

## Especial XV Congreso de la ASAC

### Comunicaciones orales

#### CO001. ¿INFLUYE LA LOCALIZACIÓN EN LA SUPERVIVENCIA SEGÚN EL ESTADIO DEL CÁNCER DE COLÓN?

J.A. Blanco-Elena, I. Mirón-Fernández, S. Mera-Velasco, J. Turiño-Luque, I. González-Poveda, J. Carrasco-Campos, M. Ruiz-López, J.A. Toval-Mata, L. Romacho-López, D. Cabañó-Muñoz, M. Pitarch-Martínez, S. Nicolás-de Cabo, M. Pérez-Reyes, J. Sánchez-Segura, J. Santoyo-Santoyo

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.*

**Introducción:** el cáncer de colon es la tercera causa de muerte por neoplasia, en España. Son conocidas las diferencias clínico-epidemiológicas y su posible repercusión en la mortalidad asociada al mismo según su localización derecha o izquierda que podría cambiar las líneas de manejo y tratamiento.

**Material y métodos:** realizamos un estudio observacional prospectivo desde enero 2010 a diciembre. Definimos cáncer derecho desde ciego hasta colon transverso e izquierdo desde ángulo esplénico a sigma. Se incluyeron pacientes intervenidos de forma programada localizados por encima de 15 centímetros del margen anal, en mayores de edad y con una cirugía de inicio R0. Se excluyeron los cánceres sincrónicos o metacrónicos en el diagnóstico inicial y recidivas. Analizamos: edad, sexo, IMC, comorbilidades, ASA, metástasis en el diagnóstico, histología, grado tumoral, mortalidad, estadio tumoral y supervivencia en semanas. Consideramos estadio precoz de la enfermedad los estadios I y IIA (Grupo I), siendo desde el IIB en adelante fases avanzadas (Grupo II). Análisis estadístico mediante SPSS 15.0 considerando diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** analizamos 268 pacientes, excluyendo 12 (no malignidad) y 10 (neoplasia recto-sigma). De los 246 restantes 114 (46,34%) fueron derechos y 132 (53,66%) izquierdos. Grupo I: 63 neoplasias derechas y 73 izquierdas. No encontramos diferencias significativas por sexo, edad, comorbilidad, IMC, P-POSSUM morbi-mortalidad. La curva de Kaplan-Meier mostró una supervivencia media de 277,29 (DS±8,469) (derecho) y 300,258 (DS±8,469) respectivamente (Log Rank 5,21;  $p=0,022$ ). Grupo II: 36 pacientes enfermedad derecha y 47 izquierda. No hubo diferencias significativas, por sexo, edad, comorbilidad, IMC, P-POSSUM mortalidad; sí en P-POSSUM morbilidad ( $p=0,019$ ). La supervivencia media fue de 209,745 (DS±8,469) y 258,378 (DS±8,469) respectivamente (Log Rank 1,053;  $p=0,305$ ).

**Conclusiones:** en nuestra serie, la neoplasia izquierda en fase precoz (I-IIA) presenta mayor supervivencia de manera significativa ( $p=0,022$ ). Estas diferencias no se objetivan en fases avanzadas de la enfermedad.

#### CO002. ANÁLISIS DEL MANEJO DE ABSCESOS PERIANALES EN URGENCIAS.

C. González-de Pedro, Q. Arroyo-Martínez, J. Díaz-Pavón, J. Vázquez-Monchul, C. Palacios, R. Jiménez, J. Padillo-Ruiz, F. de la Portilla-de Juan

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:** evaluación del tratamiento realizado en pacientes con abscesos perianales en urgencias y su impacto en la recidiva del mismo.

**Material y métodos:** estudio unicéntrico retrospectivo. Se incluyeron pacientes con absceso perianal, con y sin fístulas asociadas, entre febrero 2016 a marzo 2017. Se analizaron variables demográficas, tratamiento realizado, hospitalización y derivación a consulta externa. Se evaluó la necesidad de cultivos y antibióticos. En los pacientes derivados a consulta de Coloproctología, se valoró la necesidad de ecografía endoanal y el tipo de fístula asociada.

**Resultados:** se realizaron 220 exploraciones por absceso perianal, correspondientes a 190 pacientes. 89 (46,8%) presentaban recidiva del absceso. La mayor parte fueron hombres (66,8%), con una media de 46 años. La presencia de fístula perianal asociada fue del 34,7%. El tratamiento más frecuente fue drenaje simple (75,8%). En el 86,3% de los casos no se tomaron cultivos. Se prescribió antibioticoterapia empírica en el 62,9% de los casos, siendo la más frecuente amoxicilina/ac clavulánico (36,3%). El 21,6% requirió ingreso hospitalario.

Respecto a las variables relacionadas con la recidiva, solo se obtuvo significación estadística en pacientes con fístula y con antecedente de enfermedad de Crohn.

Los cultivos realizados objetivaron hasta 25 tipos diferentes de bacterias, la mayoría Gram (-).

El 41,1% fue remitido a consulta especializada. De los pacientes remitidos con fístula, el 47,2% la mantenía a su llegada a la consulta mientras que el 60,8% sin fístula inicial la desarrollaba a lo largo de este periodo de tiempo.

**Conclusiones:** los abscesos perianales son muy frecuentes en los servicios de urgencias. La mayoría son tratadas con medidas simples mediante drenaje y colocación de sedales. Existe gran variabilidad clínica respecto a la toma de cultivos, tipos de bacterias, prescripción de antibióticos y derivación a consulta especializada, sin claro impacto de ninguno de ellos sobre la recidiva del absceso.

### CO003. DIFERENCIAS EN CÁNCER DE COLON SEGÚN LOCALIZACIÓN.

D. Cabañó-Muñoz<sup>1</sup>, I. Mirón-Fernández<sup>2</sup>, S. Mera-Velasco<sup>2</sup>, J. Turiño-Luque<sup>2</sup>, M. Ruiz-López<sup>2</sup>, J. Carrasco-Campos<sup>2</sup>, I. González-Poveda<sup>2</sup>, M. Pérez-Reyes<sup>1</sup>, J. Santoyo-Santoyo<sup>2</sup>, J. Sánchez-Segura<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** el cáncer de colon representa la tercera causa de muerte por neoplasia en España. Desde hace años, se han observado diferencias clínico-epidemiológicas y pronósticas entre la localización del cáncer de colon derecho e izquierdo. Estas diferencias podrían cambiar las líneas de investigación y sus dianas terapéuticas.

**Material y métodos:** realizamos estudio observacional prospectivo desde enero 2010 a diciembre 2015. Definimos cáncer derecho desde ciego hasta colon transversal; e izquierdo desde ángulo esplénico a sigma. Se incluyeron todos los cánceres intervenidos de forma programada localizados por encima de 15 centímetros del margen anal, en mayores de edad y con una cirugía de inicio R0. Fueron excluidos los cánceres sincrónicos o metacrónicos en el diagnóstico inicial y recidivas. Variables analizadas: edad, sexo, IMC, comorbilidades, ASA, metástasis en el diagnóstico, histología, grado tumoral, mortalidad y supervivencia (semanas). Análisis estadístico mediante SPSS 15.0 considerando diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** obtuvimos 268 pacientes, excluyéndose 12 (ausencia malignidad) y 10 (neoplasia recto-sigmoidea). De los 246 restantes: 114 (46,34%) derechos y 132 (53,66%) izquierdos, sólo encontrando diferencias significativas en la distribución por sexo ( $p = 0,047$ ). El análisis de Kaplan-Meier mostró una media de supervivencia de 229,64 (DS±11,69) y 261,228 (DS±8,469) respectivamente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (LogRank 5,278;  $p = 0,022$ ). Al excluir pacientes fallecidos por causa no neoplásica obtuvimos: 99 pacientes con cáncer derecho y 120 con enfermedad izquierda. No hubo diferencias en sexo, edad, comorbilidad, IMC, P-POSSUM morbi-mortalidad. La supervivencia media fue de 261,324 (DS±11,69) y 282,968 (DS±8,469) respectivamente, rozando la significación (LogRank 3,836,  $p = 0,050$ ).

**Conclusiones:** existe, en nuestra serie, una mayor mortalidad global significativa asociada al cáncer de colon derecho frente al izquierdo ( $p = 0,022$ ), pero si consideramos la muerte por neoplasia la diferencia roza la significación ( $p = 0,050$ ).

### CO004. HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA CON ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA: RESULTADOS QUIRÚRGICOS.

R. Torres-Fernández, M. Ferrer-Márquez, R. Belda-Lozano, R. Vidaña-Márquez, F. Rubio-Gil, A. Reina-Duarte

Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

**Introducción:** desde la descripción de la primera colectomía laparoscópica en 1990 realizada por Jacob y Plasencia, la cirugía laparoscópica ha ido desplazando al abordaje abierto en cirugía neoplásica colorrectal. En cuanto a la hemicolectomía derecha, aún

hoy no se ha demostrado que la anastomosis intracorpórea sea superior a la sutura extracorpórea.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar los resultados en el postoperatorio inmediato en pacientes con neoplasia de colon derecho, tras hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis intracorpórea.

**Material y métodos:** se trata de un estudio prospectivo descriptivo en el que se recogen los datos de 53 pacientes intervenidos de hemicolectomía derecha con anastomosis intracorpórea laparoscópica por la Unidad de Coloproctología del C.H. Torrecárdenas de Almería (2012-2016).

Durante la intervención, tras la disección del mesocolon y resección de pieza quirúrgica siguiendo criterios oncológicos, se realiza la anastomosis ileocólica. Se utiliza para ello endocortadora. Además, se procede al cierre estanco de la enterocolotomía mediante sutura barbada (Quill®) en dos planos.

**Resultados:** la edad media de la serie fue de  $63 \pm 17,1$  años con un 62% de mujeres y 38% de hombres. La zona más afectada fue el ciego (55%). El tiempo quirúrgico medio fue de  $110 \pm 17,1$  minutos. La incisión para la extracción de la pieza fue de  $6,7 \pm 2,5$  cm. La conversión fue del 7%. La fuga de anastomosis se objetivó en dos pacientes (3,8%). La mortalidad de la serie fue de un paciente (1,9%) atribuible a un tromboembolismo pulmonar. La estancia media de la serie fue de  $7,3 \pm 3,1$  días.

**Conclusiones:** la hemicolectomía derecha laparoscópica realizada mediante sutura intracorpórea es una técnica segura y efectiva.

Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral y estudios randomizados para obtener conclusiones más sólidas sobre las ventajas de la cirugía laparoscópica con anastomosis intracorpórea.

### CO005. ILEOSTOMÍA EN TUBO. ¿CÓMO EVITAR UN SEGUNDO TIEMPO QUIRÚRGICO?

E. Corrales-Valero, N. Martos-Rojas, L. Pico-Sánchez, A. del Fresno-Asensio, S. Mansilla-Díaz, N. Ávila-García, C. Monje-Salazar, R. de Luna-Díaz, F. Ramos-Muñoz, B. García-García.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** el estoma derivativo realizado en la cirugía rectal reduce la incidencia de fuga anastomótica sintomática. Esta técnica implica la necesidad de una segunda intervención, y en algunos casos incluso puede llegar a suponer un estoma permanente. Nuestro objetivo es encontrar una técnica de derivación segura, y que evite la segunda intervención, reduciendo así morbimortalidad.

**Material y métodos:** se realiza ileostomía en tubo a pacientes que se someten a resecciones anteriores bajas con algún factor de riesgo para dehiscencia o resecciones ultra bajas. Usamos una sonda de Foley de 22 Fr en íleon terminal a unos 20 cm de la válvula ileocecal. El paciente toma una dieta líquida sin residuos hasta TAC de control al séptimo día y se retira la sonda si no hay evidencia de fuga.

**Resultados:** hemos realizado seis casos hasta el momento, todos ellos resecciones anteriores bajas o ultra bajas por neoplasia rectal. Cuatro

fueron hombre y dos mujeres, con una edad media de 71 años. Todas las anastomosis fueron realizadas con sutura mecánica término-terminal. Fue necesaria una reintervención por sangrado digestivo, teniendo que reconvertir a ileostomía en cañón de escopeta; y este mismo paciente posteriormente tuvo una fuga de anastomosis que finalmente requirió una intervención de Hartmann. Los otros cinco pacientes fueron dados de alta sin complicaciones tras retirada de la sonda.

**Conclusiones:** la ileostomía en tubo es una técnica segura con pocas complicaciones derivadas de la misma. Tenemos que continuar con la serie para un mejor análisis de los resultados. La ileostomía derivativa en tubo evita una segunda reintervención que puede dar lugar a un aumento de la morbimortalidad, así como evita los casos de ileostomía definitiva pacientes que sufren complicaciones de la primera intervención, añosos o con empeoramiento de su estado basal en los que no es seguro realizar una segunda intervención.

### CO006. TÉCNICA DE SUGARBAKER COMO PROFILAXIS DE LA HERNIA PARAESTOMAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

E. Corrales-Valero, F. Ramos-Muñoz, N. Ávila-García, A. del Fresno-Asensio, L. Lobato-Bancalero, S. Mansilla-Díaz, C. Monje-Salazar, N. Martos-Rojas, R. de Luna-Díaz

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.*

**Introducción:** la elevada incidencia de la hernia paraestomal y la controversia en su reparación hacen que su prevención sea cada vez más importante. Tras analizar nuestra serie de casos se ha decidido recientemente la instauración en nuestro centro de un protocolo de prevención de la hernia paraestomal en todos los pacientes en los que se realiza un estoma definitivo.

**Material y métodos:** nuestra serie de casos consta de dieciséis pacientes sometidos a cirugía colorrectal con estoma definitivo desde 2014. Fueron once hombres y cuatro mujeres, con una media de edad de 67,3 años. De ellos 9 se sometieron a amputación abdominoperineal, cinco a intervención de Hartmann y dos a proctocolectomía total. La vía de abordaje fue laparoscópica en once casos y laparotómica en los tres restantes. Se colocó malla Physiomesh o TiMesh fijadas con Securestrap utilizando la técnica de Sugarbaker en todos los casos.

**Resultados:** no hubo ninguna complicación derivada de la colocación de la malla. De nuestra serie solo un paciente presenta hernia paraestomal de pequeño tamaño durante el seguimiento, que no ha precisado intervención de reparación hasta el momento. Ninguno de ellos ha sufrido alteraciones del tránsito, ni otras complicaciones derivadas de la técnica.

**Conclusiones:** es una técnica segura y fácilmente reproducible en manos expertas. Aún es pronto para resultados a largo plazo, pero con la instauración reciente de un protocolo que implica el uso de esta técnica de forma habitual se pretende disminuir la tasa de hernias paraestomales en pacientes con estomas definitivos.

### CO007. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL PACIENTE BARIÁTRICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

S. Ayllón-Gámez, M.A. Mayo-Ossorio, C. Peña-Barturen, J. Varela-Recio, M. Fornell-Ariza, J.M. Pacheco-García, J.L. Fernández-Serrano

*UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.*

**Introducción:** evaluar las causas de obstrucción intestinal en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz (Tabla 1).

