía restauradora profiláctica con reservorio ileal e ileostomía de protección, para tratamiento de la enfermedad descrita, la cual se desarrolla sin complicaciones por abordaje laparoscópico.

El paciente presenta adecuada tolerancia oral a las 48h y tránsito intestinal precoz, dándose de Alta hospitalaria a los cinco días.

Durante la evolución postoperatoria, el paciente presenta buen estado general, sin clínica de tenesmo ni de alteraciones del tránsito intestinal, y con un adecuado seguimiento en Consulta Externa en nuestro servicio. Se realizó la reconstrucción del tránsito a las cuatro semanas sin alteraciones a destacar.

Conclusiones: El tratamiento profiláctico laparoscópico de la PAF parece ser seguro y factible según las últimas publicaciones, y se constituye como una alternativa atractiva a la cirugía abierta, teniendo en cuenta la edad joven de los pacientes que la padecen, como muestra el vídeo que presentamos.

Resección interesfintérica en cáncer de recto. Abordaje laparoscópico.

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

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Objetivos: Presentar en formato vídeo el tratamiento por abordaje laparoscópico de una paciente con una neoplasia de recto inferior y estudio de extensión negativo, realizándose resección anterior de recto con resección interesfintérica y anastomosis manual por su margen al aparato esfinteriano.

Material y método: Paciente mujer de 33 años sin antecedentes familiares ni personales de interés.

Acude derivada de servicio de Gastroenterología por cuadro de rectorragia y síndrome constitucional en estudio. Presenta a la exploración mediante tacto rectal una tumoración dura e inmóvil a 1 cm del borde superior del canal anal.

Estudio complementario con colonoscopia sin otras lesiones sincrónicas, con biopsia de adenocarcinoma moderadamente diferenciado; PET-TC con aumento del metabolismo a nivel rectal (SUV máx 18); RM pélvica, describe tumor de 3cm inmediatamente por encima del margen del músculo puborrectal (cT2No); y ECO endorrectal que objetiva localización posterior entre las 3h y las 6h en posición de litotomía (uT2No).

Resultados: Se procede a la realización de la resección anterior del recto por abordaje laparoscópico, y a continuación se realiza la resección interesfintérica con anastomosis coloanal al remanente mucoso inmediatamente inferior a la línea pec-

tínea. Ambos procedimientos se desarrollan satisfactoriamente, sin registrar eventos adversos durante la cirugía.

La paciente presenta adecuada evolución postoperatoria, manteniendo la continencia anal y un adecuado tránsito intestinal. Alta hospitalaria a los diez días. Anatomía patológica ratifica adenocarcinoma estadio pT2No.

Seguimiento estrecho en Consultas Externas de Cirugía y Oncología Médica, encontrándose libre de enfermedad hasta el momento actual.

Conclusiones: Los tumores rectales en estadios precoces no subsidiarios de resección local, donde resecciones con preservación del aparato esfinteriano tienen gran importancia, se benefician no sólo de un abordaje laparoscópico sino también de la resección interesfintérica para conseguir un resultado oncológico satisfactorio. Esto es especialmente relevante en pacientes jóvenes, como ocurrió en nuestro caso, pues conseguimos evitar la realización de una amputación abdominopelvíca, con las connotaciones que ello conlleva.

Sigmoidectomía y adrenalectomía izquierda sincrónica laparoscópica

San Miguel Méndez, Carlos; Plata Illescas, Cristina; Conde Muño, Raquel; Segura Jiménez, Inmaculada; Huertas Peña, Francisco; Palma Carazo, Pablo.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Objetivos: Presentar en formato vídeo el tratamiento por abordaje laparoscópico de una paciente con una neoplasia de colon sigmoide e incidentaloma suprarrenal de 8 cm de diámetro durante el estudio preoperatorio.

Material y método: Paciente mujer de 60 años sin antecedentes familiares de interés y con antecedentes personales de diabetes mellitus, dislipemia, HTA e intervenida previamente de colecistectomía.

Acude derivada de servicio de Gastroenterología por cuadro de rectorragia y síndrome constitucional en estudio.