**Material y métodos:** se realiza una búsqueda desde 2012 hasta 2016 encontrándose seis casos de pacientes intervenidos de cirugía

(CO007)

Tabla 1. Tiempo medio: 76 meses. Cirugía bariátrica: Bypass gástrico.

Caso	Periodo libre clínica obstructiva	Tipo de cirugía bariátrica	Causa de obstrucción. Grado de afectación.	Técnica quirúrgica	Carácter de la cirugía	Evolución
Mujer 29 años	6 años	Bypass gástrico	Hernia de Petersen. Perforación gástrica.	Reducción herniaria, cierre de defecto. Cierre simple de perforación.	Urgente	Revisiones anuales en CCEE
Mujer 37 años	1 año	Bypass gástrico	Brida en anastomosis a pie de asa. Invaginación asas aferente.	Adhesiolisis. Desinvaginación.	Urgente	Seguimiento por endocrinología
Varón 27 años	9 años	Bypass gástrico	Brida de epiplón mayor a intestino delgado	Adhesiolisis	Urgente	Alta de revisiones
Mujer 38 años	2 años	Bypass gástrico	Síndrome adherencial. Perforación de íleon.	Adhesiolisis. Resección intestinal.	Urgente	Seguimiento por endocrinología. Molestias abdominales esporádicas.
Mujer 37 años	13 años	Bypass gástrico	Invaginación de asa común en alimentaria	Desinvaginación	Urgente	Seguimiento por CCEE
Varón 49 años	7 años	Bypass gástrico	Hernia de Petersen. Isquemia intestinal.	Reducción herniaria. Cierre de defecto. Resección intestinal + anastomosis.	Urgente	Desnutrición. <i>Exitus</i> .

bariátrica que presentan obstrucción intestinal como complicación postoperatoria.

**Resultados:** causa principal de la obstrucción: bridas o adherencias 50%, hernia de Petersen 33% e invaginación intestinal 16%, 2 pacientes presentaban perforación de víscera hueca (gástrica e ileal) y uno isquemia intestinal en la reintervención que en el 100% fue urgente. La técnica fue adhesiolisis 50%, reducción herniaria con cierre simple de perforación 33% y reducción de invaginación 16%. Dos pacientes precisaron resección intestinal por perforación.

La evolución de 5 pacientes fue favorable tanto a corto como a largo plazo. El paciente con isquemia intestinal en el diagnóstico y precisó amplia resección intestinal con nueva anastomosis, sufrió complicaciones de desnutrición severa con éxitos a largo plazo por dicha causa.

**Conclusiones:** las complicaciones de la cirugía bariátrica varían en función de la técnica realizada. Las alteraciones del tránsito intestinal son unas de las principales complicaciones que pueden acontecer tanto en el postoperatorio inmediato como tardío, según el origen de la misma. En la muestra de nuestra revisión observamos que el bypass gástrico ha sido la técnica de cirugía bariátrica más asociada a obstrucción intestinal a largo plazo, habiéndose encontrado las bridas o adherencia como principal causa, así como alteraciones a nivel de la anastomosis a pie de asa. En revisiones publicadas se ha observado que la hernia interna es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en pacientes intervenidos mediante laparoscopia, y las adherencias y hernia internas en pacientes intervenidos por laparotomía. Dado que se trata de un estudio descriptivo de serie de casos con una muestra pequeña sus conclusiones son limitadas.

#### CO008. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA COLORRECTAL CON IRRIGACIÓN DE POLIHEXANIDA AL 0,1%.

L.T. Ocaña-Wilhelmi, C. Monje-Salazar, G. Carranque-Chaves, E. Marqués-Merelo, E. Corrales-Valero, C. Torres-Moreno, J.J. Daza-González, R. de Luna-Díaz

*Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.*

**Introducción:** conocer nuestra tasa de infecciones de herida quirúrgica en Cirugía Colorrectal Laparotómica, y compararla con el estándar NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance System).

**Material y métodos:** estudio prospectivo observacional de pacientes intervenidos de cirugía colorrectal por vía laparotómica.

Tras cerrar la fascia mantenemos la solución de Polihexanida al 0,1% en los tejidos durante un minuto.

Seguimiento en Sala y al mes en Consulta, para el despistaje de infección de la herida quirúrgica (criterios CDC, Centros de Control de Enfermedades Infecciosas).

Cálculo de variables NNIS: clasificación de la Intervención (1 punto contaminada o sucia), ASA (1 punto ASA III o IV) y Duración de la Intervención (1 punto >3 horas).

Según puntuación el porcentaje de infecciones: 0 puntos (1,5% infecciones), 1 (2,9%), 2 (6,8%) y 3 (13%).

Análisis estadístico (Programa SPSS-Statistic 22.0 para análisis estadístico), comparando los resultados de nuestra serie con los porcentajes del Baremo NNIS, que confirmará o no la validez de nuestra hipótesis de trabajo.

**Resultados:** cumplen criterios de inclusión 37 pacientes. Todos firmaron el consentimiento informado. La edad media fue de 66 años, 24 hombres y 13 mujeres, y el 65% de los procedimientos oncológicos. La puntuación media NISS de los 37 pacientes fue de 2,4 puntos, lo que permite un porcentaje general de infección del 9,3%.

Las infecciones documentadas fueron 2 la primera semana (Enterobacter, flora epitelial) y 1 al mes (Enterococo). Esto supone 5,4% infección primera semana, 2,7% al mes y 8,1% general.

**Conclusiones:** la Clasificación NNIS está muy ajustada y ganarle terreno es tarea ardua. Con los lavados postoperatorios con Polihexanida al 0,1% hemos conseguido reducir la tasa de infecciones al 8,1%, 1,2 puntos menos de lo permitido.

Creemos que es un buen resultado, que añadir a todas las medidas que ya tenemos protocolizadas en nuestra unidad.

#### CO009. PROTOTIPO DE GRAPADORA ENDOLUMINAL PARA LA TRANSECCIÓN DEL RECTO.

F.J. Pérez-Lara, J.M. Hernández-González, H. Oehling- de los Reyes, J. Doblas-Fernández, T. Galeote-Quecedo, H. Oliva-Muñoz

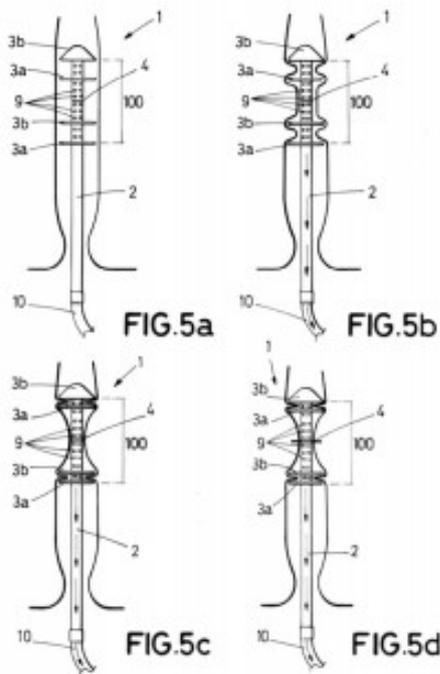
*UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Málaga.*

**Introducción:** grapadora capaz de realizar transección rectal sin dificultad en pelvis estrechas.

**Material y métodos:** hemos diseñado un dispositivo endoluminal para transección. Hace el grapado a través de la luz rectal que de esta manera evita todas las complicaciones derivadas de factores anatómicos que dificultan la introducción de la grapadora en la pelvis.

**Resultados:** este aparato de transección consiste en una cánula conectada a aspiración con dos parejas de discos de ensamble y orificios de aspiración entre los discos. En el espacio entre los discos superiores e inferiores se despliega una cuchilla con giro de 360°. La cánula se introduce a través del ano y se conecta a aspiración, produciéndose un colapso del recto que se acopla toda la zona de orificios de aspiración, en este momento ensamblamos los discos superiores e inferiores, quedando toda la pared rectal incluida entre ambos en estas dos ubicaciones. A continuación, realizamos el corte con la cuchilla 360°. Sacamos la cánula y el orificio discal que ocupaba ésta queda cubierto desplegándose lateralmente una membrana de material impermeable. De esta forma nos quedan finalmente dos segmentos de recto seccionados y cerrados de forma estanca (**Figura 1**).

**Conclusiones:** este dispositivo podría estar indicado para todas las intervenciones donde hay que practicar una resección rectal, especialmente en las que debido a la anatomía (pelvis estrecha) y condiciones del tumor (tumores rectales bajos) el grapado y sección convencionales son especialmente dificultosos.



(CO009) Figura 1

Funcionamiento grapadora endoluminal: aspiración (colapso de pared interdigital, cierre de discos, sección rectal).

### CO010. RECURRENCIA POSTOPERATORIA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN ILEOCECAL. ANÁLISIS PRELIMINAR.

L.C. Hinojosa-Arco<sup>1</sup>, C. Monje-Salazar<sup>1</sup>, F. Ramos-Muñoz<sup>1</sup>, G. Carranque-Chaves<sup>1</sup>, J.J. Daza-González<sup>1</sup>, J.L. Cuba-Castro<sup>1</sup>, R. de Luna-Díaz<sup>1</sup>, G. Alcaín-Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>2</sup>UGC de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** la enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio intestinal que afecta con mayor frecuencia a la región ileocecal. Uno de los principales problemas que plantea es la recurrencia postoperatoria (entre el 34% y el 86%). Planteamos un análisis de los factores relacionados con la recurrencia de la enfermedad para poder prevenir o disminuir su incidencia.

**Material y métodos:** estudio de 76 pacientes intervenidos de enfermedad de Crohn ileocecal entre los años 2000 y 2010, con seguimiento hasta 2016, analizando un conjunto de variables de los periodos preparatorio, perioperatorio y postoperatorio.

**Resultados:** se objetivó recurrencia en el 64,5% de los pacientes, que fue endoscópica en el 10,5% de los casos, valorada mediante el índice de Rutgeers, clínica en el 48,7% y quirúrgica en el 2,6%.

Analizando el postoperatorio inmediato destaca que el 83% de los pacientes que presentaron dehiscencia anastomótica o absceso intraabdominal presentó recurrencia de la enfermedad.

Respecto al tratamiento postoperatorio utilizado se aprecia una recurrencia de solo 38% en pacientes a los que se les pautó Azatioprina, mejorando a un 37% en los casos que se asoció Metronidazol. La recurrencia en pacientes que solo tomaron tratamiento corticoideo fue del 80%.

Considerando la clasificación de Montreal se aprecia un 83% de recurrencia en pacientes A1, respecto a un 68% y 50% en A2 y A3 respectivamente, un 61% de recurrencia en pacientes L1 frente a un 78% en L3 y un 82% en B3 frente a un 37% y un 63% en B1 y B2 respectivamente, con una relación estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** consideramos que es fundamental conocer los factores relacionados con la recurrencia para comprender mejor la evolución de la enfermedad y disminuir la recurrencia o la severidad de la misma.

### CO011. REVISIÓN DE AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL EN DECÚBITO SUPINO Y PRONO.

J.C. Navarro-Duarte, Á. Pareja-López, N. Espínola-Cortés, I. Blesa-Sierra, F. Rubio-Gil, Á.J. Reina-Duarte

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.

**Introducción:** la exéresis del cáncer de recto se realiza, en la mayoría de casos, mediante resección anterior baja o ultrabaja en un 70-75% y amputación abdominoperineal (AAP) en el 20-25% restante. La AAP presenta peores resultados oncológicos que la resección anterior de recto. La literatura destaca, de entre las posibles causas, las tracciones excesivas del espécimen y una disección inadecuada de la unión anorrectal, con la aparición del denominado efecto "cintura" o "cono".

**Material y métodos:** presentamos un estudio retrospectivo que compara dos series de pacientes intervenidos mediante AAP entre 2007 y 2016, diferenciados según la posición de abordaje perineal; supina o prono.

Disponemos de una muestra de 80 enfermos intervenidos; 51 en posición prono frente a 29 en posición supina. Ambos grupos son similares y equiparables respecto a su estadiaje preoperatorio. Exponemos los resultados obtenidos.

**Resultados:** estancia media: 13 días en el grupo intervenido en posición prono (A) y 12 días en los que se intervinieron en supino (grupo B). Tiempo quirúrgico: 160 min. en el grupo A y 207 min. en el grupo B. Infección del periné: 27% en el grupo A y 24% en el grupo B. Linfadenectomía: Se aislaron una media de 17 ganglios linfáticos en el grupo A vs. 10 ganglios de media en el grupo B. Calidad del mesorrecto en los pacientes intervenidos en prono: 60% satisfactorio, 19% parcialmente satisfactorio, 17% insatisfactorio. Calidad del mesorrecto en los pacientes intervenidos en posición supina: 48% satisfactorio, 20% parcialmente satisfactorio, 31% insatisfactorio.

**Conclusiones:** en nuestra experiencia, hemos obtenido mejores resultados oncológicos y una disminución del tiempo quirúrgico en los pacientes intervenidos en posición prona. En nuestra práctica, la posición en prono-navaja nos ofrece mayor facilidad técnica y mejor exposición de los planos quirúrgicos en pacientes obesos o con pelvis estrecha.

**CO012. ABORDAJE DE LA COLECISTITIS AGUDA EN EL PACIENTE ANCIANO.**

**N.S. Ávila-García, H.A. Luis-Carlos, S.H. Rocío, S. Mansilla-Díaz**

UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** el envejecimiento de la población en países desarrollados hace que cada vez sea mayor el número de ancianos que son atendidos en nuestros centros sanitarios por patología quirúrgica abdominal; entre la cual destaca la colecistitis aguda. Ante ello planteamos una revisión del abordaje de la colecistitis aguda en ancianos para determinar el tratamiento más adecuado en cada caso.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo en el que analizamos el manejo de la colecistitis aguda en mayores de 65 años en nuestro centro hospitalario, relacionándolo con enfermedades concomitantes, medicación antiagregante y anticoagulante, clínica, complicaciones y estancia hospitalaria.

**Resultados:** se incluyen 86 pacientes, con un rango de edad entre 65 y 95 años, (57% mayores de 75 años). Entre los antecedentes personales destacan: HTA 69%, Diabetes Mellitus 38%, Fibrilación Auricular o Deterioro Cognitivo en menos del 10%.

La clínica al diagnóstico fue de dolor en hipocondrio derecho (98%), fiebre (33%) y shock séptico en el 9% de casos. Es llamativo el retraso diagnóstico que se produjo en ocasiones por sospecha de infección de otro origen.

Respecto al manejo: colecistectomía 61,6% (77% laparoscópicas y 23% laparotómicas), antibioterapia 32,6% y colecistostomía 5,8%. En cuanto a paciente con tratamiento antiagregante (44,2%) y anticoagulante (10,5%), se optó por: colecistectomía 60,5% y 55,5%, antibioterapia 36,8% y 33% y colecistostomía 5,3% y 11%, respectivamente.

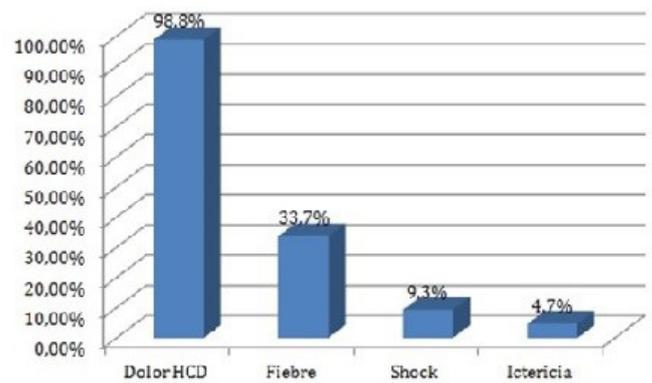
Estancia media de 7 días; en caso de colecistectomía 5,4 días, antibioterapia 8 días y colecistostomía 16 días.

Hubo un 9,5% de reingreso a los 90 días, de los cuales el 50% recibieron tratamiento conservador, 37,5% colecistostomía y solo un caso (12,5%) intervenido (Figura 1 y 2) (Tabla 1 y 2).

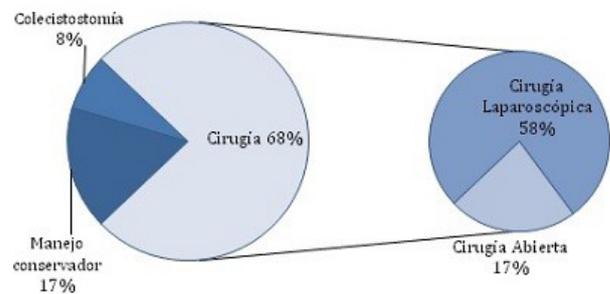
**Conclusiones:** aunque el abordaje de la colecistitis aguda en el paciente anciano puede ser controvertido, consideramos que el abordaje quirúrgico precoz debe ser de elección siempre que no haya contraindicaciones mayores, ya que presenta mejores resultados que el resto de alternativas terapéuticas.

(CO012) Tabla 1. Comparación entre las opciones terapéuticas.

Opción terapéutica	Número	Estancia media (días)	Nº de reingresos
Manejo conservador	28 (32,6%)	8	4 (4,7%)
Colecistectomía Laparoscópica	41 (61,6%)	5,4	1 (1,2%)
Abierta	12		
Colecistostomía	5 (5,8%)	16	3 (3,5%)



(CO012) Figura 1. Clínica al diagnóstico.



(CO012) Figura 2. Tratamiento.

(CO012) Tabla 2. Características de los pacientes.

Características de los pacientes	Número absoluto	Porcentaje
<b>Edad</b>		
65-69 años	20	23,3%
70-74 años	17	19,8%
≥75 años	49	57%
<b>Antecedentes personales</b>		
HTA	60	69,8%
DM	33	38,4%
Insuficiencia cardíaca	9	10,5%
FA	8	9,3%
IAM	6	7%
Deterioro cognitivo	6	7%
ACV	3	3,5%
EPOC	6	7%
Insuficiencia renal	6	7%
Enf. arterial periférica	5	5,8%
Ninguno	5	5,8%
<b>Tratamiento</b>		
Antiagregante	38	44,2%
Anticoagulante	9	10,5%

### CO013. ANÁLISIS DE LOS ÍNDICES PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN NUESTRO MEDIO.

M. Pitarch-Martínez, A. Titos-García, J.M. Aranda-Narváez, A.J. González-Sánchez, I. Cabrera-Serna, M. Pérez-Reyes, L. Romacho-López, J. Santoyo-Santoyo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** evaluar en nuestro medio la capacidad predictiva de los diferentes scores de mortalidad por trauma.

**Material y métodos:** estudio observacional analítico prospectivo, entre enero de 2014 y enero de 2017, sobre base de datos de pacientes politraumatizados atendidos en un hospital de referencia con Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias, con evaluación inicial por Urgencias y diagnóstico de patología que determina la implicación del cirujano general. Recogida de características demográficas, tipo de traumatismo, mecanismo de lesión, datos hemodinámicos de la revisión primaria, pruebas solicitadas, lesiones halladas por aparatos (AAST y AIS), tratamiento y escala de Glasgow. Cálculo de índices de supervivencia: Injury Severity Score (ISS), New Injury Severity score (NNIS), Revised Trauma Score (RTS) y Trauma Score Injury Severity Score (TRISS), con sus medias y medianas. Obtención de curvas ROC de cada índice con sus áreas bajo la curva (ABC), su significación y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), y comparación con la  $\chi^2$  de homogeneidad de áreas.

**Resultados:** se incluyeron 98 pacientes. El traumatismo cerrado fue el mecanismo más habitual de lesión (63,3%), seguido del penetrante por arma blanca (28,6%). Los mecanismos más frecuentes fueron agresión (28,6%), accidente de moto (22,4%) y precipitación (14,3%). 82 pacientes presentaron algún tipo de traumatismo abdominal, siendo hígado y bazo las vísceras más lesionadas (ambas 32,9%), con cirugía en el 42,68% de los casos. 54 pacientes presentaron algún tipo de traumatismo torácico, siendo necesaria la cirugía en 4 pacientes (7,41%). 40 pacientes presentaron un trauma pélvico o de extremidades manejándose de forma conservadora el 77,5%. La mortalidad en la serie fue del 10%. Las ABC de todos los índices predictivos de mortalidad mostraron significación estadística de forma individual, sin diferencias significativas en cuanto a capacidad predictiva cuando fueron comparadas (Tabla 1).

**Conclusiones:** todos los índices predictivos evaluados demostraron una excelente correlación con la probabilidad de mortalidad en trauma, siendo el TRISS el que mejores resultados obtuvo en el cálculo de las curvas ROC.

(CO013) Tabla 1. Curvas ROC de los índices predictivos de mortalidad en politraumatismo.

	Media	Mediana	Área (ABC)	P	IC (95%) límite inferior	IC (95%) límite superior
ISS	18,3	13,5	0,927	0,000	0,851	1,000
NISS	19,99	17,0	0,905	0,000	0,822	0,988
RTS	6,91	7,84	0,979	0,000	0,953	1,000
TRISS	14,01	1,2	0,991	0,000	0,976	1,000

### CO014. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COLECISTITIS AGUDA COMO MODELO DE EVALUACIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA DE URGENCIAS.

S. Martínez-Núñez, M. Flores-Cortés, P. García-Muñoz, F. López-Bernal, J.M. Álamo-Martínez, F. Pareja-Ciuró, J. Padillo-Ruiz

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** analizar la eficacia, seguridad y eficiencia de una Unidad de Cirugía de Urgencias en el tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda.

**Material y métodos:** se realiza un estudio observacional prospectivo de cohortes en el que se revisan 634 pacientes con colecistitis aguda intervenidos mediante una colecistectomía laparoscópica (CL) durante el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2016.

**Resultados:** se analizaron 1147 pacientes de los cuales 634 fueron incluidos en el estudio, 439 intervenidos por CU y 195 por otras unidades funcionales (OU). No existen diferencias significativas entre los grupos en relación con la edad, sexo, comorbilidad asociada al paciente, escalas ASA, APACHE II, POSSUM y Charlson. La CU ha intervenido a colecistitis con mayor tiempo de evolución ( $3,33 \pm 2,52$ ;  $2,37 \pm 1,44$  días), grado de severidad (55,1% grado II vs. 33,8% de OU) y una mayor incidencia de plastrón inflamatorio (14,8% vs. 3,6%). OU tiene un mayor porcentaje de cirujanos con más de 35 CL realizadas al año (39,5% vs. 27,6%). Existen diferencias significativas en relación con la estancia media ( $4,49 \pm 6,54$  CU;  $5,74 \pm 7,18$  OU), con el tiempo operatorio ( $90,75 \pm 28,4$  CU;  $94,64 \pm 23,88$  OU), conversión (7,3% CU; 2,6% OU), infección órgano-cavitaria (5,7% CU; 14,2% OU), hematoma intrabdominal (2,7% CU; 7,1% OU). Sin embargo, no existieron diferencias con la tasa de reintervención, reingresos, complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo), LVBP (siendo la más frecuente en ambos grupos el tipo A (5,2% CU; 11,8% OU), coleperitoneo, complicaciones médicas y éxitus. El coste global de las 634 CL fue 3.827.444.39 euros. El coste medio por paciente de CU fue 7.727,79 Euros y de OU fue de 9.491,77 Euros.

**Conclusiones:** la implantación de una unidad de Cirugía de Urgencias ha confirmado que en el tratamiento de la colecistitis aguda no sólo mejora la seguridad del paciente, sino que mejora la eficacia y eficiencia del proceso quirúrgico urgente.

### CO015. OBSTRUCCIÓN POR CÁNCER DE COLON EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS.

S. Martínez-Núñez<sup>1</sup>, M. Rubio-Manzanares<sup>2</sup>, J. Tinoco-González<sup>1</sup>, F. López-Bernal<sup>1</sup>, L. Tallón-Aguilar<sup>1</sup>, M.J. Tamayo-López<sup>1</sup>, F.J. Padillo-Ruiz<sup>1</sup>, F. Pareja-Ciuró<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>UGC de Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** los pacientes mayores de 80 años cada vez representan una mayor proporción de los cánceres de colon diagnosticados. La selección de pacientes añosos para cirugía puede ser un reto para el cirujano dada su menor reserva funcional, su mayor comorbilidad y la escasez de datos para guiar estas decisiones. Existen pocos datos en la literatura sobre el manejo del colon obstruido en este tipo de pacientes.

**Material y métodos:** revisamos de forma retrospectiva los datos de pacientes mayores de 80 años que se intervinieron por cáncer de colon obstruido entre enero de 2009 y diciembre de 2015 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, y los comparamos con aquellos pacientes menores de 80 años.

**Resultados:** un total de 162 pacientes fueron intervenidos, 42 de ellos tenían más de 80 años (25,9%). No hubo diferencias significativas en cuanto a las complicaciones quirúrgicas en el postoperatorio (dehiscencia, colecciones intraabdominales, hemorragia postoperatoria, íleo o infección de herida). Tampoco se observaron diferencias significativas respecto a complicaciones respiratorias; por el contrario, el número de complicaciones cardiológicas sí fue significativamente superior en pacientes ancianos (21,1% vs. 6%) ( $p=0,01$ ). Aunque no hubo diferencias en las complicaciones quirúrgicas, la mortalidad postoperatoria sí fue mayor en pacientes ancianos (35,9% vs. 16,2%) ( $p=0,009$ ). La quimioterapia adyuvante se utilizó en un 22% de pacientes mayores de 80 años frente a un 65,8% de pacientes más jóvenes ( $p=0,000$ ). La mediana de supervivencia fue de 17,95 meses en pacientes ancianos vs. 40,3 meses en pacientes jóvenes ( $p=0,001$ ).

**Conclusiones:** los pacientes ancianos con cáncer de colon obstruido tienen un acceso significativo a la cirugía. Sin embargo, la morbimortalidad postoperatoria es elevada y no se suele utilizar quimioterapia adyuvante.

### CO016. APENDICECTOMÍA NO COMPLICADA: ¿ES SEGURO DAR UN ALTA EN MENOS DE 24 HORAS?

**B. Bascuas-Rodrigo, J.A. López-Ruiz, B. Marengo-de la Cuadra, L. Tallón-Aguilar, M. Sánchez-Ramírez, Á. Ramírez-Redondo, J. López-Pérez, F. Oliva-Monpeán**

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:** la apendicitis aguda es probablemente la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en el mundo. El abordaje quirúrgico, abierto o laparoscópico, es la base del tratamiento.

El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad del alta hospitalaria en menos de 24 horas tras apendicectomía, abierta o laparoscópica, por apendicitis aguda no complicada.

**Material y métodos:** se realizó un análisis retrospectivo de pacientes intervenidos de apendicitis aguda no complicada entre enero 2015 y enero 2017 ( $n=261$ ), dividiéndose posteriormente en dos grupos según la duración de su estancia hospitalaria postoperatoria (Grupo 1 menor a 24 horas, Grupo 2 mayor a 24 horas). Se evaluaron las características demográficas (edad, sexo), tiempo quirúrgico, vía de abordaje, tasa de complicaciones postoperatorias y de reingresos en 30 días tras la cirugía.

**Resultados:** no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a los datos demográficos, vía de abordaje o tiempo operatorio ( $p>0,05$ ).

Al estudiar las complicaciones (absceso intraabdominal, infección de herida quirúrgica, hemorragia, íleo parético, evisceración), reintervenciones y reingresos, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos ( $p>0,05$ ).

Respecto a la estancia hospitalaria postoperatoria, en el Grupo 1 se observó una media 18 horas y 47 minutos, con una mediana de 18 horas y 58 minutos; en el Grupo 2 el tiempo medio fue de 70 horas y 12 minutos, con una mediana de 47 horas y 10 minutos.

**Conclusiones:** los pacientes intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda no complicada, pueden ser dados de alta en menos de 24 horas sin presentar mayor riesgo de complicaciones postoperatorias o reingresos que aquéllos con estancias postoperatorias más prolongadas.

Son necesarios más estudios prospectivos o con mayor nivel de evidencia para corroborar nuestros resultados.

### CO017. CIRUGÍA URGENTE EN MAYORES DE 80 AÑOS.

**B. López-Durán<sup>1</sup>, J.A. López-Ruiz<sup>1</sup>, B. Marengo-de la Cuadra<sup>1</sup>, L. Tallón-Aguilar<sup>2</sup>, M. Sánchez-Ramírez<sup>1</sup>, J. López-Pérez<sup>1</sup>, F. Oliva-Monpeán<sup>3</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>3</sup>Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.*

**Introducción:** exponer nuestra experiencia en cirugía de urgencia en pacientes añosos.

**Material y métodos:** estudio descriptivo en el que se exponen todos los pacientes mayores de 80 años intervenidos de urgencia en nuestro centro desde junio del 2014 hasta junio del 2016. Se analizaron datos demográficos, diagnóstico, procedimiento, abordaje, estancia, complicaciones y mortalidad.

**Resultados:** se recogieron 144 casos, con una media de edad de 84,46 años, 45% hombres y 55% mujeres. La patología más frecuentemente intervenida fue la colecistitis aguda (20%), seguido de las hernias y eventraciones complicadas (17%) y de las neoplasias colorrectales complicadas. El 18,75% (27 casos) permitieron un abordaje laparoscópico, siendo la tasa de conversión del 11,11% (3 casos). El 34,72% necesitó ingreso en UCI. La morbilidad postoperatoria se produce sobre todo en relación a infecciones de la herida quirúrgica en un 19,4%, siendo pocos los casos de colección intraabdominal (5,5%), fistulas (4,16%), hemorragias (2,7%) o evisceración (2%). Fue necesario hacer resección intestinal en 32 de los casos (22,2%) de los cuales posteriormente se realizaron 21 anastomosis intestinales primarias (65,62%), 6 ileostomías (18,75%) y 5 colostomías (15,62%). Del total de anastomosis primarias se recogieron dehiscencias en 2 casos (9,52%). Precisaron reintervención 5 pacientes del total de casos.

Las complicaciones más relevantes no relacionadas con la cirugía fueron de tipo respiratorio en el 7,6%, cardíacas en el 6,9% y por catéter en el 2%.