Colonoscopia muestra neoformación a nivel de colon sigmoide.

Durante el estudio de extensión, se realiza TC abdominal que evidencia tumoración en colon e incidentaloma suprarrenal de 8 cm de diámetro, que no comprime estructuras vasculares.

PET-TC abdominal que objetiva aumento del metabolismo a nivel del colon izquierdo así como en la glándula suprarrenal del mismo lado. No afectación de otras localizaciones.

Se realiza así mismo estudio funcional hormonal del incidentaloma, descartando síndromes de Cushing y Conn, feocromocitoma o tumores virilizantes. Ante la confirmación del tumor extrasuprarrenal, se realiza PAAF de la misma, descartando afectación metastásica.

Resultados: Se procede a la realización de la sigmoidectomía por abordaje laparoscópico, y de forma sincrónica se realiza adrenalectomía. Ambos procedimientos se desarrollan satisfactoriamente, sin registrar eventos adversos durante la cirugía.

La paciente presenta adecuada evolución postoperatoria y es dada de Alta hospitalaria a la semana de la intervención.

Durante su seguimiento, ha completado tratamiento adyuvante con quimioterapia, encontrándose libre de enfermedad hasta la fecha.

Conclusiones: Este vídeo demuestra que el abordaje laparoscópico es seguro y efectivo en la combinación de dos procedimientos quirúrgicos. Consideramos interesante este caso también por el estudio de incidentalomas suprarrenales junto a la aparición de otros síndromes o enfermedades, como en el contexto de la aparición junto con tumores extrasuprarrenales, como ocurre en nuestro caso.

Adenoma suprarrenal productor de andrógenos. resección laparoscópica

Ocaña Wilhelmi, LT; Cuba Castro, JL; Hinojosa Arco, LC; Maraver Selfa, S; Glückmann Maldonado, E; Gómez Pérez, R; Rivas, J; Villuendas Morales, F; Suárez Muñoz, MA.

Hospital Clínico Universitario «Virgen de la Victoria».
Málaga.

Introducción: El hiperandrogenismo en las mujeres supone una serie de afecciones que van desde el simple hirsutismo hasta la franca virilización, traducéndose en signos y síntomas de la unidad pilosebácea así como del sistema reproductor femenino, además de ser precursor de graves problemas cardiovasculares y metabólicos. Los signos clínicos más comunes en las mujeres con hiperandrogenemia son hirsutismo, acné y alopecia.

Objetivos: Analizar el caso clínico de una paciente con una tumoración suprarrenal productora de Andrógenos, su diagnóstico, tratamiento quirúrgico (adrenalectomía laparoscópica) y su evolución.

Material y método: Paciente de 32 años de edad con hirsutismo leve con desarrollo puberal. Menarquia a los 9 años, con ciclos siempre irregulares y con baches amenorréicos de 3 meses. Desde hace 3 años hirsutismo más marcado y alopecia de patrón androgénico. Remitida al Endocrinólogo por el Dermatólogo, aprecia Testosterona y Cortisol elevados y en RMN masa adrenal derecha de 6 x 5 cms que impronta vena cava inferior con intensidad de señal heterogénea, predominantemente intensa en T1 y discretamente hiperintensa en T2. Con el diagnóstico de masa adrenal derecha productora de andrógenos y cortisol la enferma es propuesta para adrenalectomía laparoscópica.

Resultados: La paciente es posicionada en decúbito lateral izquierdo con rodillo ventral e intervenida por vía laparoscópica. La entrada se realiza con visoport y otros tres puertos (2 de 5 mm y uno de 12 mm). La separación hepática es fundamental, para descubrir la tumoración, que es reseca, iniciando la disección abriendo el retroperitoneo para localizar el psoas en el borde superior derecho, siguiendo por el borde inferior, identificando el polo superior renal, continuando con la separación superior del borde inferior hepático, terminando por la separación de la vena cava infrahepática en el borde medial y ligadura de la vena suprarrenal derecha, que es muy corta y superior.

Conclusiones: Las masas adrenales han de ser reseca cuando su tamaño supera los cuatro centímetros o si son

funcionantes. En este caso la indicación es doble, ya sea por su tamaño (6 cms. de diámetro mayor) y su función (hiperproductor de andrógenos y de cortisol). Pero además, dado su carácter heterogéneo y que sea virilizante, no podemos descartar su origen neoplásico. Su abordaje inicial debe ser laparoscópico, aunque el carcinoma suprarrenal suele ser de difícil resección por esta vía, dada la afectación de órganos vecinos, si bien las pruebas de imagen son hoy día de gran apoyo en el planteamiento general de la intervención.

Opciones técnicas en la cirugía de la hernia de hiato multirrecidivada con malla previa.

Morales-Conde S, Aparicio Sánchez D, Marchal Santiago A, Sánchez M, Alarcón del Agua I, Socas Macías M, Padillo Ruiz FJ y Barranco Moreno A.

Hospital H.U. Virgen del Rocío

Introducción: La hernia de hiato habitualmente se trata con cierre de pilares asociado a una técnica antirreflujo. En caso de recidiva o en defectos amplios podemos utilizar material protésico. Presentamos un caso de recidiva de hernia de hiato en dos ocasiones tras utilizar las técnicas antes descritas en el que decidimos realizar una sección gástrica más derivación con asa en Omega con el objetivo de evitar nuevas tracciones hacia el tórax.

Objetivos: Presentar opción terapéutica en la hernia de hiato multirrecidivada.

Material y método: Paciente varón de 56 años intervenido inicialmente de un Nissen laparoscópico con cierre de pilares. Tras la primera recidiva se reinterviene realizándose hiato-plastia con malla. Vuelve a tener una 2 recidiva por lo que se decide realizar la gastrectomía subtotal + anastomosis gastro-yeyunal. El abordaje del hiato se realiza según la técnica habitual. Se procede a reducir la hernia que contiene el Nissen en su interior, el cual se desmonta. Se realiza transección gástrica y derivación con asa en Omega.

Resultados: Tras 6 meses de seguimiento el paciente no ha presentado nueva recidiva. Se mantiene asintomático y las pruebas de imagen muestran un reservorio gástrico con buena capacidad alojado en cavidad abdominal.

Conclusiones: La cirugía de revisión de la hernia de hiato cada vez es más frecuente y nos encontramos situaciones en que se nos agotan los recursos técnicos. Por ello creemos que la gastrectomía realizada en este paciente con el objetivo de eliminar el estómago redundante y evitar el ascenso de nuevo del estómago hacia la cavidad torácica puede ser valorado en aquellos pacientes con hernia de hiato multirrecidivada.

Divertículo de Zenker: video de la técnica quirúrgica.

Salas Diaz, Antonia Sonia; Ramos Durán. Jose Miguel; Romero Gallego. José David; Lara Palmero. Carolina; García Romero. Emilio; Vara Thorbeck. Carlos.

Hospital Punta de Europa

Introducción: El divertículo de Zenker es una patología

poco frecuente, pero no excepcional. Muchos de ellos pasan inadvertidos por ser asintomáticos pero es una patología que puede ser muy invalidante si existe disfagia e incluso potencialmente grave cuando se acompaña de aspiraciones. A propósito de un caso hacemos una revisión del tratamiento de esta patología en nuestro centro en comparación con la bibliografía publicada al respecto. El tratamiento clásico del divertículo de Zenker ha sido la miotomía del cricofaríngeo, discutiéndose la necesidad o no de resecarlo (diverticulectomía versus diverticulopexia). Sin embargo, la evolución de las técnicas endoscópicas está obligando a replantear las estrategias de tratamiento. Analizamos las complicaciones y los resultados clínicos de nuestra serie con la miotomía del cricofaríngeo y diverticulectomía en pacientes con DZ.