La mortalidad recogida es de 14 pacientes, un 9,3% (media de edad de 84,8), de los cuales 7 son varones y 7 son mujeres. En todos los casos estos pacientes se intervinieron por vía abierta.

**Conclusiones:** no es tanto la edad cronológica sino el estado y la reserva fisiológica del paciente lo que nos debe hacer tomar una decisión respecto al tratamiento quirúrgico del paciente añoso. Son

necesarios más estudios para establecer cuáles serían los factores limitantes de la cirugía en los pacientes ancianos.

### CO018. COLECISTITIS AGUDA: ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES EN LA COLECISTECTOMÍA DE URGENCIAS?

**Y. Lara-Fernández, J.A. López-Ruiz, L. Tallón-Aguilar, B. Marenco-de la Cuadra, M. Sánchez-Ramírez, B. Bascuas-Rodrigo, A.A. Ramírez-Redondo, J. López-Pérez, F. Oliva-Mompeán**

*UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla*

**Introducción:** la indicación de colecistectomía urgente en colecistitis aguda suele recomendarse dentro de las 72 horas desde el inicio de los síntomas. Hemos tratado de objetivar si existen diferencias entre las colecistitis agudas intervenidas con más de 72 horas de evolución o menos.

**Material y métodos:** análisis retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda de menos de una semana de evolución que recibieron tratamiento quirúrgico, período junio 2014 a junio 2016 (n= 268). Se dividieron en dos grupos según la duración de la sintomatología de inicio: más de 72 horas (Grupo 1) o menos (Grupo 2). Se han analizado datos demográficos, tiempo quirúrgico, abordaje quirúrgico, estancia hospitalaria y tasa de complicaciones.

**Resultados:** en el Grupo 1 (n=74) obtuvimos un tiempo quirúrgico de 95 minutos, con un tiempo medio de estancia de 3 días; 64 (85%) pacientes se intervinieron vía laparoscópica, de los cuales 4 (6,2%) se convirtieron a cirugía abierta. Presentaron lesión de vía biliar 2 (2,7%) pacientes, 6 (8,1%) fístula, 4 (5,4%) infección de herida, 7 (9,4%) colección intraabdominal, 1 (1,4%) evisceración, 1 (1,4%) se reintervino, 2 (2,7%) reingresos, 1 (1,4%) sepsis por catéter y 1 (1,4%) íleo.

En el Grupo 2 (n=167) el tiempo medio quirúrgico fue de 90 minutos, con una estancia de 3 días. Se intervinieron 149 (89%) pacientes vía laparoscópica de los que se convirtieron a cirugía abierta 8 (5,36%). Un paciente (0,5%) presentó lesión de vía biliar, 5 (3%) fístula, 5 (3%) infección de herida, 8 (4,8%) colección intraabdominal, 2 (1,2%) se reintervinieron, 5 (3%) reingresos y (1,2%) 2 íleos.

No encontramos diferencias significativas en cuanto al tiempo quirúrgico, aparición de complicaciones y estancia hospitalaria.

**Conclusiones:** las colecistectomías realizadas en colecistitis agudas de hasta una semana de evolución clínica presentan similar tasa de complicaciones, estancia hospitalaria y tiempo quirúrgico que en las de menos de 72 horas.

### CO019. EL MANEJO DE LAS OBSTRUCCIONES INTESTINALES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO NIVEL III.

**J.C. Gamero-Huamán, J.A. López-Ruiz, S.P. de Lebrusant-Fernández, B. Marenco-de la Cuadra, M. Sánchez-Ramírez; L. Tallón-Aguilar, J. López-Pérez, F. Oliva-Mompeán**

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.*

**Introducción:** la obstrucción intestinal es una patología frecuente en nuestro medio con diferente manejo según su origen.

**Material y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo que recoge los resultados del manejo de obstrucciones intestinales en nuestro servicio entre 2014-2016. Se recogieron los datos demográficos, estancia, tratamiento y complicaciones.

Dividido en 4 grupos según las causas: 1) adherencias; 2) oncológica; 3) hernias o eventraciones; 4) misceláneas.

**Resultados:** el estudio consta de 185 pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal con una media de 68,4 años, con predominio del sexo masculino (54,6%) frente al femenino (45,4%).

En el grupo de adherencias incluimos 75 pacientes a los que se les aplicó el protocolo de gastrografín establecido en nuestro hospital. Realizamos manejo conservador en 55 y quirúrgico en 20, con abordaje mayoritariamente abierto (95%). Se realizó adhesiolisis en 15 pacientes y resección intestinal en 5.

En el grupo oncológico se incluyeron 47 pacientes con tratamiento quirúrgico de urgencia; con abordaje abierto en 44 y 3 por laparoscopia, siendo necesario realizar conversión en 2. Se realizaron 30 resecciones con anastomosis, 7 de intestino delgado y 23 de colon.

El grupo de hernias y eventraciones presenta 34 pacientes, el 91,2% fue resuelto de forma quirúrgica con abordaje abierto (15 hernias y 16 eventraciones). Se realizaron 8 resecciones con anastomosis.

El grupo misceláneo engloba íleo biliar, invaginaciones intestinales, vólvulos, entre otros; fueron 29 pacientes, la mayoría recibieron tratamiento quirúrgico (28 vs. 1) con abordaje abierto en 19 y 9 laparoscópico. Realizamos 20 resecciones intestinales, 3 ileostomías, 2 colostomías y 15 anastomosis.

La estancia media, tasa de dehiscencia y fístula intestinal de los 4 grupos fueron 10,4 días, 15,2% y 4,8% respectivamente.

La hemorragia, colecciones e íleo parético presentaron de media 2,3%, 3,2% y 15,9% respectivamente, sin encontrar diferencias entre los grupos.

**Conclusiones:** la obstrucción intestinal supone un elevado porcentaje de consulta en nuestro hospital, el 65% causadas por adherencias y neoplasias.

### CO020. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES INTERVENIDOS DE COLECISTITIS AGUDAS.

**P. García-Muñoz, S. Martínez-Núñez, M. Flores-Cortés, M. Fernández-Ramos, V. Camacho-Marente, F. Pareja-Ciuró, F. López-Bernal, C. Martín-García, F.J. Padillo-Ruiz**

*UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:** determinar los factores que influyen en la aparición de complicaciones en pacientes con colecistitis aguda sometidos a colecistectomía laparoscópica.

**Material y métodos:** se realiza un estudio observacional analítico prospectivo de cohortes en el que se han incluido pacientes con colecistitis aguda intervenidos de forma urgente desde 1 de enero del 2009 hasta el 31 de diciembre del 2016.

**Resultados:** durante los años de estudio se analizaron 1147 pacientes de los cuales 634 fueron incluidos en el estudio. El 30,8% de los pacientes presentaban más de 70 años. El 50,2% fueron hombres y el 68% presentaban comorbilidades asociadas. 347 pacientes tuvieron un APACHE II 14. El grado de severidad más frecuente fue el grado I con un 50%. El 20,3% de los pacientes presentaron signos ecográficos de colecistitis complicada y el 11,4% presentaba plastrón palpable a la exploración. El 5,9% de las colecistectomías se convirtieron. 99 pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, siendo el tipo I según la clasificación de Clavien-Dindo el más frecuente con 161 pacientes. Tras realizar un estudio bivalente se ha observado que sólo la edad media, la escala de riesgo PPOSSUM, el APACHE II, los días de evolución de la colecistitis, el grado de severidad, las formas anatomopatológicas, el tiempo operatorio y la conversión tuvieron significación estadística para la aparición de complicaciones postoperatorias. Al realizar un análisis multivariante las únicas variables que de forma independiente se relacionaron con la aparición de complicaciones postoperatorias fueron el grado de severidad, las formas anatomopatológicas y el tiempo operatorio.

**Conclusiones:** el conocimiento de las posibles complicaciones postquirúrgicas y de los potenciales factores de riesgo para la aparición de las mismas permite a los profesionales establecer una correcta indicación del procedimiento y una vigilancia postoperatoria estrecha de aquellos pacientes con factores de riesgo.

### CO021. IMPACTO DEL USO DEL RETRACTOR QUIRÚRGICO DESECHABLE VS. LAPAROSTATO EN LA INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA TRAS LAPAROTOMÍA URGENTE EN PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA: ANÁLISIS PRELIMINAR.

P. de la Herranz-Guerrero<sup>1</sup>, L. Tallón-Aguilar<sup>2</sup>, J.A. López-Ruiz<sup>2</sup>, B. Marengo-de la Cuadra<sup>2</sup>, M. Sánchez-Ramírez<sup>1</sup>, J. López-Pérez<sup>1</sup>, F. Oliva-Mompeán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción:** observar la diferencia en la tasa de infección del sitio quirúrgico mediante el uso del anillo retractor quirúrgico en las laparotomías exploradoras urgentes en pacientes con patología obstructiva frente al empleo de retractores quirúrgicos convencionales (laparostato convencional).

**Material y métodos:** estudio prospectivo y aleatorizado en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen Macarena, en el que se incluyen a pacientes con patología obstructiva que hayan precisado intervención quirúrgica mediante laparotomía media, con independencia de la causa y el nivel de la misma.

Se recogen variables epidemiológicas, factores determinantes de ISQ (comorbilidades, albúmina, proteínas, NNIS...), indicación quirúrgica y tasa complicaciones postquirúrgicas, centrándonos principalmente en la ISQ.

**Resultados:** se han incluido hasta el momento 38 pacientes intervenidos de obstrucción intestinal que han sido divididos en grupo retractor quirúrgico (n=15) o grupo control (laparostato convencional – n= 23).

La edad media de nuestros pacientes es de 67 años. El 42% son pacientes de sexo femenino y el 58% masculino. No se han encontrado diferencias significativas en cuanto a factores predisponentes a ISQ, diabetes, hipertensión, obesidad, hemoglobina, proteínas o albúmina. Se ha calculado el predictor de ISQ (National Nosocomial Infection Surveillance - NNIS) en ambos grupos sin hallar diferencias significativas.

Las indicaciones quirúrgicas fueron: 12 obstrucciones de colon derecho, 8 de colon izquierdo, 3 estenosis anastomosis, 2 íleos biliares, 2 obstrucciones por bridas, 2 ID, 2 rectos, 2 colon transversos, 1 malrotación intestinal, 1 fecaloma, 1 neoplasia ginecológica, 1 eventración, 1 enfermedad de Crohn.

La tasa de infección de herida quirúrgica en el grupo retractor quirúrgico es del 6,6%, mientras que en el grupo control es del 26%. En cuanto al seroma, el grupo retractor presenta un 6,6% y el grupo control un 13%.

**Conclusiones:** en nuestra experiencia preliminar, y a falta de completar el estudio, parece que el uso del retractor quirúrgico disminuye la tasa de ISQ, siendo por tanto efectivo en cirugía laparotómica urgente en patología obstructiva.

### CO022. LAPAROSCOPIA EN PACIENTE CON TRAUMA ABDOMINAL.

E. Perea-del Pozo, F. Pareja-Ciuró, J.M. Castillo-Tuñón, F.A. Vega-Romero, J. Padillo-Ruiz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** en nuestro medio el trauma abdominal es menos frecuente por lo que nuestras técnicas diagnósticas no se encuentran habitualmente tan estandarizadas como en otros países. No existe una prueba diagnóstica única, ni una única forma de abordar y estadiar a los pacientes. Mediante esta revisión y la colaboración de hospitales especializados en trauma mexicano nos proponemos evaluar la literatura al respecto de la incorporación de la laparoscopia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con trauma abdominal.

**Material y métodos:** el estudio ha sido iniciado con la experiencia de un rotatorio externo de dos meses en el Hospital de Xoco de Ciudad de México, en el cual se han atendido a más de cuarenta pacientes con trauma abdominal, abierto y cerrado. A raíz de esta serie de casos se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura, para poder llevar a cabo un protocolo de actuación aplicado a nuestro medio y nuestros recursos.

**Resultados:** de los pacientes que se recibieron se realizó laparoscopia en un 30% de los casos que cumplían las condiciones establecidas de estabilidad hemodinámica, lesión inciso-contusa por arma blanca en abdomen o trauma cerrado de alta intensidad.

Más del 78% de los pacientes candidatos a laparoscopia presentaron una solución quirúrgica en un solo acto (literatura respalda un 45%), se ha demostrado en la literatura una menor tasa de infección de

heridas quirúrgicas, de neumonías y de eventraciones, así como una menor estancia hospitalaria.

**Conclusiones:** la laparoscopia en el trauma abdominal no está destinada a sustituir a la laparotomía, pero debe tenerse en cuenta su utilidad diagnóstico-terapéutica en casos seleccionados. Ha demostrado ser útil en diagnóstico de violación peritoneal en heridas incisocontusas, en pacientes estables hemodinámicamente, evaluación y reparación del diafragma, examen en pacientes con resultado de TAC equívocos y principalmente en manos de cirujanos con amplia experiencia en laparoscopia.

### CO023. POLITRAUMATIZADOS ATENDIDOS EN NUESTRO HOSPITAL DE URGENCIAS.

C. Domínguez-Sánchez<sup>1</sup>, J.A. López-Ruiz<sup>2</sup>, L. Tallón-Aguilar<sup>2</sup>, B. Marengo-de la Cuadra<sup>2</sup>, M. Sánchez-Ramírez<sup>2</sup>, P. de la Herranz-Guerrero<sup>2</sup>, F. Oliva-Mompeán<sup>2</sup>, J. López-Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción:** el promedio diario de urgencias atendidas en nuestro hospital asciende a 440 pacientes, de los cuales un 22% acuden por causa accidental. Afortunadamente los pacientes politraumatizados graves (PPT) solo suponen el 0,35% de las urgencias de causa accidental en nuestra área. Queremos conocer las características de los PPT atendidos en nuestro hospital.

**Material y métodos:** estudio descriptivo de los pacientes atendidos entre abril 2012 y marzo 2017 incluidos en la definición de politraumatizado grave. Se analizaron datos demográficos, factores temporales, mecanismo lesional, órganos lesionados, escalas predictivas de PPT, pruebas complementarias y técnicas, intervención quirúrgica urgente y mortalidad.

**Resultados:** se atendieron 123 PPT. La edad media fue de 38 años. La razón hombre-mujer fue 2,4:1. El mecanismo lesional más frecuente fue el accidente de tráfico (45,5%).

59 pacientes requirieron intervención quirúrgica (47,9%), 39 de ellos con carácter emergente (32%).

Se objetivó hemoperitoneo en 50 de nuestros pacientes, siendo la lesión esplénica el origen más frecuente (24,4%). El 75% de los pacientes presentó un traumatismo abdominal cerrado, y un 25% un traumatismo penetrante, siendo el arma blanca la causa más frecuente. Un tercio de estos pacientes se manejó de forma conservadora. En 8 pacientes se utilizó el abordaje laparoscópico. En cuanto al compendio de las escalas de evaluación de riesgo en el PPT, el ISS fue de 27, el RTS de 7,84 y el TRISS fue de 3,58. La mortalidad hospitalaria fue del 5,7%, con un TRISS superior a 60 en estos pacientes.