Caso clínico: Paciente varón de 53 años con antecedentes de cardiopatía hipertensiva leve, extrasístoles ventriculares, hernia hiatal gigante reparada mediante una funduplicatura de Nissen, gastropexia y plastia de esófago hiatal con cierre de los pilares diafragmáticos por vía laparoscópica en el año 2011. El paciente acude por disfagia de meses de evolución acompañada de crisis de tos tras la deglución, halitosis y regurgitación de alimentos a la boca. No presenta síntomas respiratorios. Se decide realizar una miotomía del cricofaríngeo más diverticulectomía con una modificación de la técnica para evitar la aparición de fistulas. Intervención grabada en video que se presentara en el congreso. El postoperatorio evoluciona de manera favorable por lo que el paciente tras tolerancia adecuada es dado de alta domiciliaria.

Conclusiones: La diverticulectomía asociada a miotomía del cricofaríngeo es una buena técnica para el tratamiento del divertículo de Zenker, con excelentes resultados clínicos y funcionales a medio y largo plazo, pese a que la morbilidad mayor en forma de fistula esófago-cutánea ha sido alta en los casos encontrados en la bibliográfica. En nuestra experiencia las fistulas son muy infrecuentes gracias a la plastia de músculo esternocleidomastoideo modificación introducida por el Profesor Carlos Vara Thorbeck. La presentación de este video tiene el objetivo de mostrar dicha modificación de técnica.

Abordaje laparoscópico de la Hernia de Spiegel estrangulada. A propósito de un caso.

Infantes Ormad , M; Gila Bohórquez, A; Curado Soriano ,A; Lopez Ruiz, J; Tallon Aguila, r L; López Pérez ,J; Pareja Ciuró ,F; Oliva Mompean, F; Padillo Ruiz, J.

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: La hernia de Spiegel es una patología infrecuente (0,12 -2 %) que puede presentarse como una tumoración encarcelada sobre la línea de Spiegel, desencadenado en la mayoría de las ocasiones a partir de un esfuerzo brusco. El tratamiento debe ser quirúrgico, pudiendo realizarse un abordaje convencional o laparoscópico, ofreciendo las técnicas laparoscópicas un bajo índice de recidivas.

Material y método: Presentamos el caso clínico de una mujer de 50 años, con cirrosis biliar primaria, displipemia,

cáncer papilar de tiroides en espera de intervención y fumadora de 10 cigarrillos/día, como antecedentes personales. Acude a Urgencias por dolor brusco a nivel de hemiabdomen izquierdo tras la realización de un esfuerzo. No apreciamos masa abdominal ni signos de irritación peritoneal a la exploración. En la tomografía abdominal se objetiva una hernia de Spiegel izquierda con asa de intestino delgado estrangulada.

Realizamos laparoscopia exploradora observándose una asa ileal estrangulada, que se reduce mediante maniobras de taxis. Una vez tallado el colgajo peritoneal reducimos el saco herniario y disecamos el orificio herniario, para posteriormente colocar la malla de polipropileno fijándola con helicocuturas. Por último, se procede al cierre del colgajo peritoneal.

Resultados: La paciente fue dada de alta en 48 horas sin incidencias. En un año de seguimiento no ha presentado complicaciones ni signos de recurrencia.

Conclusiones: La hernia de Spiegel es una entidad poco frecuente, más aun su presentación de manera urgente. La cirugía laparoscópica juega un papel importante en aquellas situaciones de duda radiológica, aportando una visión directa de toda la cavidad y de las vísceras herniadas, y también como abordaje quirúrgico, ofreciendo además la posibilidad de conversión laparotómica en caso de necesidad.

traumatismo esplénico yatrogénico

Ortega Ruiz, Sofía; ; Moreno Marín, Pablo; Navarro Duarte, Juan Carlos; Rosado Cobán, Rafael

Hospital Torrecárdenas, Almería

El bazo es el órgano que con mayor frecuencia (40%-55%) se ve afectado en los traumatismos abdominales, siendo rara su lesión yatrogénica o espontánea. El tratamiento conservador del mismo, fue iniciado por los cirujanos pediátricos y ante los buenos resultados en niños, se extendió su indicación en adultos, por lo que hoy en día es poco frecuente la esplenectomía, existiendo numerosas series de casos publicadas con resultados satisfactorios en pacientes sin esplenectomía.

Presentamos el caso de una paciente con traumatismo esplénico yatrogénico tratado de forma conservadora.

Paciente 57 años sin antecedentes personales de interés que presenta derrame pleural izquierdo y empiema, por lo que se le coloca un tubo de drenaje pleural que tras 6 días se retira. La paciente vuelve a presentar fiebre y en la radiografía de tórax se observa nuevo derrame pleural, por lo que se decide colocar nuevo tubo de drenaje. Una vez colocado se objetiva salida de material hemático por lo que se realiza una TC en la que se observa lesión esplénica con catéter adyacente y hemoperitoneo, por lo que se decide realizar laparoscopia exploradora urgente que confirma la presencia de hemoperitoneo y lesión en cara superior del bazo. Se realiza hemostasia con Surgicel, lavado de la cavidad y se dejan 3 drenajes tipo Penrose. La paciente permanece en todo momento estable hemodinámicamente y desde el punto de vista respiratorio. Ingresó en UCI donde permaneció 48h presentando buena evolución. Fue derivada a Cirugía Torácica para colocación de tubo de tórax por empiema y posteriormente presentó una infección del hematoma

periesplénico que se resolvió con tratamiento antibiótico, siendo dada de alta a los 30 días.

La rotura esplénica se produce con mayor frecuencia en casos de traumatismo abdominal sobre todo por accidentes de tráfico, siendo poco frecuente su lesión espontánea o yatrogénica. La tendencia actual es el manejo conservador, evitando la esplenectomía y complicaciones posteriores derivadas de la misma. El manejo conservador está indicado en pacientes estables hemodinámicamente independientemente del grado de lesión. Este puede ser a su vez quirúrgico sin realizar esplenectomía, únicamente lavado de la cavidad y drenajes, en casos de líquido libre y paciente sintomático, como ocurre en el caso presentado. Se recomienda 48h-72h de ingreso en UCI, con monitorización del paciente y hemogramas seriados, tras ello debe iniciarse una actividad progresiva y controles ecográficos, estando indicada la intervención quirúrgica en caso de empeoramiento clínico y/o radiológico.

Abordaje laparoscópico de Hernia de Amyand.

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

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La Hernia de Amyand se define como la presencia del apéndice cecal en el saco de una hernia inguinal. Se trata de una entidad infrecuente, y se describen 4 tipos de Hernia de Amyand (Losanoff y Basson) según la localización de la Hernia y el estado de inflamación del apéndice. El abordaje ideal para esta patología continúa generando controversia, así como el uso, o no, de refuerzo protésico en determinados casos.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia con el abordaje totalmente laparoscópico de una hernia crural con el apéndice incarcerated y con apendicitis concomitante.

Material y método: Paciente mujer, que acude a urgencias por sensación de tumoración dolorosa en la región inguinal derecha. Se realiza Ecografía donde se aprecia saco herniario con apéndice inflamado en su interior.

Se decide realizar un abordaje laparoscópico con tres trócares, apreciándose apéndice cecal largo, que se introduce en un defecto crural derecho y que se encuentra incarcerated. Se realiza quelotomía, liberación del apéndice y apendectomía laparoscópica. Se repara el defecto crural mediante herniorrafia laparoscópica.

Resultados: La paciente fue dada de alta en 48 horas sin complicaciones y se encuentra asintomática.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico de la Hernia de Amyand es seguro y reproducible. La técnica ideal de reparación dependerá de la situación del paciente, y el grado de contaminación del apéndice. Decidimos no realizar hernioplastia, al tratarse de un anillo muy pequeño, y encontramos una apéndice inflamado en el saco herniario. (Hernia de Amyand tipo II).

Trauma TóracoAbdominal Cerrado: Hernia Diafragma-Pericárdica

Cuba Castro, Jose Luis; Guzón Rementeria Arantza, Monje Salazar, Cristina; Corrales Valero, Elena; Ramos Muñoz, Francisco; Suárez Muñoz, Miguel Angel; Santoyo Santoyo Julio

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: En la mayoría de los casos, la hernia diafragmática secundaria a trauma abdominal cerrado no se diagnostica de manera inmediata; la presentación tardía asociada a complicaciones de los órganos herniados es la forma de presentación habitual, y aun así, estos casos no son frecuentes. La hernia DiafragmaPericárdica es la hernia diafragmática mas rara del adulto (67 casos descritos en la literatura) y esta ligada a altos indices de mortalidad.