**Conclusiones:** las características del PPT tipo de nuestro hospital son: varón, de edad media, con un ISS entre 15 y 30 y víctima de un accidente de tráfico.

Para avanzar en el estudio de la severidad y del control de calidad de la asistencia de los pacientes traumáticos es indispensable establecer sistemas de registro de datos que nos permitan conocer la situación real de la patología traumática en nuestro medio.

### CO024. RESULTADOS ONCOLÓGICOS TRAS EL USO DE STENTS EN NEOPLASIAS OCLUSIVAS DE COLON IZQUIERDO.

M. Pitarch-Martínez, J.A. Blanco-Elena, A. Titos-García, J.M. Aranda-Narváez, A.J. González-Sánchez, I. Cabrera-Serna, L. Romacho-López, J. Santoyo-Santoyo.

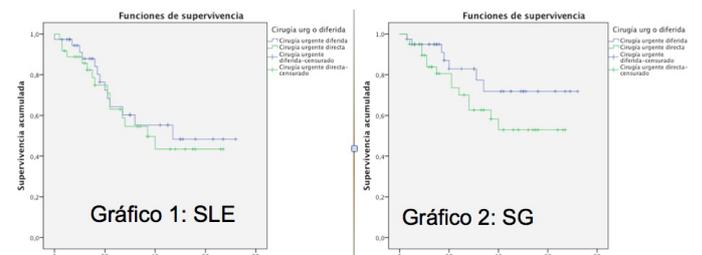
Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** comparar los resultados oncológicos en los pacientes con obstrucción tumoral de colon distal intervenidos de forma diferida tras colocación de prótesis descompresiva puente (CD) con aquellos intervenidos de urgencia (CU).

**Material y métodos:** estudio de cohortes retrospectivas, con análisis por protocolo, incluyendo todos los pacientes ingresados por obstrucción tumoral de colon distal al ángulo esplénico tratable con intención curativa (enero 2011 a diciembre 2016). Como variables de resultado principales se consideraron la calidad oncológica de la linfadenectomía (evaluada mediante el número de ganglios aislados en la pieza quirúrgica) y la supervivencia (tanto libre de enfermedad como global).

**Resultados:** se llevaron a cabo un total de 42 cirugías diferidas y 49 cirugías directas. Ambos grupos resultaron homogéneos en cuanto a las variables epidemiológicas de interés y estadio tumoral. El número medio de ganglios aislados en la linfadenectomía fue de 19,45 en el grupo de CD y de 16,89 en el de CU. Se aislaron menos de 12 ganglios en 5 pacientes del grupo CU y en ninguno en el de CD ( $p < 0,05$ ). El tiempo medio de seguimiento fue de 26,71 meses en el grupo de CD y de 23,71 meses en el grupo de CU, sin diferencias significativas. No se evidenciaron diferencias en el análisis de supervivencia en cuanto a la supervivencia libre de enfermedad (Figura 1A) y se objetivó tendencia estadística a la significación en la supervivencia global en los pacientes de nuestra serie a favor de los pacientes del grupo de CD ( $p < 0,06$ ; figura 1B). Al estratificar las curvas de supervivencia en función del estadiaje tumoral observamos una mayor supervivencia en los pacientes en estadio II de la enfermedad ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** el uso de endoprótesis colónica como puente a la cirugía permite resecciones con mayor calidad oncológica al llevarse a cabo disecciones ganglionares más extensas. La estrategia de cirugía diferida mediante la descompresión colónica con endoprótesis aumenta la supervivencia en estadios iniciales en nuestra serie.



(CO024) Figura 1

Análisis de supervivencia.

## CO025. ANÁLISIS DE LA TASA DE RECIDIVA Y DE DOLOR CRÓNICO POSTOPERATORIO TRAS REPARACIÓN DE LA HERNIA INGUINAL EN EL ADOLESCENTE.

P. García-Muñoz, S. Dios-Barbeito, M. Flores-Cortés, M. Bustos-Jiménez, V. Camacho-Marente, M. Fernández-Ramos, J.A. Martín-Cartes, J.L. Gollonet-Carnicero, F.J. Padillo-Ruiz

*UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:** no está clara la mejor técnica quirúrgica para el tratamiento de los adolescentes con hernia inguinal debido a su alta tasa de crecimiento y elevada prevalencia de dolor crónico postoperatorio. Mientras que la ligadura alta del saco herniario es el tratamiento de elección en niños, en adultos se prefiere la reparación protésica, encontrándose los adolescentes en una situación intermedia en la que queda pendiente esclarecer cuál sería su tratamiento óptimo.

**Material y métodos:** diseñamos un estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva analizando a todos los pacientes de entre 14 y 19 años intervenidos de hernia inguinal en nuestro centro entre el 1 de enero del 2001 y el 31 de diciembre del 2015.

**Resultados:** incluimos a 88 pacientes con una edad media de 17,28 años, el 86,4% varones y el 75% con un ASA I. 59 pacientes presentaron hernia derecha, de las cuales 62 fueron indirectas. 44 pacientes fueron tratados mediante una reparación Lichtenstein con una malla de PPL, 39 con una malla PHS, 4 con una reparación muscular y uno con una ligadura alta del saco. Con una mediana de seguimiento de 93,5 meses analizamos la tasa de recidiva y dolor crónico postoperatorio. La cifra global de dolor crónico obtenida fue del 9,1%, no habiendo diferencias estadísticamente significativas en función de que la hernia fuese primaria o recidivada ni según la técnica quirúrgica protésica utilizada. Sólo documentamos un caso de recidiva tras la cirugía en un paciente con una hernia inguinal directa de gran tamaño que había sido reparada mediante una técnica Lichtenstein.

**Conclusiones:** la reparación de la hernia inguinal del adolescente utilizando material protésico parece efectiva, con baja tasa de recidiva y menos incidencia de dolor crónico que la publicada hasta el momento, no habiendo además diferencias estadísticamente significativas según la técnica quirúrgica protésica.

## CO026. REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LAS HERNIAS DE SPIEGEL: RESULTADOS DE 6 AÑOS.

P. García-Muñoz, S. Dios-Barbeito, M. Bustos-Jiménez, M. Flores-Cortés, J.A. Martín-Cartes, V. Camacho-Marente, M. Fernández-Ramos, J.L. Gollonet-Carnicero, F.J. Padillo-Ruiz

*UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:** las hernias de Spiegel (HS) son un tipo de hernia de la pared abdominal poco frecuente, que tradicionalmente se han tratado quirúrgicamente mediante un abordaje abierto. Sin embargo, actualmente la evidencia recomienda el abordaje laparoscópico. Por ello, analizamos los resultados a largo plazo de nuestro grupo de HS tratadas mediante abordaje laparoscópico.

**Material y métodos:** realizamos un estudio observacional retrospectivo sobre una base de datos prospectiva analizando todas las HS intervenidas por vía laparoscópica con una malla de PTFE desde el 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2016. En la intervención quirúrgica se utilizaron tres trocares, uno de 10 mm y dos de 5 mm. Se analizaron las características demográficas, clasificación del riesgo anestésico según la ASA, tamaño herniario, localización, tiempo de hospitalización, complicaciones en el postoperatorio inmediato, tasa de mortalidad, recidiva y dolor crónico.

**Resultados:** incluimos 21 pacientes con una edad media de 60,33 años y un IMC medio de 33,30 kg/m<sup>2</sup>. El 85,7% fueron mujeres y el 76,2% presentaron un ASA II. El tamaño medio de la hernia fue de 5,07 cm y la mayoría de ellas estaban localizadas en el lado derecho (11, 52,4%). La tasa de conversión a cirugía abierta fue del 0%. La media de tiempo de hospitalización fue de 2,14 días la mayoría de ellos con una evolución postoperatoria favorable, mientras que 3 pacientes refirieron dolor intenso durante la hospitalización. La tasa de mortalidad fue del 0%. Tras una mediana de seguimiento después de la reparación de 34,9 meses, todos los pacientes se encuentran sin dolor crónico y hay 1 caso de recidiva.

**Conclusiones:** en nuestra serie la reparación laparoscópica parece ser efectiva para el tratamiento de la HS, con una baja estancia hospitalaria, pocas complicaciones postoperatorias y baja tasa de recidiva y de dolor crónico postoperatorio.

## CO027. CARCINOMA SUPRARRENAL: ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA.

V. Pino-Díaz, M. Razak-Soriano, A. Razak-Muchref, J.M. Álamo-Martínez, M. Pérez-Andrés, J.M. Martos-Martínez, F.J. Padillo-Ruiz

*Departamento de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:** el carcinoma suprarrenal es una entidad poco frecuente, con una incidencia anual de 0,5-2 casos por millón de habitantes. Se trata de una patología con mal pronóstico con una tasa de mortalidad del 65-94% a los 5 años según las series. Analizamos la casuística de nuestra unidad.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo observacional descriptivo y analítico de los pacientes intervenidos en nuestro centro entre 2000-2015 con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma corticosuprarrenal.

**Resultados:** se intervinieron 23 pacientes (0,96 casos/millón hab/año) de los que tres fueron irreseccables. El 65% fueron mujeres con una edad media de 49±13,2 años.

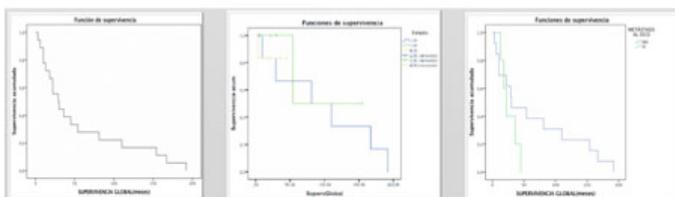
La clasificación preoperatoria fue de estadio II y III en el 35% de los casos y un 30% de los pacientes con estadio IV. Fueron homogéneos respecto a la lateralidad, 50%, y funcionantes en nueve casos (45%). El abordaje abierto fue la técnica de elección en 16 pacientes (80%) reservando la laparoscopia sólo en un 20% de los casos, con dudas diagnósticas y sin datos de infiltración de estructuras. Sólo un paciente se sometió a tratamiento neoadyuvante. No hubo mortalidad quirúrgica ni a 30 días en la serie analizada. La media de supervivencia estimada fue 55,66 meses y la supervivencia a 5 años fue 40% (media 62,6 meses). En relación con el estado al final del seguimiento (vivo/exitus) presentaron una asociación estadísticamente significativa la presencia de metástasis al diagnóstico ( $p=0,035$ ), el estadio

tumoral, con mayor proporción de pacientes vivos en el estadio II ( $p=0,009$ ), aparición de recidivas locales ( $p=0,017$ ) y el periodo libre de enfermedad (6,67 meses en fallecidos vs 48,88 meses en vivos,  $p<0,05$ ) (Figura 1) (Tabla 1).

**Conclusiones:** el carcinoma corticosuprarrenal requiere un diagnóstico precoz y una actitud quirúrgica agresiva para mejorar la supervivencia, siendo datos de mal pronóstico las metástasis al diagnóstico, el estadio tumoral igual o superior a III y las recidivas precoces.

(CO027) Tabla 1. Diagnóstico y tratamiento.

Diagnóstico	n=20 (%)
<b>Estadio ENSAT, n (%)</b>	
I	0 (0%)
II	7 (35%)
III	7 (35%)
IV	6 (30%)
<b>Metástasis al diagnóstico, n (%)</b>	
Sí	5 (25%)
No	15 (75%)
<b>Tratamiento</b>	<b>n=20 (%)</b>
<b>Suprarrenalectomía, n (%)</b>	
Abierta	16 (80%)
Laparoscópica	4 (20%)
<b>Hidroaltesona y mitotane, n (%)</b>	
Sí	14 (70%)
No	6 (30%)
<b>Tratamiento asociado, n (%)</b>	
QT	2 (10%)
RT	1 (5%)
Cirugía	1 (5%)
RT y cirugía	1 (5%)
No	15 (75%)



(CO027) Figura 1

Supervivencias.

### CO029. LINFOMA PRIMARIO DE TIROIDES. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE TUMORACIONES CERVICALES DE RÁPIDO CRECIMIENTO Y ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE.

F. Villuendas-Morales, L.T. Ocaña-Wilhelmi, J.L. Cuba-Castro, F. Ramos-Muñoz, R. Soler-Humanes, E. Corrales-Valero, C. Monje-Salazar, E. Glückmann-Maldonado

Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** estudiar y analizar nuestra serie de linfoma primario tiroideo. Proponer un protocolo de actuación multidisciplinar ante la aparición de una tumoración cervical de rápido crecimiento.

**Material y métodos:** el presente trabajo es un estudio descriptivo retrospectivo donde recogemos los linfomas tiroideos entre el año 2000 y marzo de 2017. Igualmente proponemos un protocolo de actuación ante la aparición de una tumoración cervical de rápido crecimiento y que se sospeche que pueda tratarse de un linfoma tiroideo.

**Resultados:** nuestra serie consta de trece casos, tres hombres y diez mujeres de entre 34 y 91 años de edad. Los pacientes presentaban una PAAF no concluyente, aunque subjetiva de proceso linfoproliferativo. El informe patológico definitivo reveló diez casos de linfoma B difuso de células grandes, dos de linfoma B de la zona marginal tipo MALT y uno de linfoma de Burkitt.

Todos los pacientes recibieron la combinación de quimioterapia (CHOP régimen) y la respuesta fue positiva. Los últimos cuatro casos se abordaron según el protocolo que proponemos: ante la aparición de una tumoración cervical de rápido crecimiento que provoca importante sintomatología local y sospechemos linfoma, se realiza un TAC Cervical con BAG de la lesión. Si es sugerente, se inicia quimioterapia específica (CHOP) de forma inmediata. Este protocolo precisa que se impliquen de forma decidida el Radiólogo y el Oncólogo.

**Conclusiones:** los linfomas de glándula tiroides representan menos del 5% de las neoplasias primarias. Los tipos histológicos más frecuentes son: linfoma B de células grandes y tipo MALT. La PAAF no es suficiente necesitando BAG o biopsia. El diagnóstico de linfoma primario del tiroides debe considerarse en pacientes con tumoración cervical de rápido crecimiento, más si tienen una tiroiditis. Nuestro protocolo de actuación multidisciplinar nos permite la identificación de linfomas tiroideos, y su diagnóstico y tratamiento precoz.

### CO031. RELACIÓN ENTRE LA CLASIFICACIÓN TIRADS DE NÓDULOS TIROIDES CON LA CLASIFICACIÓN BETHESDA Y EL RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO DEFINITIVO.

F. Ramos-Muñoz, L. Pico-Sánchez, L.T. Ocaña-Wilhelmi, C. Monje-Salazar, R. Soler-Humanes, E. Glückmann-Maldonado, F.J. Villuendas-Morales, L.C. Hinojosa-Arco, E. Corrales-Valero, B. García-García, S. Mansilla-Díaz, N. Ávila-García, R. de Luna-Díaz

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** comparación de los resultados de la ecografía tiroidea informados según el sistema TI-RADS con los obtenidos en la citología por PAAF según la clasificación de Bethesda, y el resultado anatomopatológico definitivo obtenido en los pacientes intervenidos en nuestro servicio desde la implantación de dicha clasificación.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes intervenidos en nuestra unidad desde enero de 2015 hasta febrero de 2017 con informe ecográfico basado en la clasificación TI-RADS. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, así como la verificación de si existe asociación significativa entre la clasificación TI-RADS, la clasificación Bethesda, y el resultado final anatomopatológico de la pieza.

**Resultados:** en nuestra unidad 206 pacientes fueron sometidos a cirugía tiroidea en dicho periodo, de los cuales 90 cumplieron los criterios de inclusión. De esos 90 pacientes, 68 (75,6%) fueron mujeres y 22 (24,6%) hombres, con una media de edad de 50 años.

El resultado del análisis fue TI-RADS 1: 1 paciente (1,1%), TI-RADS 2: 9 pacientes (10%), TI-RADS 3: 34 pacientes (37,8%), TI-RADS 4: 41 pacientes (45,6%), TIRADS 5: 5 pacientes (5,6%). Se demostró una asociación estadísticamente significativa entre el resultado del TIRADS y la clasificación de Bethesda, así como con el resultado final de la pieza quirúrgica, donde se obtuvo un resultado de malignidad del 0% para TI-RADS 1, 0% para TI-RADS 2, 29,4% para TI-RADS 3, 58,5% para TI-RADS 4, y del 100% para TI-RADS 5.

**Conclusiones:** el sistema TI-RADS permite la clasificación radiológica de los nódulos tiroideos en seis categorías con creciente probabilidad de malignidad. En nuestro medio hemos comprobado como el hallazgo de un nódulo probablemente benigno (TIRADS 3) o sospechoso (TIRADS 4) puede esconder un tumor maligno hasta en 1/3 ó 2/3 casos respectivamente. Este estudio nos aporta datos importantes en la toma de decisiones del paciente tiroideo.

### CO032. RESULTADOS DE SUGARBAKER POR HERNIA PARAESTOMAL.

**P. de la Herranz-Guerrero, A. Curado-Soriano, Z. Valera-Sánchez, J.R. Naranjo-Fernández, A. Domínguez-Amodeo, R. Jurado-Marchena, E. Navarrete-de Cárcer, F. Oliva-Mompeán**

*Departamento de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.*

**Introducción:** analizar los resultados en nuestra unidad de la técnica de Sugarbaker en la reparación de hernias paraestomales tipo III y tipo IV.

**Material y métodos:** estudiamos nuestra serie de casos, que consta de 35 pacientes. Valoramos la recidiva con un seguimiento entre 24 y 48 meses, las complicaciones locales (infección del sitio quirúrgico y seroma), y reintervenciones en el postoperatorio inmediato.

**Resultados:** de los 35 pacientes intervenidos con técnica de Sugarbaker y malla de Parietex Composite®, dos de ellos fueron exitus por su enfermedad de base en menos de 12 meses, un paciente fue reintervenido en el postoperatorio inmediato por perforación inadvertida con explante de malla y tres pacientes no tuvieron un seguimiento mayor de 24 meses, quedando 29 pacientes para analizar en nuestra serie.

Fueron analizados 29 pacientes, de ellos 2 (6,8%) sufrieron una complicación grave con necesidad de reintervención urgente sin necesidad de explantar la malla. Las complicaciones menores ocurrieron en 2 pacientes (6,8%) que presentaron un íleo parético y un paciente una infección de tracto urinario (3,4%). En cuanto a las complicaciones quirúrgicas locales, observamos infección de herida quirúrgica en 4 pacientes (13,7%) y seroma en 7 pacientes (24,1%).

Del total de pacientes con un seguimiento mayor a 24 meses han recidivado 8 de ellos (27,5%), 4 de ellos lo hicieron antes de los 24 meses (13,7%) y 4 entre los 24 meses y los 48 meses (13,7%).

**Conclusiones:** al auditar nuestros resultados llegamos a la conclusión que los pacientes deben ser seleccionados cuidadosamente, valorando no solo el tipo de defecto herniario, sino su patología de base, la supervivencia, así como su calidad de vida y la mejora que buscamos aportar con la cirugía. La indicación de esta técnica debe ser individualizada para poder seleccionar aquellos pacientes que mejor van a optimizar los riesgos y los beneficios.

### CO034. ¿ES LA LINFOGAMMAGRAFÍA PREOPERATORIA NECESARIA EN LA DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA?

**S.M. López-Saro, Á. Pareja-López, N. Espínola-Cortés, M.M. Rico-Morales, M.Á. Lorenzo-Liñán, M.Á. Lorenzo-Campos**

*UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería.*

**Introducción:** valorar la necesidad de realizar linfogammagrafía para la detección de ganglio centinela.

**Material y métodos:** estudio comparativo retrospectivo entre dos técnicas diferentes en la de detección de GC. El periodo de estudio se extiende desde marzo de 2010 hasta octubre 2015.

Grupo A. La linfogammagrafía preoperatoria se realiza la mañana de la intervención, a las 12 ó 15 horas de la inyección del coloide radioactivo (nanocoll-Tc99). Este grupo lo forman 192 pacientes, intervenidas de forma consecutiva en un Servicio de Cirugía General acreditado para la detección de GC, perteneciente a la red hospitalaria del Sistema Público de Salud de Andalucía.

Grupo B. Formado por 144 casos intervenidos por el mismo equipo quirúrgico que el grupo anterior, en un hospital sin servicio de Medicina Nuclear. En este caso la inyección del radiofármaco se realiza entre dos y tres horas antes de la cirugía.

En ambos grupos interviene un médico nuclear en la localización intraoperatoria del GC utilizando para la detección una sonda detectora de radiación gamma de similares características.

**Resultados:** identificación del ganglio centinela: 98,96% en grupo A y 98,62% en el B. Ganglios positivos: 53% en A y 58% en B. Ganglios negativos: 47% en A y 42% en B.

**Conclusiones:** según los resultados preliminares de nuestro estudio, la linfogammagrafía preoperatoria no mejora el porcentaje de identificación del GC durante la cirugía. Consideramos por tanto que el uso de la misma no debe ser rutinario.

En aquellos hospitales que no dispongan de Servicio Medicina Nuclear y cuenten con un número suficiente de casos y cirujanos con experiencia, pueden prescindir de ella.

### CO035. 13 AÑOS DE CIRUGÍA HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

**D. Cabañó-Muñoz, B. Sánchez-Pérez, J. Santoyo-Santoyo, F.J. León-Díaz, J.A. Pérez-Daga, M. Pitarch-Martínez, I. Mirón-Fernández, J.L. Fernández-Aguilar**

*Sección Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.*

**Introducción:** analizar la evolución RHL en los últimos 13 años (2004-2017) en una unidad de Cirugía HPB de referencia.

**Material y métodos:** analizamos esta cohorte prospectiva de pacientes en tres periodos marcados por las dos conferencias de consenso en cirugía hepática laparoscópica, la 1ª conferencia en 2008 de Louisville y la 2ª en Morioka en 2014. Por tanto, los tres grupos de estudio

son: 1º periodo de iniciación (2004-2008) que incluye 30 pacientes; 2º periodo de desarrollo (2009-2013), 36 RHL; y 3º un último periodo de consolidación (2014 marzo - 2017), 61 RHL.

**Resultados:** la media anual de RHL en los tres periodos fue de 6, 7 y 18, suponiendo el 12%, 13% y 32% respectivamente del total de resecciones hepáticas. La edad media de los pacientes en cada periodo fue de 55 años, 57 años, y 62 años respectivamente. En cuanto a la indicación de la RHL fue quística en 10 (30%), 13 (36%) y 9 (15%) casos respectivamente, patología maligna fueron 11 (36%), 18 (50%) y 51 (84%) casos, y las resecciones sobre cirrosis fueron 4 (13%), 7 (19%) y 12 (20%) respectivamente. Las resecciones mayores solo se llevaron a cabo en el 3º periodo (7 casos – 11,5%) y resecciones complejas 1 caso (3%) en periodo 1º, 2 (5%) en periodo 2º y 16 casos (26%) en el periodo 3º. Es decir, en el último periodo del estudio las RHL fueron en más del 37% mayores o complejas. Consiguientemente, la media del tiempo quirúrgico ha sido mayor a lo largo del tiempo (168 min, 183 min y 246 min). Sin embargo, la necesidad de transfusión fue similar en todos los grupos (10%) y el porcentaje de conversión fue del 13%, 14% y 8%. La tasa de complicaciones globales fue mayor en el último periodo (17%; 8%; 20%), si bien las complicaciones graves Clavien≥III disminuyeron en el 3ºP (7,3%; 2,6%; 2,1%). La mediana de la estancia en el 3ºP fue de 4 días respecto al 1º y 2º que fue de tres días.

**Conclusiones:** existe un aumento significativo y creciente del número, complejidad y las indicaciones de las resecciones hepáticas por vía laparoscópica en nuestra unidad.

### CO036. GRAM INTRAOPERATORIO PARA UNA PROFILAXIS INDIVIDUALIZADA.

L.C. Hinojosa-Arco, E. Corrales-Valero, J. Roldán-de la Rúa, L. Mora-Navas, G. Carranque-Chaves, L. Pico-Sánchez, R. de Luna-Díaz, M.Á. Suárez-Muñoz

*UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.*

**Introducción:** dentro de las complicaciones de la duodenopancreatectomía cefálica adquieren un papel primordial las de tipo infeccioso. Aunque se aceptan cefalosporinas de primera generación como profilaxis, consideramos que es necesario ajustar la misma para realizar una adecuada cobertura antibiótica.

**Material y métodos:** revisión de 50 pacientes intervenidos de patología de la región periampular entre 2014 y 2016. Se ha analizado la incidencia de complicaciones infecciosas postoperatorias, relacionándolas con la determinación de GRAM intraoperatorio, la profilaxis y tratamiento antibióticos empleados y la manipulación previa de la vía biliar.

**Resultados:** se realizó profilaxis con Cefazolina en el 60% de los casos, con Piperacilina-Tazobactam en el 35% y con Carbapenémicos en el 5%. Se determinó GRAM intraoperatorio en el 54% de los pacientes, condicionando alguna modificación antibiótica en el 20% de ellos.

El 34% de los pacientes presentaba manipulación previa de la vía biliar mediante CPRE o CPTH. De ellos, el 82% tuvo cultivo positivo, destacando la presencia de microorganismos como *Klebsiella*, *Enterobacterias*, *Pseudomona*, *Clostridium* o *Candida albicans*. El 20% de los pacientes sin manipulación previa presentó cultivo positivo, con *Streptococcus viridans* en la mayoría de ellos.

Aparecieron complicaciones infecciosas en el 20% de los pacientes. El 70% de las mismas ocurrieron en pacientes a los que no se les había determinado el GRAM intraoperatorio. De ellas, el 70% se correspondieron con cuadros de gravedad como shock séptico o sepsis de origen biliar. Solo el 30% del total de las complicaciones infecciosas ocurrieron en pacientes con ajuste del tratamiento según el GRAM intraoperatorio, siendo todas ellas infección del sitio quirúrgico y con consecuencias clínicas de menor relevancia.

**Conclusiones:** consideramos de gran importancia ajustar la profilaxis y el tratamiento antibiótico en cada caso para disminuir en las complicaciones infecciosas en este tipo de pacientes. Es por ello que en nuestro servicio hemos implementado el protocolo de profilaxis antibiótica según el resultado de GRAM intraoperatorio.

### CO037. PREVENCIÓN DE EVENTOS TROMBÓTICOS EN EL TRASPLANTE PANCREÁTICO: EXPERIENCIA TRAS CIENTO CASOS.

D. Cabañó-Muñoz<sup>1</sup>, J.A. Blanco-Elena<sup>2</sup>, M.C. Montiel-Casado<sup>2</sup>, J.A. Pérez-Daga<sup>2</sup>, J.M. Aranda-Narváez<sup>2</sup>; B. Sánchez-Pérez<sup>2</sup>, F.J. León-Díaz<sup>2</sup>, L. Romacho-López<sup>3</sup>, J. Santoyo-Santoyo<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. <sup>3</sup>UGC de Nefrología. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.*

**Introducción:** la trombosis vascular es la causa principal de pérdida precoz del injerto en el trasplante de páncreas (TP). En la literatura no existe un consenso sobre la profilaxis tromboembólica (PTE) en el TP.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo de 106 pacientes operados de TP de forma consecutiva desde enero de 2007 hasta diciembre de 2016. Se analizaron dos grupos en función de la PTE: Grupo HS tratado con heparina sódica postoperatoria, y el grupo HBPM tratado con heparina de bajo peso molecular administrada preoperatoriamente y tras 10 horas después del TP en dosis de 40-60 mg/día.

**Resultados:** en los grupos HS y HBPM se intervinieron 60 y 46 pacientes, respectivamente. En cuanto al donante, ambos grupos fueron comparables por edad (31 vs. 29), IMC (24 en ambos), sexo (varón 52% vs. 44%), causa de muerte por trauma (42% vs. 41%) y parada cardiorrespiratoria (88% vs. 82%). En el receptor sólo se encontraron diferencias en el tiempo de evolución de la DM (22 vs. 27 años), tiempo de isquemia fría (578 vs. 666 min) y caliente (65 vs. 58 min.). El trasplante tipo SPK fue realizado en proporción similar en ambos grupos. Trombosis ocurrió en 14 pacientes (13%), en 10 fueron totales. La trombosis venosa (TV) ocurrió en 9 pacientes. Se identificaron 7 TV en el grupo HS y 2 con HBPM, sin diferencias significativas. La reintervención por hemorragia ocurrió en 1 paciente en el primer grupo frente a 9 pacientes con HBPM (p=0,002). La hemorragia digestiva mostró tendencia estadística, siendo mayor en el grupo HBPM (6 vs. 10 pacientes). La trasplantectomía por trombosis vascular fue superior en el grupo con HS (10% vs. 9%) sin diferencia estadística. No hubo mortalidad postoperatoria. Según la clasificación de Dindo-Clavien, los pacientes del grupo HBPM presentaron mayor incidencia de complicaciones mayores (IIIb-IV).

**Conclusiones:** el uso de profilaxis con HBPM preoperatoria disminuye la trombosis venosa en nuestra serie, aunque no de forma estadísticamente significativa. Por contra, dicha profilaxis aumenta el

riesgo de hemorragia postoperatoria y mayor necesidad de cirugía por sangrado.

### CO038. PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE CMA EN CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA.

S. Mansilla-Díaz<sup>1</sup>, R. Gómez-Pérez<sup>2</sup>, N. Ávila-Soledad<sup>1</sup>, L. Pico-Sánchez<sup>1</sup>, B. García-García<sup>1</sup>, F.J. Fernández-García<sup>1</sup>, V. Scholz-Gutiérrez<sup>1</sup>, R. de Luna-Díaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>2</sup>Sección de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.

**Introducción:** el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres. En nuestro centro se intervienen en torno a 450 casos/año de patología mamaria. Pretendemos mejorar la calidad asistencial y optimizar los recursos sanitarios con la implementación de programas de CMA y Corta Estancia.

Analizar el cambio en la planificación y gestión en los últimos años en nuestra Unidad de Patología Mamaria.

**Material y métodos:** hemos analizado retrospectivamente desde el 1 de enero de 2016 hasta el 30 de marzo de 2017. Desde junio de 2016 el paso por Medicina Nuclear para detección del ganglio centinela es ambulatorio ingresando el mismo día de la cirugía por UCMA. Muchas de ellas son dadas de alta el mismo día.

**Resultados:** primer semestre de 2016 se intervinieron 334 pacientes (215 (64,4%) maligna, 119 (35,6%) benigna). El 30% fueron CMA. Estancia media total 0,99 días. Estancia media de patología maligna 1,45 días (0 días: 34%, 1 día: 23%, 2 días: 60,4%; 3 días: 1,4%).

Segundo semestre de 2016 se intervinieron 214 pacientes. El 15% fue CMA. Estancia media total 0,76 días. El 65,7% fue patología maligna, con una estancia media de 0,95 días (0 días 19%, 1 día 65%, 2 días 23%, 3 días >1%).

Primer trimestre de 2017 se intervinieron 129 pacientes, 96 (74,4%) cáncer de mama. El 42% CMA. Estancia media total 0,64 días. En patología maligna la estancia media ha sido de 0,77 días (0 días: 27%, 1 día: 69%, 2 días: 4%).

**Conclusiones:** hemos reducido la estancia media en 0,68 días el cáncer de mama en el último año. La cirugía del cáncer de mama se puede realizar de forma satisfactoria y segura siguiendo programas de CMA o corta estancia, sin que esto repercuta en la calidad asistencial y mejorando el uso de los recursos sanitarios.

### CO039. REVISIÓN DE ABSCESOS HEPÁTICOS.

E. Escalera-Pérez, J.L. Esteban-Ramos, E. Gutiérrez-Cafranga, C. Medina-Achirica, J.C. Listán-Álvarez, G. Salguero-Seguí, J.F. García-Molina

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz.

**Introducción:** realizar un algoritmo para el manejo del absceso hepático.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo de informes clínicos del Hospital del Jerez 2005-2016. Se incluyen 32 pacientes. Edad media 65 años (rango 38-85). 81% presentó fiebre. 34% requirió ingreso en UCI. Sólo uno de los casos fue un absceso múltiple (Tabla 1).

Se seleccionan los casos donde interviene Cirugía General e intentamos analizar si se ha realizado el tratamiento correcto en función de la

(CO039) Tabla 1. Casos destacados de AH.

	64	46	68	69
Edad	64	46	68	69
Sexo	M	M	M	H
AP	Colecistestomía Gastroplastia vertical y banda Scopinaro modificado IMC 43	Colecistectomía Cesárea Ingestión implante dental	Colecistectomía Obesidad	Colecistectomía Fístula biliar CPRE y prótesis
UCI	Sí	No	No	Sí
Absceso	9 cm LHD	7 cm LHI	6 cm LHI	20 cm LHD
Fracaso org.	Respiratorio Renal Sepsis	No	No	Respiratorio Renal Sepsis
Observaciones	Colonoscopia vertical Str. intermedius	Vómica EDG normal	Pancitopenia, FA Espina pescado EDG normal Str. constellatus	CPRE Necrosis AngioTAC OBS Tronco celiaco
Ingreso (días)	60	16	72	45
Exitus	No	No	No	No
D. percutáneo	Sí	No	Sí	Sí
Cirugía	Sí	No	No	Sí

base etiológica que lo ha provocado entre las que se incluyen cuerpos extraños, derivaciones biliopancreáticas etc.

**Resultados:** los abscesos hepáticos tienen criterio de drenaje. Concluimos con los siguientes ítems:

1. Se debe instaurar antioterapia empírica iv
2. Según el tamaño:
  - Abscesos  $\leq 5$  cm la aspiración simple  $\pm$  catéter.
  - Abscesos  $>5$  cm hay que dejar catéter percutáneo.
3. Recomendamos cirugía en:
  - Abscesos múltiples, lobulados y muy viscosos.
  - Enfermedad subyacente que requiera cirugía.
  - Falta de respuesta al tratamiento percutáneo  $>7$  días.

**Conclusiones:** debemos realizar aspiración simple para determinar el mecanismo etiológico. Si existe contaminación entérica debemos realizar colonoscopia. La quimioembolización, radiofrecuencia y las derivaciones biliopancreáticas son nuevas causas de AH. Las bilioenteroanastomosis son contraindicación de quimioembolización por el alto riesgo de desarrollar A.

#### CO040. REVISIÓN DE ABSCESOS HEPÁTICOS.

**E. Escalera-Pérez, J.L. Esteban-Ramos, E. Gutiérrez-Cafranga, J.D. Franco-Osorio, C. Medina-Achirica, J.C. Álvarez-Listán, G. Salguero-Seguí, F.J. García-Molina**

*UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz.*

**Introducción:** revisar las causas fundamentales de absceso hepático que han requerido cirugía en nuestro hospital en los últimos años.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo de informes clínicos del Hospital del Jerez 2005-2016 donde se incluyen todos los pacientes intervenidos de absceso hepático por el Servicio de Cirugía General.

No se excluye ninguno independientemente de la causa etiológica subyacente. Por lo general, los abscesos menores de 5 cm se trataron por parte del servicio de Digestivo y Radiología intervencionista con aspiración simple  $\pm$  colocación de catéter tipo Pigtail. En los mayores de 5 cm se dejó drenaje de forma rutinaria. Para los de origen litiasico se realizó CPRE inicialmente.

Fueron sometidos a cirugía los lo que presentaron mala evolución tras siete días desde el drenaje percutáneo, los que presentaban una enfermedad hepática subyacente que requiriera cirugía y los abscesos múltiples.

**Resultados:** se incluyen 32 pacientes con una edad media de 65 años (rango 38-85). El síntoma clínico predominante fue la fiebre  $>38^{\circ}\text{C}$  que estuvo presente en el 81% de los casos.

El 34% requirió ingreso en UCI. Sólo uno de ellos fue un absceso múltiple. El 28% de los pacientes (n=9) estaban colecistectomizados previamente. La causa fundamental de AH de los pacientes colecistectomizados 44% (4/9) fueron las complicaciones del árbol biliar.

La causa principal de los no colecistectomizados (65%) fue la colecistitis complicada. Entre las restantes causas se incluyen los cuerpos extraños, derivaciones biliopancreáticas, perforaciones, etc.

**Conclusiones:** es fundamental la punción percutánea para determinar el mecanismo etiológico e iniciar antibioterapia iv. La radiología intervencionista desplaza la cirugía a un segundo plano.

Consideramos que la cirugía debe ser electiva cuando se traten de abscesos múltiples, lobulados, muy viscosos o tras el fracaso del tratamiento médico.

#### CO041. VALOR DE AMILASA DE DRENAJE COMO PREDICTOR DE FÍSTULA PANCREÁTICA: NUESTROS RESULTADOS.

**C. Monje-Salazar, L. Pico-Sánchez, S. Mansilla-Díaz, F. Ramos-Muñoz, Y. Eslava-Cea, J. Roldán-de la Rúa, M.Á. Suárez-Muñoz; R. de Luna-Díaz**

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.*

**Introducción:** revisar nuestros resultados en cirugía pancreática, focalizando en la relación entre amilasa y fístula pancreática (FP) y sus complicaciones asociadas, con el fin de mejorar en nuestra actuación preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria.

**Material y métodos:** realizamos un estudio descriptivo retrospectivo que incluye a los pacientes sometidos a cirugía pancreática excluyendo pancreatectomía total entre 2015-2016. El análisis estadístico se realiza con sistema SPSS 22.

Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, localización del tumor, tipo de resección, diagnóstico anatomopatológico, amilasa en drenaje, complicaciones y estancia postoperatoria.

**Resultados:** se analizaron 29 pacientes: 15 varones (51,7%) y 14 mujeres (48,3%), con edad media de 64,66 años.

Se diagnosticaron 5 fístulas pancreáticas (17,2%): 80% grado A, y 20% grado B. De las complicaciones asociadas a la FP: 2 pacientes presentaron retraso en el vaciamiento gástrico, 2 desarrollaron colecciones intraabdominales y 1 shock séptico por dehiscencia de anastomosis. Todos los pacientes en el postoperatorio(PO) presentaron una amilasa en drenaje entre el primer y el tercer día  $\text{PO} >1.500$  U/l.

**Conclusiones:** aunque la mayoría de estudios realizados actualmente establecen el diagnóstico de FP en función de la amilasa en el drenaje a partir del tercer día PO, está surgiendo un nuevo planteamiento en el que su diagnóstico y tratamiento se establece en función de la amilasa en el 1º día PO.

El diagnóstico desde el primer día PO permite iniciar tratamiento precoz disminuyendo las complicaciones asociadas como la hemorragia o las colecciones intraabdominales.

Al descartar precozmente la presencia de FP, es posible una retirada temprana del drenaje, considerado por muchos autores factor predisponente para su desarrollo.

No existe consenso con la cifra de corte a partir de la cual se considera FP, y lo que es más importante, a partir de qué cifra en el primer día PO podemos asegurar que el paciente no desarrollará esta complicación, por lo que se necesitan más estudios.

#### CP042. ENDOMETRIOSIS APENDICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

B. García-García, L.C. Hinojosa-Arco, R. Soler-Humanes, F. Ramos-Muñoz, N. Martos-Rojas, L. Pico-Sánchez, S. Mansilla-Díaz, N.S. Ávila-García, R. de Luna-Díaz

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga.*

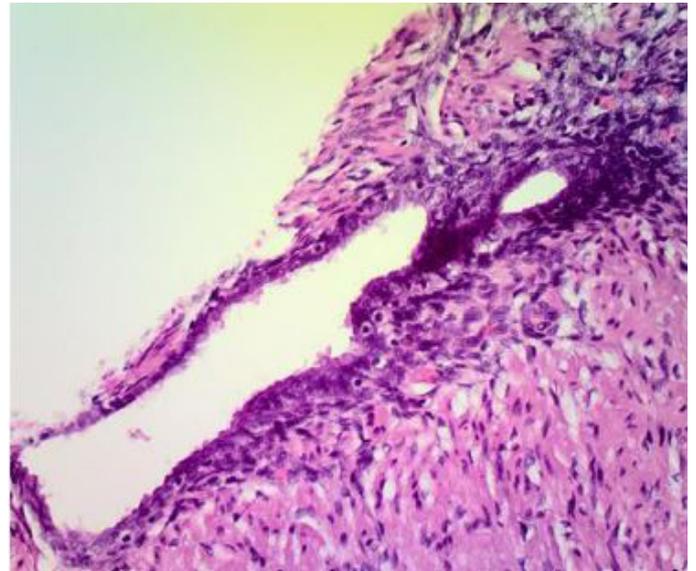
**Introducción:** La endometriosis es la presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad uterina, que afecta al 5-15% de las mujeres en edad reproductiva. Compromete órganos de la pelvis, pero se ha descrito en otras partes del cuerpo excepto el bazo. El intestino se ve afectado en un 3-37%, mientras que el apéndice sólo en un 0,8%.

A pesar de que tiende a presentar dolor pélvico crónico, la forma apendicular suele ser asintomática.

**Caso clínico:** mujer de 71 años con antecedentes de hipertensión e histerectomía y doble anexectomía (miomas), que acude por cuadro de dolor en FID de 24 horas de evolución. A la exploración, Blumberg+ a ese nivel. Se realiza analítica con leucocitosis y PCR de 50; y ECO abdominal sugestiva de apendicitis aguda junto con líquido interasas.

Ante los hallazgos, se realiza laparoscopia, en la que se aprecia apéndice flemonoso e íleon terminal congestivo, realizando apendicectomía. Buena evolución, con alta a las 48 horas. 24 horas después, acude por cuadro de íleo. Se realiza TAC abdominal, donde se observa dilatación de asas sin cambio de calibre. Se decide tratamiento conservador y de nuevo, buena evolución, y alta a los cinco días. El resultado histológico del apéndice fue de foco de endometriosis apendicular (**Figura 1**).

**Discusión:** aunque no hay establecida etiología, se han propuesto tres teorías: 1. Implantación, con la menstruación retrógrada desde el útero a la cavidad abdominal a través de las trompas de Falopio. 2. Metaplasia: células epiteliales celómicas, se activan en respuesta a la estimulación hormonal cíclica. 3. Metástasis sistémica: fragmentos de tejido endometrial embolizan sitios distantes a través de la circulación. Suele ser asintomática, y rara vez coincidente con el ciclo menstrual. El gold standard para su diagnóstico es la laparoscopia, que permite la visualización directa y la eliminación de las lesiones para la confirmación histológica. La evolución suele ser favorable.



(CO042) Figura 1

Examen histopatológico del apéndice mostrando glándulas endometriales y estroma en su tejido muscular.

#### CO043. CIERRE DE PILARES ASOCIADO A GASTRECTOMÍA TUBULAR LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES OM CON RGE: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA.

S. Martínez-Núñez, V. Camacho-Marente, M. Socas-Macías, S. Dios-Barbeito, A. Barranco-Moreno, I. Alarcón-del Agua, F. López-Bernal, F. Ibáñez-Delgado, J. Padillo-Ruiz, S. Morales-Conde

*UGC de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:** la indicación de gastroplastia tubular es controvertida en caso de RGE, dado el posible empeoramiento del mismo en el postoperatorio. Aun así, muchos autores proponen añadir algunos gestos técnicos, como el cierre de pilares, para minimizar su desarrollo.

Decidimos comparar la prevalencia de RGE pre y postoperatorio de pacientes sometidos a GTL, valorando tanto la clínica como las pruebas radiológicas y funcionales.

**Material y métodos:** estudio prospectivo de pacientes OM con RGE sometidos a GTL entre marzo y mayo de 2013. La presencia de RGE se evalúa mediante un cuestionario detallando presencia y gravedad del RGE, más necesidad de IBP. Asimismo, se realiza EGD preoperatorio y al año de la IQ, así como pHmetría y manometría preoperatoria y a los seis meses del PO. Tras la obtención de resultados se lleva a cabo un estudio piloto con 5 pacientes OM con RGE a los que se somete a GTL con cierre de pilares y hiatoplastia con malla de Bio-A, y en los que se analizan los mismos ítems.

**Resultados:** los 10 pacientes intervenidos mediante GTL convencional completaron el estudio. La puntuación de DeMeester media postoperatoria fue de 26,6 (6-64), y un único paciente presentó RGE severo en la pHmetría. Se objetivó HH+RGE en el EGD en un 80% de pacientes al año de la IQ. En el cuestionario, la puntuación media fue de 2,5 (1-5).

El estudio piloto incluyó a 5 pacientes. La puntuación de DeMeester media fue de 60,4 (37,20-98,20), y se objetivó RGE leve-moderado en la pHmetría en todos los pacientes incluidos. Un 66,7% de los pacientes presentaron RGE+HH en el EGD postoperatorio. En el cuestionario, la puntuación media fue de 2,2 (1-4). Ningún paciente ha precisado reintervención por RGE.

**Conclusiones:** en nuestra serie de pacientes intervenidos mediante GTL se detecta una prevalencia de RGE en pruebas radiológicas-funcionales superior al percibido por el paciente. No parece que la asociación de hiatoplastia mejore estos datos.

#### CO044. DISFAGIA EN LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO, CON O SIN MALLA.

P. de la Herranz-Guerrero, A. Cano-Matías, N. de los Reyes-Lopera, R. Pérez-Huertas, E. Domínguez-Adame Lanuza, F. Oliva-Mompeán

Departamento de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

**Introducción:** evaluar la presencia de disfagia tras cirugía antirreflujo con o sin colocación de malla.

**Material y métodos:** estudio prospectivo de 34 pacientes intervenidos por laparoscopia, con hernia hiatal de tamaño comprendido entre 5-8 cm, realizando cierre de pilares y funduplicatura Nissen por laparoscopia. En 17 casos con colocación de malla sobre el hiato y 17 sin colocación de malla, analizando sintomatología de disfagia, tras un seguimiento de dos años.

**Resultados:** la disfagia en el ingreso fue mayor en el grupo con malla (5 frente a 1) y presentaron disfagia al mes (8 con malla frente a 6), a los 3 meses (8 frente a 5 sin malla) y a los seis meses (5 frente a 3). Al año, la disfagia se mantenía en 4 con malla, frente a 1 y a los dos años 3 frente a uno. Tanto en los dos casos con disfagia y colocación de malla y la disfagia del paciente sin malla, se les realizó una dilatación neumática por el servicio de endoscopia con buenos resultados, no precisando cirugía.

**Conclusiones:** en nuestro estudio, la calidad de vida, la disfagia y la satisfacción del paciente, aunque comparables, fueron mejores en el grupo sin malla, por lo que se necesitan más estudios y valoración de recidivas y seguimiento a más largo plazo para indicar el uso rutinario de malla en la reparación de hernia hiatal.

#### CO045. PAPEL DE LA GRELINA EN LA HOMEOSTASIS DE LA GLUCOSA A TRAVÉS DE RECEPTORES PANCREÁTICOS EN UN MODELO DE CIRUGÍA METABÓLICA MALABSORTIVA PURA EN RATAS GK.

F.J. Campos-Martínez<sup>1</sup>, J.M. Salas-Álvarez<sup>1</sup>, A. Moreno-Arciniegas<sup>1</sup>, J. Falckenheiner-Soria<sup>2</sup>, D. Sánchez-Ruiz<sup>3</sup>, C. Montero-Peña<sup>3</sup>, A. Camacho-Ramírez<sup>1</sup>, A. Prada-Oliveira<sup>3</sup>, G. Pérez-Arana<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real. <sup>2</sup>UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Virgen de Las Montañas, Villamartín. <sup>3</sup>Departamento de Investigación. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

**Introducción:** valorar la implicación de la grelina, a través de la expresión de receptores de grelina (GHS) pancreáticos, en la

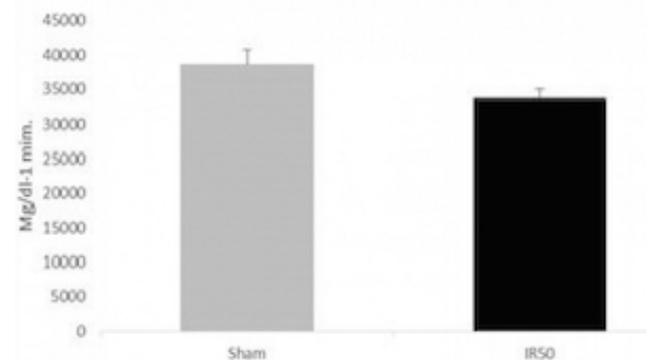
mejora del metabolismo hidrocarbonado en un modelo quirúrgico malabsortivo puro en ratas *Goto-Kakizaki* (GK).

**Material y métodos:** dos grupos experimentales en ratas GK macho normopeso (n=12): grupo control quirúrgico (Sham); y grupo quirúrgico malabsortivo (IR50), pareados aleatoriamente, mediante resección del 50% del intestino medio (yeyunectomía) y un seguimiento postoperatorio de cuatro semanas.

Test de Tolerancia Oral de Glucosa (TTOG) basal y al mes postquirúrgico, mediante determinación de glucemia basal y a los 15, 30, 60 y 120 minutos, tras administración por sonda orogástrica de glucosa al 40% (2 gr/Kg peso por rata).

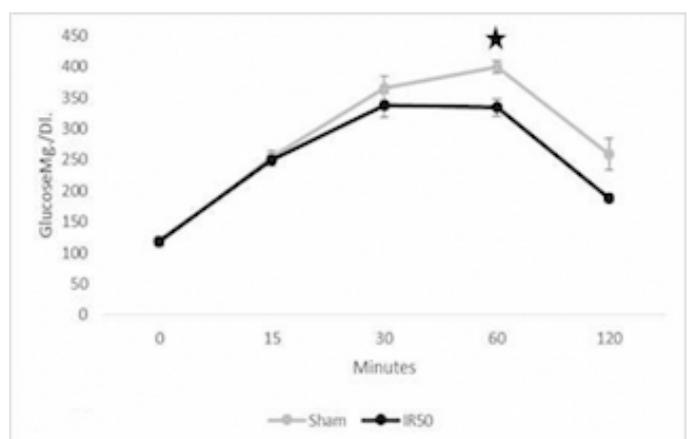
Determinación de la expresión pancreática de receptores GHS mediante estudio de inmunofluorescencia expresado mediante: Cel GHSr+/mm2ins+.

**Resultados:** no se encontraron diferencias significativas en el Área Bajo La Curva (ABC) del TTOG (Figura 1). Sin embargo, se observó una mejoría transitoria (minuto 60) en el grupo IR50 (Figura 2).



(CO045) Figura 1

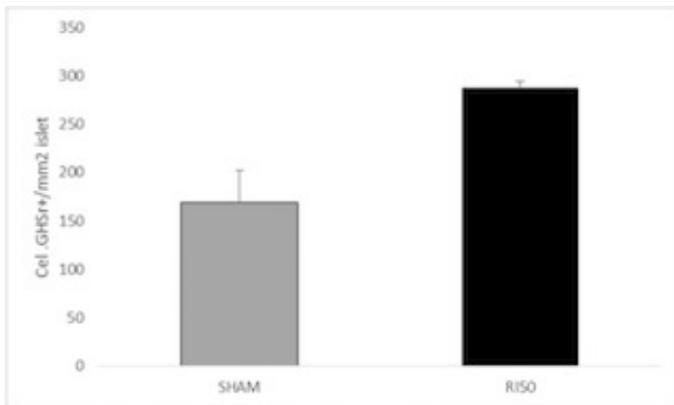
Relación del Área Bajo la Curva (mg/dL - 1 min) entre el grupo S y el grupo IR50 a las cuatro semanas.



(CO045) Figura 2

TTOG a las cuatro semanas de los grupos S e IR50.

La expresión de receptores GHS a nivel pancreático se encontró aumentada en el grupo IR50 respecto al grupo control, observándose diferencias estadísticamente significativas (Sham: 168,87 +32,95 cel GHSr+/mm2 ins+ // IR50: 287,47+7,34 cel GHSr+/mm2ins+) (p<0,05) (Figura 3).



(CO045) Figura 3

Expresión de receptores GHS pancreáticos en cada uno de los grupos (eje X) expresado como número de células GHSr+ / mm<sup>2</sup> ins+ (eje Y).

**Conclusiones:** la grelina es una enterohormona asociada fundamentalmente a la CBM del estómago diferenciándose hasta ahora completamente del intestino delgado. Nuestros resultados muestran un fenómeno cruzado: la resección del yeyuno provoca, bien por su exclusión o por la llegada de las secreciones y del bolo de manera precoz al íleon, un aumento de los receptores pancreáticos de grelina.

Diversos mecanismos pueden ser los implicados (enterohormonas, sales biliares, microbiota, sistema nervioso e incluso la ausencia de señales procedentes del yeyuno extirpado o del íleon). Se abre, por tanto, un nuevo campo para desvelar este nuevo hallazgo.

#### CO046. RESULTADOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HUPM CÁDIZ DE 2012-2016.

M.A. Mayo-Ossorio, J.M. Pacheco-García, J. Varela-Recio, M. Fornell-Artiza, C. Peña-Barturen, S. Ayllón-Gámez, S. Roldán-Ortiz, E.M. Sancho-Maraver, J.L. Fernández-Serrano

UGC de Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

**Introducción:** la obesidad es una patología emergente, crónica multifactorial asociada al incremento de riesgo de diabetes y enfermedad cardiovascular. El tratamiento quirúrgico es un pilar fundamental y mas hoy en día con el empleo de abordajes mínimamente invasivos. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz desde 2012 a 2016.

**Material y métodos:** durante un periodo de cuatro años se han intervenido 213 pacientes de obesidad mórbida en nuestro medio. Todos los pacientes cumplieron el protocolo establecido por la comisión multidisciplinar de nuestro centro. Los pacientes intervenidos fueron: 137 mujeres y 76 hombres, con edad media de 44 años (23-67 años), y un IMC medio de 48,50 Kg/m<sup>2</sup> (32,9-73 Kg/m<sup>2</sup>). Se han realizado 200 gastrectomías verticales, 10 bypass gástricos y 3 cirugías de revisión. El abordaje fue laparotómico en 4 bypass gástricos y en una cirugía de revisión y en el resto de los 208 casos fue laparoscópico.

**Resultados:** en cuanto a complicaciones quirúrgicas, presentaros complicaciones precoces el 3,1%, 5 fugas (2,58%) y un hemoperitoneo

(0,52%) y complicaciones tardías 6,2% (vómitos, infección herida, estenosis). En cuanto a las modificaciones antropométricas fue la siguiente: Peso (Kg) 89,95±15,68. IMC 32,58±5,51. Porcentaje de sobrepeso perdido (PSP) 76,61±18,46. Los resultados en porcentaje de resolución de las comorbilidades fue: hipertensión arterial resolución 69,63%, diabetes mellitus tipo 2 resolución con 85,71%, dislipemia resolución con 77,7%, SAOS resolución del 100%. La mortalidad fue del 0,46% (una gastrectomía vertical).

**Conclusiones:** la cirugía bariátrica ha demostrado su eficacia en cuanto a pérdida ponderal (PSP a los 2 años 75%), resolución de las comorbilidades, con una morbilidad global menor del 7% y mortalidad menor del 1%. Nuestros resultados a 3 años de la cirugía y teniendo en cuenta los estándares de calidad del consenso SEEDO-SECO, en cuanto a pérdida ponderal, resolución de las comorbilidades, morbilidad y una mortalidad, pensamos que son adecuados, aunque tendremos que hacer un seguimiento a más largo plazo.

#### CO047. UTILIDAD DEL F18-FDG PET/TC EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA NEOADYUVANTE EN EL CÁNCER DE ESÓFAGO.

D. Cabañó-Muñoz, F.J. Moreno-Ruiz, C. Montiel-Casado, A. Rodríguez-Cañete, L. Romacho-López, M. Pitarch-Martínez, J. Santoyo-Santoyo

Sección de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** el estudio trata de correlacionar el SUVmax previo a la neoadyuvancia y la disminución del mismo tras la terapia neoadyuvante con el grado de regresión histológico.

**Material y métodos:** se realiza un estudio descriptivo de los pacientes con diagnóstico de cáncer de esófago que se atienden en la unidad de cirugía del Hospital Regional Universitario de Málaga. Para el estadiaje de estos pacientes se precisó de la realización de una ecoendoscopia, TC y F18-FDG PET/TC.

**Resultados:** los datos fueron recogidos de manera prospectiva desde abril de 2015 a abril de 2017 con un total de 39 pacientes cuya edad media era de 61 años. El 59% eran adenocarcinoma y el 41% eran epidermoides. El 64% eran distales y el 36% eran de localización media o cervical. 22 pacientes fueron sometidos a quimiorradioterapia neoadyuvante de los cuales recibieron cirugía 17 de ellos. La media en el índice SUVmax previo a la neoadyuvancia es de 12,5 (rango 3,4-28,9). Se compara el SUVmax previo a la cirugía con el grado de regresión histológico agrupando regresión total y parcial en un grupo y la ausencia de regresión en otro. La media del SUVmax en pacientes con ausencia de regresión es de 7,75 mientras que en los que ha habido regresión es de 14,28 (p=0,007). Se estudió también la disminución del SUVmax tras la terapia neoadyuvante comparándolo con el grado de regresión, no encontrando diferencias estadísticamente significativas (media del grupo con ausencia de remisión 47,81%, media del grupo con regresión total o parcial 71,83%, p=0,96).

**Conclusiones:** con este estudio llegamos a la conclusión que los pacientes con un SUVmax elevado en el estudio previo a la neoadyuvancia responden mejor a la quimiorradioterapia que los pacientes con una captación baja en el F18-FDG PET/TC y, por lo tanto, esto se traduce en una regresión total o parcial en la pieza quirúrgica.

## CO048. VALIDEZ DIAGNÓSTICA DE LOS TESTS CLÍNICOS PARA LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESFÁGICO EN PACIENTES OBESOS.

L. Navarro-Morales, E. Perea-del Pozo, T. Yang, I. Alarcón-del Agua, A. Barranco-Moreno, M. Socas-Macías, F. López-Bernal, J. Padillo-Ruiz, S. Morales-Conde

*Sección de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Introducción:** diferentes tests clínicos para el diagnóstico de Reflujo gastroesofágico (RGE) han demostrado su validez para el diagnóstico y seguimiento en atención primaria, como el Reflux Disease Questionnaire (RDQ) o el Gastroesofageal-Reflux Impact Scale (GIS). El RGE es un problema prevalente en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Hemos decidido realizar este estudio con el fin de evaluar la correlación entre los resultados del cuestionario GIS y RDQ, y las características manométricas y presencia de RGE patológico mediante la pHmetría de 24 horas en un grupo de pacientes con obesidad.

**Material y métodos:** análisis de 151 pacientes consecutivos, 102 en estudio para cirugía bariátrica y 49 con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Todos los pacientes completaron las versiones de RDQ y GIS validadas para castellano. Estos datos fueron comparados con los obtenidos en la pH/manometría realizada a todos los pacientes.

**Resultados:** la media de RDQ, GIS y DeMeester fue 1,9, 1,2 y 45,3 respectivamente en grupo Bariátrico, frente a 3, 2,29 y 57,8 en grupo RGE con  $p < 0,05$ . El coeficiente de correlación entre el DeMeester y demás valores de pH/manometría con respecto a los test de GIS y RDQ (divididos según pirosis, regurgitación y dispepsia) no fueron estadísticamente significativos. La mayor correlación se obtuvo entre RDQ-A (pirosis) y el DeMeester entre los valores de GIS y RDQ (coeficiente de correlación de 0,28). No se observó correlación entre IMC y valores de RDQ, GIS o pHmetría (coeficiente de correlación de 0,3 para pacientes bariátricos y de 0,23 para ERGE).

**Conclusiones:** el diagnóstico de RGE mediante RDQ/GIS no muestra validez al ser aplicados a pacientes bariátricos en comparación con pruebas diagnósticas objetivas.