Objetivos: Mostrar a través de un caso clínico un diagnóstico diferencial en el traumatismo abdominal cerrado

Material y método: Exposición de un caso clínico y revisión de la literatura.

Este es el Caso de un paciente de 62 años sin antecedentes patologicos ni cirugias previas que acude a urgencias por presentar dolor epigástrico de 12 horas de evolución sin irradiación asociado a nauseas sin vomitos, no cambios en el habito intestinal ni fiebre, presenta al llegar a urgencias una analítica con una ligera leucocitos con neutrofilia sin otras alteraciones relevantes, en la radiografía de tórax presenta una imagen radiolucina a nivel de epigastrio compatible con una hernia del hiato, el paciente permanece en observación durante 6 horas con empeoramiento clínico por lo que se le realiza un TAC abdominal con contraste donde se observa herniación diafragmática de asas intestinales distendidas que parecen ocupar el saco pericárdico desplazando y comprimiendo las cavidades cardíacas derechas, asociando discreto derrame pericárdico. Hallazgos comprobados por un ecocardiograma tras torácico. Al reevaluar al enfermo y rehistoriarlo nos comenta que sufrió un traumatismo toraco-abdominal de bajo grado hacia 2 semanas que fue visto en nuestro hospital solicitándole rx de torax y descartando fracturas costales. Al comparar ambas radiografías no se objetiva la lesión herniaria. Dados los hallazgos y el deterioramiento clínico/hemodinámico del enfermo se decide realizarle una laparotomía exploradora. Durante la cirugía nos encontramos dilatación generalizada de asas de intestino delgado que se encontraban en su mayoría en hemiabdomen superior y un asa de ileon que penetraba la cavidad torácica a través de un orificio en la hoja anterior del diafragma, continuamos con la liberación cuidadosa de las asas intestinales y sección de adherencias a la cara anterior del anillo. Al reducir el asa de ileon estrangulada se puede apreciar por el ecocardiograma transesofágico la distensión de las cavidades cardíacas derechas que se encontraban colapsadas causando en el paciente un síndrome vena cava. A través de la ventana diafragmática es posible ver el ventrículo derecho. Se realiza un cierre simple del defecto diafragmático con puntos de vicryl del 3,0 y se coloca una malla de sepramash fijada con 4 puntos cardinales. Se procede al tiempo sucio realizando la resección segmentaria de intestino delgado que presentaba signos de sufrimiento y que a su vez presentaba un divertículo de Meckel que también fue extirpado, se realiza la sección con 2 cargas azules de Endo-

GIA y la anastomosis Latero-Lateral con una carga Blanca, se refuerza con puntos simples de vicryl. no se dejaron drenajes.

Resultados: Tras la cirugía el paciente permaneció 24 horas en recuperación anestésica, donde no fue necesario el uso de drogas vasoactivas. el paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio siendo dado de alta al sexto día

Conclusiones: Hernia Diafragmática Intra-pericárdica, es la hernia diafragmática mas rara del adulto (67 casos descritos)

El mecanismo de acción mas frecuente es el traumatismo abdominal cerrado (trafico) 95% de los casos, 5% casos de trauma penetrante (+) Pensar en hernia diafragmáticas en politraumatizados que evoluciona desfavorablemente y desarrollan disnea o signos de taponamiento cardíaco.

Esplenectomía laparoscópica: sistematización de la técnica quirúrgica.

Sánchez-Sánchez L.F, Aguilar-Luque J, Ruíz-Julíá M.L, Ponce-Guerrero I, Martín-Balbuena R.

Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción: El abordaje laparoscópico ha demostrado ser un procedimiento seguro y eficaz en el tratamiento de las enfermedades hematológicas que requieren la realización de una esplenectomía.

Objetivos: Presentar un video con la técnica quirúrgica laparoscópica empleada en nuestro servicio.

Materiales y métodos: Se elabora un video en el que se explica los principales pasos de la técnica quirúrgica utilizada en nuestro servicio de Cirugía General y del A. Digestivo del Hospital Universitario de Valme.

Lipoma pélvico extraperitoneal

Notario Fernández Pilar, Álvarez Marín María Jesús, Zambudio Caroll Natalia, Mansilla Roselló Alfonso, García Navarro Ana, Huertas Peña Francisco, Jimenez Rios Jose Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Introducción: El lipoma pélvico es una enfermedad extremadamente rara, habiéndose descrito muy pocos casos en la literatura médica. Se trata de un tumor benigno formado por tejido graso maduro, denso avascular y pseudoencapsulado a diferencia de la lipomatosis pélvica que es más difusa, no surge de un solo foco, no es encapsulada y no se expande centrifugamente. Su sintomatología es inespecífica desde asintomática, más frecuentemente, a sensación de pesadez o masa pélvica, aumento del perímetro abdominal, ó síntomas compresivos: neurológicos, digestivos ó miccionales.

Objetivos: Presentar el caso de un gran lipoma pélvico resecado vía laparoscópica.

Caso clínico: Mujer de 54 años, con antecedentes de salpinguectomía derecha por embarazo ectópico.

Derivada desde Ginecología, donde estaba siendo estudiada por metrorragias, molestias de carácter punzante en fosa iliaca derecha y sensación de pesadez pélvica. En una ecografía

vaginal se evidencio una masa quística en ovario derecho de 8x7x4mm.

RM pélvica: útero y cérvix normales. Anejos con parénquima conservado y quiste ovárico derecho de 2,2cm. Además se evidencia lipoma pélvico extraperitoneal derecho de 8x6,7x13 cm que rechaza contralateralmente útero y recto y anteriormente al ovario derecho. Sin otras alteraciones significativas.

Se realizó exéresis del lipoma vía laparoscópica y apendicectomía, por presenciar apéndice cecal con signos de inflamación crónica en la punta y adherido a ovario derecho. Anatomía patológica: fragmentos de lipoma de 19x10cm y apéndice sin alteraciones.

Resultados: El postoperatorio evolucionó sin complicaciones siendo dada de alta a las 24 horas de la intervención. Tras un año de seguimiento, la paciente continua asintomática y sin evidencia de recidiva.

Discusión: Los lipomas pélvicos aunque infrecuentes deben de ser considerados en el diagnóstico diferencial de las tumores pélvicas extraperitoneales. Para su diagnóstico aparte de la historia clínica y exploración física son fundamentales las pruebas complementarias de imagen como la ECO y sobre todo la TC ó la RM. El diagnóstico diferencial debe establecerse con: la fibrosis retroperitoneal, lipomatosis pélvica, procesos que cursan con proliferación grasa localizada, la enfermedad de Dercum, el lipogranuloma esclerosante y sobre todo con el liposarcoma; donde la TC tiene un gran papel puesto que frecuentemente muestra una imagen de densidad grasa mayor que en el caso de los lipomas, junto con zonas heterogéneas con áreas de alta densidad o de necrosis. Las imágenes de la RM están aportando nuevos datos, más fiables en algunos aspectos que la TC, sobre las relaciones anatómicas de las tumoraciones retroperitoneales y pélvicas, además de poseer la ventaja de no utilizar radiaciones ionizantes.

Aunque los lipomas pélvicos son tumores benignos sin capacidad de invasión ó metastásica, en aquellos casos sintomáticos o ante la duda diagnóstica debe de realizarse su extirpación quirúrgica, siendo excepcional la necesidad de exéresis de órganos adyacentes. La cirugía puede realizarse por abordaje abierto ó laparoscópico mostrando estas últimas ventajas en cuanto a la rápida recuperación de los pacientes, menor dolor y estancia postoperatoria.

Escisión completa del mesocolon durante la hemicolectomía derecha por vía laparoscópica.

Morales-Conde S, Aparicio Sánchez D, Guerrero Ramirez JL, Sánchez M, Alarcón del Agua I, Barranco Moreno A, Padillo Ruiz FJ y Socas Macías M.

H.U. Virgen del Rocío

Introducción: La Escisión Completa del Mesocolon (ECM) ha sido un intento en los últimos años de estandarizar la técnica quirúrgica que se realiza en el cáncer de colon. Uno de los conceptos dentro de la ECM es linfadenectomía en el área D3. En este video presentamos la realización de la linfadenectomía sobre la Vena mesentérica superior en una hemicolectomía derecha laparoscópica.

Objetivo: Presentar la linfadenectomía de la Vena Mesentérica Superior en la Hemicolectomía Derecha laparoscópica.

Material y método: Paciente varón de 58 años con un adenocarcinoma localizado en colon ascendente. Se realiza Hemicolectomía Derecha laparoscópica con puertos de 10 mm umbilical (óptica de 10 mm de 30°) y 2 puertos de 5 mm hipogástrico e hipocondrio derecho y de 12 mm paramedial izquierdo supraumbilical. Se realiza la técnica de forma habitual y una vez disecada la Vena Mesentérica Superior se realiza linfadenectomía sobre ella. Se secciona la vena cólica derecha y la rama derecha de la vena cólica media. Se realiza anastomosis intracorpórea manual con sutura continua utilizando endostich. Extracción de pieza con bolsa extractora mediante minilaparotomía.

Resultados: El objetivo de la linfadenectomía en el cáncer de colon es aumentar el número de ganglios extirpados ya que se ha sugerido en algunas publicaciones que están relacionados directamente con la supervivencia a 5 años. En este paciente se obtuvieron 58 ganglios de los cuales 4 eran positivos.

Conclusiones: Actualmente la ECM no se ha implantado en la práctica clínica habitual, sin embargo la linfadenectomía específica de la Vena Mesentérica Superior puede ser beneficiosa para nuestros pacientes con cáncer de colon ya que está relacionado con un aumento en la supervivencia a los 5 años. La linfadenectomía de la VMS por vía laparoscópica parece una técnica segura y eficaz en manos de cirujanos con experiencia en cirugía colorrectal.

falta título

Morales-Conde S, Aparicio Sánchez D, Rubio Manzanares-Dorado M, Socas Macías M, Alarcón Del Agua I, Sánchez M, Padillo Ruiz FJ, Barranco Moreno A.

H.U. Virgen del Rocío

Introducción: Los pacientes que presentan en los estudios endoscópicos del colon pólipos benignos o con displasia de alto grado que no son resecables deben someterse a cirugías de resección del colon con una importante morbilidad.

Objetivos: realizar abordajes menos invasivos que eviten complicaciones postquirúrgicas en estos pacientes cumpliendo siempre criterios oncológicos.

Material y método: Los criterios de inclusión para los pacientes tributarios de estas técnicas son: pólipos no resecables endoscópicamente, biopsia de benignidad o displasia de alto grado y comorbilidad que contraíndique resección de colon. Según la localización del pólipo se ha decidido realizar un abordaje distinto. En los pólipos no resecables de ciego se realiza cequectomía con endograpadora asistidos mediante colonoscopia que nos indica la localización del mismo. En los del resto del colon hasta 30 cm del margen anal hemos realizado dos casos: en el borde antimesentérico realizaríamos el mismo procedimiento que en ciego y en el borde mesentérico en el que realizamos colotomía con tracción del pólipo y sección con endograpadora. En los 30 cm desde el colon sigmoidees hasta el margen anal hemos realizado en nuestra unidad varias resecciones mediante cirugía trasanal.

Resultados: Muchos estudios demuestran que un abordaje combinado laparoscópico-endoscópico permite un resección óptima del pólipo en un 82-91%, con una baja morbilidad 3-10% y un estancia hospitalaria corta (1-2 días). La resección segmentaria de colon se precisa en el 11-13%.

Conclusiones: Los paciente con pólipos biopsiados benignos

o con displasia de alto grado no reseables por vía endoscópica pueden beneficiarse de accesos y técnicas mínimamente invasivas que permitan la resección del pólipo sin hacer resecciones de colon extensas con la morbilidad que estas conllevan. Estos procedimientos en su mayoría deben estar asistidos por colonoscopia.8: