

## Especial XV Congreso de la ASAC

### Comunicaciones videoforum

#### VF001. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LOS SEGMENTOS POSTERIORES HEPÁTICOS CON TROCAR INTERCOSTAL.

N. Martos-Rojas, J.F. Roldán de la Rúa, F. Ramos-Muñoz, L. Pico-Sánchez, E. Corrales-Valero, C. Monje-Salazar, N. Ávila-García, S. Mansilla-Díaz, L.C. Hinojosa-Arco, J.L. Cuba-Castro, B. García-García, Y. Eslava, R. de Luna-Díaz, M.Á. Suárez-Muñoz

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

**Introducción:** la resección laparoscópica de los tumores hepáticos es una técnica segura y efectiva. Sin embargo, los segmentos posterosuperiores derechos, y en particular el segmento 7, presentan un abordaje laparoscópico técnicamente difícil, debido a la visión limitada por las costillas y el diafragma, conllevando elevadas tasas de reconversión a cirugía abierta y márgenes insuficientes. Nuestro objetivo es proponer la colocación de trocares intercostales transdiafragmáticos para solucionar este obstáculo anatómico y conseguir una resección segura.

**Caso clínico:** exponemos el caso de un hombre de 60 años, diagnosticado de adenocarcinoma de 5 cm de recto, tratado con radioterapia y posterior resección anterior baja laparoscópica con ileostomía de protección, con resultado anatomopatológico pT3N1aM0. Durante su seguimiento presentó elevación de marcadores tumorales y aparición en TC de abdomen y RMN hepática de una LOE hepática de 2 cm en borde posterior de segmento 7, sugestiva de metástasis de adenocarcinoma. Se planteó un abordaje laparoscópico en decúbito lateral izquierdo con 5 puertas de entrada (tres de 12 mm y dos de 5 mm). Los trocares se situaron en región subcostal derecha, línea media axilar derecha y en noveno espacio intercostal derecho, lo cual nos permitió una visualización directa de la lesión y la resección hepática limitada al segmento 7. La pieza se extrajo por el puerto de 12 mm subcostal ampliado. Para el cierre del trocar transtorácico de 5 mm se utilizó una sutura V-Lock, previa insuflación pulmonar. No se dejó drenaje intraabdominal ni torácico. El paciente fue dado de alta a las 48 horas sin complicaciones. La anatomía patológica confirmó la presencia de metástasis de adenocarcinoma con márgenes quirúrgicos libres.

**Discusión:** El uso de trocares intercostales para el abordaje laparoscópico de lesiones hepáticas en segmentos posteriores es seguro, efectivo y reduce la tasa de conversión a cirugía abierta.

#### VF002. ABORDAJE LATEROCERVICAL DE RECIDIVA RETROHIOIDEA DE CANCER PAPILAR DE TIROIDES.

S. Nicolás-de Cabo, M. Ribeiro-González, C. Jiménez-Mazure, I. Pulido-Roa, J. Turiño-Luque, I. Mirón-Fernández, M. Pitarch-Martínez, J. Santoyo-Santoyo

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

**Introducción:** presentamos un caso excepcional de recidiva retrofaringea en Ca. papilar de tiroides.

**Caso clínico:** mujer, 38 años con cáncer papilar de tiroides (CPT): T3N1bM0, tratado mediante tiroidectomía total, vaciamiento central y lateral derecho y I131 a dosis ablativa. Reintervenida por recidiva central derecha en compartimento VI e I131. Seguimiento con rastreos con Radio Yodo y niveles de tiroglobulina. Recientemente nueva recidiva detrás del cuerno posterior del hioides, retrofaringea. Se trata con enolización en dos ocasiones, pero ante elevación de tiroglobulina y diagnóstico de metástasis CPT persistente pese a enolización y Radio Yodo, se decide cirugía. Intraoperatoriamente se aborda el compartimento central derecho y retrofaringeo por vía laterocervical lo que facilita notablemente la disección. Exéresis sin incidencias tras disección carotídea y control vascular. Neuromonitorización del nervio vago manteniendo intensidad de señal. Anatomía patológica: Adenopatía (2,6x1,6 cm) con infiltración masiva de carcinoma papilar de tiroides, con afectación capsular. La paciente está en seguimiento por M. Endocrina y libre de enfermedad.

**Discusión:** es conocida la tendencia a la diseminación ganglionar del CPT, siendo los compartimentos cervicales lateral y central los más frecuentes. La recidiva retrofaringea se encuentra sólo entre el 0,45-0,08%. La mayoría de los casos presenta tumor primario ipsilateral y adenopatías en la cadena yugular superior. Esto sugiere un drenaje linfático de la parte superior del tiroides como causante de la misma. El Diagnóstico debe realizarse por TC, pudiendo asociar ECO, PAAF y PET. La cirugía es efectiva a largo plazo, influyendo en el pronóstico de la enfermedad. La vía de acceso más utilizada es la transcervical, siendo la laterocervical una buena alternativa a considerar en pacientes multioperados.

### VF003. DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN PACIENTE CON ARTERIA HEPÁTICA DERECHA REEMPLAZADA PROCEDENTE DE MESENTÉRICA SUPERIOR.

**M.Á. Suárez-Muñoz; J. Roldán-de la Rúa, Y. Eslava-Cea, L.C. Hinojosa-Arco, E. Corrales-Valero, N. Martos-Rojas, D. Osorio-Fernández, R. de Luna-Díaz**

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

**Introducción:** las variaciones anatómicas de la irrigación arterial hepática son frecuentes y su identificación es de especial importancia en pacientes que van a ser sometidos a resección pancreática.

**Caso clínico:** mostramos en el vídeo el caso de un paciente de 61 años de edad que presentaba una ictericia obstructiva secundaria a una neoplasia de colédoco distal. La TAC preoperatoria mostraba la existencia de una arteria hepática derecha procedente de la arteria mesentérica superior no existiendo hepática derecha procedente de tronco celiaco (hepática derecha reemplazada). El vídeo corresponde exclusivamente a la fase exerética de la duodenopancreatectomía cefálica. Tras amplia maniobra de Kocher se aisló con lazo vascular la arteria mesentérica superior. Se aislaron también la arteria hepática derecha a nivel retrocoledociano y la arteria hepática izquierda, de la que nacía la gastroduodenal. En estos casos de hepática derecha reemplazada, es importante disecar un segmento largo de arteria gastroduodenal, por si fuera necesario realizar una anastomosis entre la misma y la hepática derecha en caso de que ésta se encontrara afectada por el tumor. Tras la sección de duodeno y cuello del páncreas, identificamos una importante reacción desmoplásica entre la cara posterior de la vena porta y la zona tumoral, lo que obligó al aislamiento con lazos vasculares de todo el sistema venoso regional para poder realizar una liberación segura de la vena porta. Se prosiguió la disección en sentido proximal de la hepática derecha, hasta llegar a su origen en la mesentérica superior. Una vez liberada por completo y realizada la decusación duodenal, se extrajo la pieza quirúrgica. Las pérdidas hemáticas fueron mínimas, no precisó transfusión de hemoderivados, y el paciente fue dado de alta al octavo día postoperatorio sin complicaciones.

### VF004. NUESTRA PRIMERA HEPATECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA.

**M.Á. Suárez-Muñoz, J. Roldán-de la Rúa, Y. Eslava-Cea, A.M. Caffarena López-Hermida, L.C. Hinojosa-Arco, J.L. Cuba-Castro, C. Monje-Salazar, E. Corrales-Valero, D. Osorio-Fernández, R. de Luna-Díaz**

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

**Introducción:** la realización de nuestra primera hepatectomía derecha laparoscópica nos sirve como motivo de reflexión para revisar cuáles han sido los pasos progresivos que hemos dado hasta alcanzar dicho objetivo.

**Caso clínico:** presentamos en el vídeo el caso de una paciente de 22 años de edad con una masa de 65 mm localizada en lóbulo hepático

derecho, en la que los estudios diagnósticos no pudieron filiar de forma precisa su etiología. La paciente se colocó en posición francesa, con elevación del hemitórax derecho en torno a 30º, y se colocaron cinco trocares en total. Los pasos seguidos fueron: 1) movilización del lóbulo derecho, 2) identificación de vena hepática derecha a nivel suprahepático, 3) sección de arteria y conducto císticos, 4) disección y clipaje de arteria hepática derecha, 5) disección y clipaje de vena porta derecha, 6) inicio de la transección hepática a nivel de la línea de demarcación isquémica, 7) disección intraparenquimatosa de vía biliar derecha con sección de la misma mediante aplicación de grapadora con carga vascular, 8) sección del lóbulo caudado y progresión de la sección parenquimatosa a nivel de cara anterior de vena cava inferior, 9) sección con grapadora vascular de la vena hepática derecha, 10) extracción de la pieza en bolsa a través de incisión sobre cicatriz de laparotomía media infraumbilical por cirugía previa (resección de teratoma pélvico), 11) revisión de hemostasia y bilistasia, 12) colocación de drenaje de Blake Nº 15 subfrénico derecho y extracción controlada de los trocares. El tiempo quirúrgico fue de 420', las pérdidas hemáticas aproximadas 400 mL sin necesidad de transfusión y la estancia hospitalaria fue de cinco días, sin presentar incidencias de mención. El diagnóstico patológico definitivo fue de adenoma esteatósico.

### VF005. RESECCIÓN HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA GUIADA POR ARPÓN.

**M.Á. Suárez-Muñoz; J. Roldán-de la Rúa, Y. Eslava-Cea, A.M. Caffarena López-Hermida, J.L. Cuba-Castro, C. Monje-Salazar, F. Ramos-Muñoz, R. de Luna-Díaz**

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

**Introducción:** al igual que en otros ámbitos de la cirugía, el abordaje laparoscópico se está convirtiendo en habitual para el tratamiento de lesiones hepáticas

**Caso clínico:** presentamos en el vídeo el caso correspondiente a un paciente de 74 años de edad que presentaba una metástasis hepática metacrónica, localizada en el segmento V, de 26 mm de diámetro. Debido a la no disponibilidad de ecografía intraoperatoria, decidimos realizar el marcaje de la lesión mediante la inserción de un arpón por vía percutánea. El día de la intervención, una vez anestesiado el paciente, se realizó ecografía percutánea y colocación de dos arpones a nivel de la lesión. Tras ello se inició de la intervención quirúrgica mediante colocación de trocar de Hasson (el paciente era portador de una ileostomía en flanco derecho y tenía una cicatriz de laparotomía media correspondiente a la cirugía del tumor primario), introducción de la óptica y visualización de arpón introducido en la superficie hepática. Se procedió a la delimitación de los límites de la resección hepática, incluyendo margen de seguridad, colocación de cinta para maniobra de Pringle y realización de resección hepática empleando bisturí harmónico y coagulación bipolar para la hemostasia de la transección y empleando un total de 45 minutos de clampaje hiliar intermitente. Las pérdidas hemáticas fueron inferiores a 100 mL, no se dejó drenaje abdominal ni se empleó material de hemostasia alguno. La pieza se extrajo en bolsa de espécimen ampliando el orificio del trocar de Hasson. El paciente fue dado de alta a las 48 horas de la intervención sin incidencias.

## VF006. HEPATECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA.

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

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

**Introducción:** la técnica quirúrgica de la resección hepática laparoscópica se caracteriza por tener una complejidad importante determinando una curva de aprendizaje prolongada. Un pilar fundamental es el uso de la ecografía intraoperatoria laparoscópica (EIOL).

**Caso clínico:** varón de 65 años con antecedentes personales de HTA y cirrosis por VHB. Como antecedentes quirúrgicos operado hace un año de resección hepática limitada de segmento VI por vía laparoscópica con diagnóstico anatomopatológico de hepatocolangiocarcinoma. Se presenta el vídeo de una hepatectomía izquierda laparoscópica en un paciente con recidiva de hepatocolangiocarcinoma. Tras un año de cirugía, el paciente, con antecedentes descritos previamente, presenta recidiva con tres LOEs hepáticas en segmentos II-III y IV. Se describe minuciosamente en el vídeo los pasos seguidos en la laparoscopia, el control vascular del hilio hepático con maniobra de prongle así como la utilización de la ecografía intraoperatoria laparoscópica para la adecuada visualización de elementos biliovasculares. Se realiza el abordaje del hilio hepático para identificación del pedículo portal izquierdo y arteria hepática izquierda. La transección hepática se lleva a cabo mediante diferentes dispositivos de sellado, corte, electrocoagulación y cavitación con sección entre clips de ramas venosas, prestando especial cuidado en la sección de la vena suprahepática izquierda. Tras la extracción de la pieza a través de una minilaparotomía de asistencia, se comprueba la correcta hemostasia y biliostasia.

**Discusión:** la cirugía hepática laparoscópica ha evolucionado rápidamente en los últimos años, desde técnicas más sencillas como la fenestración hasta técnicas de alta complejidad como son las resecciones hepáticas mayores.

## VF007. LOBECTOMÍA TIROIDEA TRANSAXILAR VIDEOASISTIDA. TÉCNICA QUIRÚRGICA.

**J. Vilaca, L.T. Ocaña-Wilhelmi, E. Corrales-Valero, E. Glückmann-Maldonado, L. Pico-Sánchez, R. Soler-Humanes, E. Sanchiz-Cárdenas, R. de Luna-Díaz**

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

**Introducción:** presentamos el caso de una paciente de 34 años sin antecedentes de interés, diagnosticada de nódulo en el lóbulo tiroideo izquierdo. En el estudio se observa nódulo único sólido con foco coloideo de 13 mm clasificado como TIRADS 3 y con anatomía patológica mediante PAAF clasificada como Categoría IV de Bethesda, por lo que se decide intervención quirúrgica.

**Caso clínico:** la posición de la paciente es con la cabeza girada hacia el lado contrario a la lobectomía evitando pliegues cutáneos cervicales. Tres trocares; uno de 12 mm situado en el pliegue axilar que se introduce por encima del músculo pectoral mayor. Se realiza la insuflación de aire a presión de 8mmHg, y se introducen dos trocares de 5mm situados en la axila y periareolar. Se accede a la celda tiroidea

por encima del esternocleidomastoideo, respetando la musculatura pretiroidea arriba. Tras abordar el tiroides se procede a la disección del pedículo superior tal coagulando y seccionando el mismo con pinza de coagulación Ultrasonic Harmonic. La localización del nervio recurrente se realiza traccionando hacia arriba del tiroides, lo que proporciona una buena visión de la entrada del nervio a la tráquea y una correcta disección del tiroides del plano traqueal. Se realizó neuromonitorización del nervio tanto previo como posterior a la lobectomía para comprobar la integridad del mismo. Ambas glándulas paratiroides fueron visualizadas y respetadas. Se dejó un drenaje no aspirativo que se retira de forma ambulatoria al tercer día. El tiempo quirúrgico fue 75 min.

**Discusión:** la tiroidectomía por vía cervical es una cirugía poco invasiva, pero produce secuelas estéticas poco deseables por lo que hoy en día se está implementando la utilización de técnicas con menos cicatrices. En el caso de la vía de abordaje endoscópica transaxilar, opinamos que es una vía reproducible por cirujanos entrenados en laparoscopia; además de precisar únicamente de material laparoscópico básico.

## VF008. METASTASECTOMÍA HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA.

**E. Fernández-Segovia<sup>1</sup>, J. Triguero-Cabrera<sup>2</sup>, N. Zambudio-Carroll<sup>1</sup>, T. Villegas-Herrera<sup>2</sup>, T. Torres-Alcalá<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Granada, Granada. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario de Granada, Granada.*

**Introducción:** el hígado es el principal órgano afectado por las metástasis del cáncer colorrectal. En 2/3 de los casos existe enfermedad diseminada en otros órganos, pero cerca del 30% de los pacientes tiene afectación hepática como única localización. En estos casos, la resección quirúrgica es el único tratamiento que ha demostrado mejorar la supervivencia a largo plazo.

**Caso clínico:** varón de 36 años sin antecedentes. Estudiado por anemia ferropénica es diagnosticado de neoplasia de recto. En estudio de extensión es catalogado de T3N1M0, por lo que inicia terapia con radio y quimioterapia neoadyuvantes. Posteriormente es intervenido realizándose resección anterior de recto laparoscópica.

En control tras finalizar la quimioterapia adyuvante se detecta lesión hepática de 13 mm en segmento V, sugerente de metástasis de adenocarcinoma. Se completa estudio con RMN y PET que confirmar dicho hallazgo.

Dado que es una lesión única, pequeña y anterior se decide un abordaje laparoscópico, que transcurre sin incidencias.

Tras la intervención el paciente presentó una evolución favorable. Fue dado de alta el segundo día postoperatorio. Tras seis meses de seguimiento no ha presentado complicaciones. Actualmente continúa con controles en Oncología Médica.

**Discusión:** la resección hepática laparoscópica constituye una técnica que ha experimentado un gran desarrollo en los últimos años. Las indicaciones han aumentado a lo largo del tiempo, comenzado desde lesiones benignas hasta lesiones malignas actualmente. Sus principales limitaciones son el riesgo de embolia gaseosa, dificultad en el control del sangrado y accesibilidad en segmentos posteriores. Las principales ventajas son menor dolor postoperatorio y, por tanto, menor uso de analgesia; menor tiempo de ingreso, inicio temprano

de tolerancia oral y menos complicaciones de herida quirúrgica. En cuanto a los resultados oncológicos no parece haber diferencias con respecto a la técnica abierta, no obstante, aún son necesarios estudios randomizados que comparen ambos abordajes.

### VF009. PARATIROIDECTOMÍA RADIOGUIADA: UN RECURSO EN EL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO PERSISTENTE.

**M. Pitarch-Martínez, C. Jiménez-Mazure, M. Ribeiro-González, I. Pulido-Roa, J.D. Turiño-Luque, D. Cabañó-Muñoz, I. Mirón-Fernández, J. Santoyo-Santoyo**

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

**Introducción:** el hiperparatiroidismo primario está causado habitualmente por adenomas paratiroides únicos o múltiples, cuya localización puede ser ectópica hasta en un 20% de los casos. No obstante, un adecuado estudio de imagen preoperatorio permite realizar en la mayoría de los pacientes una paratiroidectomía mínimamente invasiva.

Ante un hiperparatiroidismo persistente se plantea el reto de realizar una técnica quirúrgica exitosa sin aumentar la morbilidad; en este contexto aparece la cirugía paratiroidea radioguiada.

**Caso clínico:** mujer de 41 años, diagnosticada de hiperparatiroidismo primario en clínica extrahospitalaria, con estudio mediante ecografía y gammagrafía que coinciden identificando un adenoma paratiroideo inferior derecho de 16 mm. Se interviene de forma programada realizándose una exploración cervical derecha; tras no identificar una glándula paratiroidea claramente anómala y sin disponer de determinación de PTH intraoperatoria, se reseca una glándula paratiroidea con resultado anatomopatológico de normalidad y persistencia de alteraciones analíticas tras la cirugía. Posteriormente es derivada a nuestro centro, donde se completa estudio con SPECT identificando un adenoma paratiroideo ectópico de 25 mm en localización prevertebral tras el paquete vascular carotídeo-yugular derecho. Para garantizar las posibilidades de éxito de la cirugía se realiza una paratiroidectomía radioguiada: la búsqueda del adenoma es guiada mediante sonda de captación nuclear, finalmente hallado encontrado en la zona descrita en el SPECT. Posteriormente se comprueba ausencia de señal residual en el resto del campo, además de objetivar un descenso de PTH postexéresis. Postoperatorio sin incidencias, con normalización de valores analíticos en el seguimiento.

**Discusión:** La paratiroidectomía radioguiada es una técnica sencilla y reproducible. Su beneficio es claro en las reintervenciones y en adenomas ectópicos, casos en los que facilita el abordaje y disminuye el tiempo quirúrgico, además de verificar la retirada completa del adenoma mediante la medición de señal ex vivo y la comprobación del lecho.

### VF010. ABORDAJE COMBINADO MINIMAMENTE INVASIVO, LAPAROSCOPIA-ENDOSCOPIA-TRANSANAL POR TUMOR SINCRONICO DE CIEGO Y RECTO.

**A. Suárez-Cabrera, J. ValdésHernández, F. del Río-Lafuente, J. Cintas-Cátena, J.C. Gómez-Rosado, C. Torres-Arcos, F. Oliva-Mompeán, L. Capitán Morales**

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

**Introducción:** presentamos un caso de tumor sincrónico de ciego y recto en el que se decide abordaje mínimamente invasivo combinado: cequectomía laparoscópica guiada por endoscopia y cirugía transanal.

**Caso clínico:** mujer de 71 años con antecedentes familiares de cáncer de colon, mama, vejiga y páncreas, remitida a nuestras consultas tras los hallazgos en colonoscopia que se realiza por rectorragias. Se objetiva pólipo de 2,5 cm en fondo de ciego y otro en recto de 3 cm a 5 cm del margen anal, ambos con diagnóstico de displasia focal de alto grado según el estudio anatomopatológico.

Se decidió cequectomía laparoscópica asistida por endoscopia y TAMIS. Durante la cirugía se tutorizó la válvula ileocecal con el endoscopio para asegurar su permeabilidad y evitar posibles estenosis a este nivel. Posteriormente se reseccó la lesión rectal por TAMIS.

**Discusión:** planteamos el caso de una paciente con múltiples antecedentes familiares de carcinoma, que presenta dos pólipos con displasia focal de alto grado, por lo que se decide abordaje mínimamente invasivo combinado de ambas lesiones.

### VF011. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA.

**E. Perea-del Pozo, I. Alarcón-del Agua, A. Senent-Boza, A. Barranco-Moreno, M. Socas-Macías, S. Martínez-Núñez, J. Padillo-Ruiz, S. Morales-Conde**

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

**Introducción:** las reparaciones herniarias mediante técnica laparoscópica ya sea mediante la técnica preperitoneal (TEP) o accediendo a la cavidad peritoneal y abriendo el peritoneo (TAPP) se han extendido ampliamente tras demostrar su utilidad en esta patología tan prevalente disminuyendo el dolor postoperatorio y mejorando la incorporación a la vida diaria. Del mismo modo actualmente se recomienda el abordaje laparoscópico en recidivas herniarias, sin embargo, queda pendiente analizar su utilidad en las complicaciones producidas por la cirugía abierta. Pretendemos documentar un video en el cual se soluciona por abordaje laparoscópico una fístula enterocutánea.

**Caso clínico:** presentamos el caso de un paciente de 73 años con hiperplasia benigna de próstata, diagnosticado de Parkinson precoz, SAOS y EPOC. El paciente es intervenido de urgencias por vía abierta de hernia crural estrangulada practicando una hernioplastia con colocación de plug y resección de segmento de yeyuno de 20 cm por isquemia hace dos meses, en el postoperatorio precoz presenta complicación de herida quirúrgica con infección de la misma y supuración de contenido intestinal. Se diagnostica mediante TAC de fístula enterocutánea por adherencia de anastomosis intestinal a malla en orificio inguinal interno. Se decide exploración laparoscópica diseccionando el segmento adherido a la malla, siendo necesario la resección del asa intestinal afecta realizando una nueva anastomosis de intestino delgado vía intraabdominal laparoscópica, para posteriormente realizar una sutura en bolsa de tabaco para ocultar la malla expuesta. Posteriormente se realiza por vía anterior la retirada

de la malla, confirmando la continencia de la pared, dejando la herida abierta para cicatrización por segunda intención.

**Discusión:** la valoración laparoscópica en casos complejos permite una evaluación intraabdominal de la situación del estado del problema permitiendo actuar en consecuencia y plantear una mejor estrategia para la resolución del problema, especialmente en complicaciones derivadas del abordaje anterior de la hernia.

### VF012. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA DEL PARAMETRIO.

V.M. Durán Muñoz-Cruzado<sup>1</sup>, F. López-Bernal<sup>1</sup>, J.L. Guerrero<sup>1</sup>, J. Tinoco<sup>2</sup>, L. Tallón-Aguilar<sup>1</sup>, M.J. Tamayo<sup>1</sup>, F.J. Padillo-Ruiz<sup>1</sup>, F. Pareja-Ciuró<sup>1</sup>

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

**Introducción:** el abordaje laparoscópico en la obstrucción intestinal no es una práctica generalizada en muchos hospitales, sin embargo, en casos seleccionados puede suponer una solución sencilla y ventajosa para el paciente. Por otro lado, existen pocos casos descritos de obstrucciones intestinales secundarias a hernias del parametrio y ninguna de ellas tratadas mediante abordaje laparoscópico.

**Caso clínico:** paciente de 41 años, sin antecedentes de interés, nuligesta, que acude por dolor y distensión abdominal, náuseas y vómitos de aspecto entérico y cese de emisión de gases y heces de 24 horas de evolución. Signos vitales normales, abdomen distendido y timpánico, con dolor leve a la palpación profunda de forma generalizada, sin peritonismo. Analítica sin alteraciones relevantes salvo neutrofilia del 72% y radiografía de abdomen en bipedestación con dilatación importante de asa de delgado y niveles hidroaéreos. Como medida inicial se plantea la colocación de SNG drenando un contenido de unos 1000 cc de material entérico. Se realiza TC abdomen que informa de una brida en fosa ilíaca derecha. Se decide laparoscopia exploradora. Durante la intervención se identifica una hernia del parametrio con ilion distal encarcelado como causa de la obstrucción. Se reduce la hernia se comprueba buen estado de las asas y se cierra el defecto con dos puntos sueltos de vycril del 2/0. El postoperatorio transcurre sin incidencias siendo alta a las 48 horas de la cirugía.

**Discusión:** la hernia de parametrio es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, se han descrito menos de 80 casos y todas fueron tratadas mediante abordaje laparotómico. Las pruebas de imagen difícilmente pueden afinar en el diagnóstico dado lo infrecuente de la patología siendo la laparoscopia exploradora una herramienta muy eficaz para su diagnóstico y tratamiento.

### VF013. ESOFAGOYUNOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA TRAS GASTRECTOMÍA DE URGENCIA.

S. Martínez-Núñez, M. Socas-Macías, L. Navarro-Morales, I. Alarcón, A. Barranco, F. López-Bernal; C. González-de Pedro, J. Padillo, S. Morales-Conde

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

**Introducción:** la introducción de la cirugía laparoscópica ha revolucionado la cirugía en las últimas décadas, habiendo demostrado ampliamente sus ventajas respecto a la cirugía abierta en cuanto a menor morbilidad postoperatoria y menor estancia hospitalaria, así como menor tasa de complicaciones de la pared abdominal. Con el paso del tiempo va adquiriendo cada vez más indicaciones para su uso.

En este caso presentamos un video de una esofagoyunostomía laparoscópica tras una gastrectomía total realizada de urgencia.

**Caso clínico:** paciente de 82 años sin AP de interés que acude a Urgencias el 6 de enero de 2017 con cuadro de disnea y vómitos de diez días de evolución. Tras 48 horas de empeoramiento progresivo, con hipotensión mantenida pese a fluidoterapia y soporte de dopamina se realiza TAC de abdomen evidenciando hernia de hiato paraesofágica encarcelada-estrangulada con posible perforación gástrica.

En quirófano se objetiva gran hernia paraesofágica volvulada con necrosis de la curvatura mayor. Se reduce la hernia, realizándose gastrectomía total, cierre de esófago distal y yeyunostomía de alimentación. Dada la inestabilidad hemodinámica intraoperatoria de la paciente no es posible realizar reconstrucción del tránsito en el mismo acto quirúrgico y la paciente ingresa en UCI.

Tras un mes de ingreso se plantea reconstrucción del tránsito, efectuándose la misma por vía laparoscópica. Se procede a realizar esofagoyunostomía con reconstrucción en Y de Roux simplificada sin desmontar la yeyunostomía previa.

La paciente evoluciona de forma satisfactoria, siendo alta veinte días después de la segunda intervención (**Figuras 1-8**).

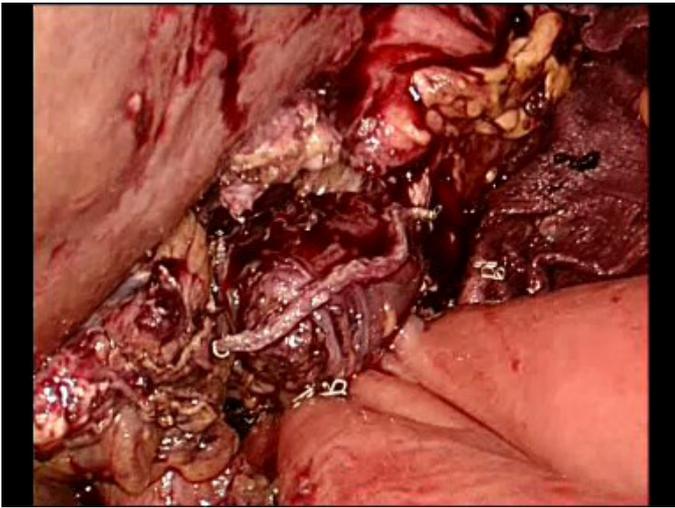
**Discusión:** La dificultad de este abordaje radica en la confección de la anastomosis esofagoyunal, que como se muestra la realizamos con endoGIA de forma latero-lateral con cierre posterior de la enterotomía manual de forma sistemática.

Mediante el abordaje laparoscópico en este caso conseguimos una mejor exposición del campo quirúrgico, además de un manejo menos invasivo. Todo ello en este contexto de paciente frágil lo que redunda en su beneficio.

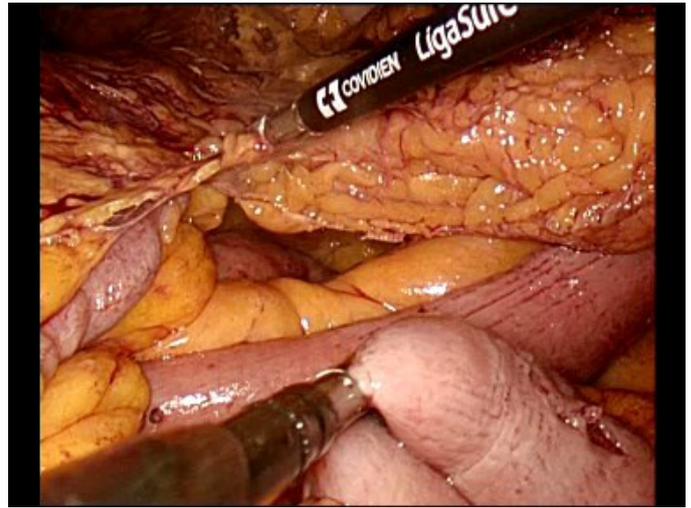


(VF013) Figura 1

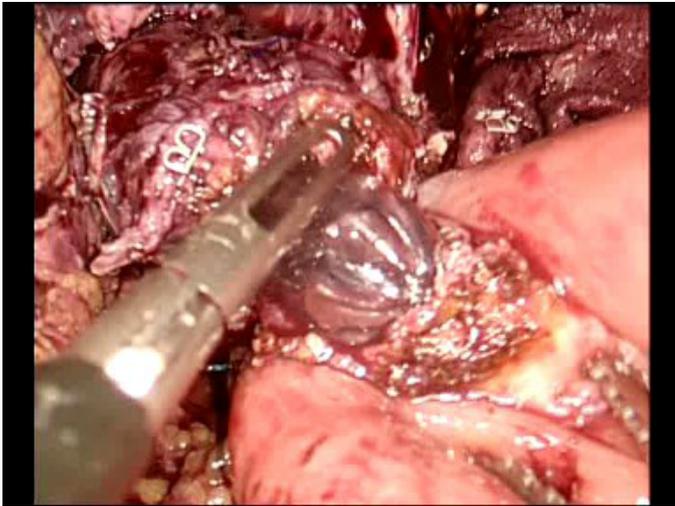
Esófago liberado.



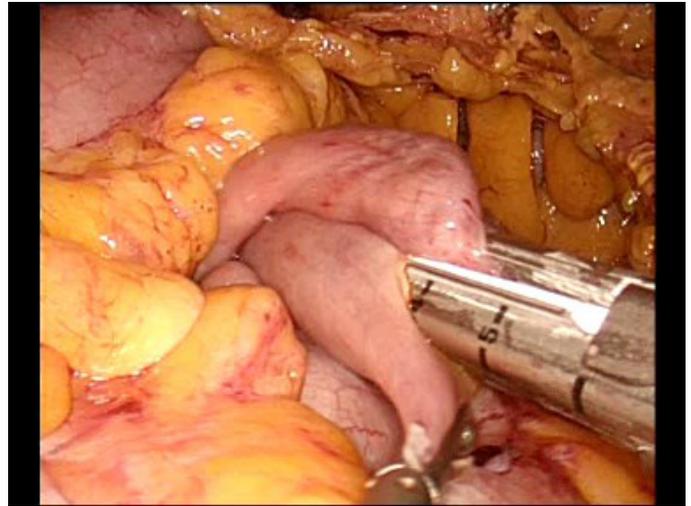
(VF013) Figura 2  
Esófago-yeyuno cara posterior.



(VF013) Figura 5  
Preanastomosis y Roux.



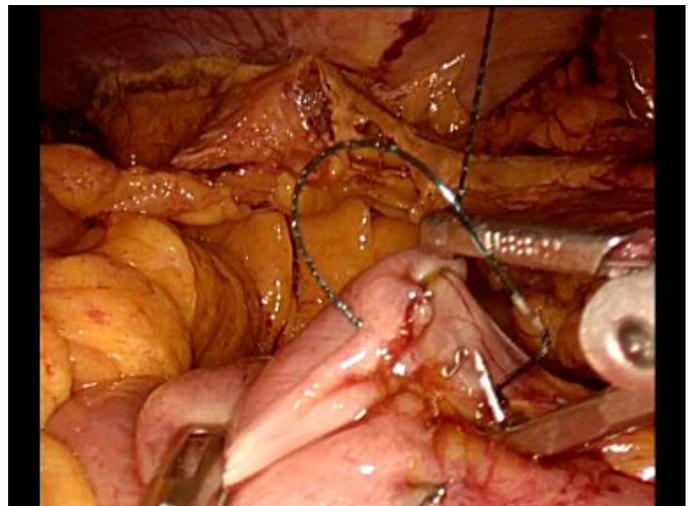
(VF013) Figura 3  
SNG anastomosis.



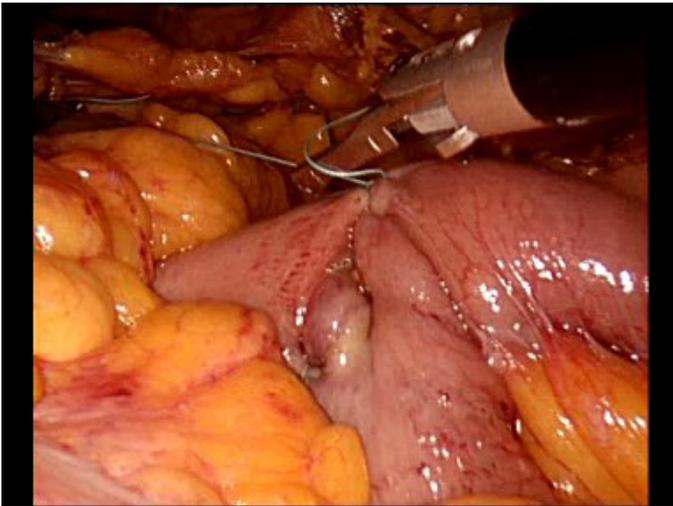
(VF013) Figura 6  
GIA.



(VF013) Figura 4  
GIA.



(VF013) Figura 7  
Sutura anastomosis expuesta.



(VF013) Figura 8

Sutura anastomosis.

definitiva ha de demorarse en la medida de lo posible de tres a seis meses y suele ser necesario asociar un correcto tratamiento de una pared abdominal compleja.



(VF014) Figura 1

Fístula enteroatmosférica.

#### VF014. FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA EN PACIENTE CON CIERRE DE ABDOMEN TEMPORAL.

M. Pérez-Reyes, A. González-Sánchez, A. Titos-García, J.M. Aranda-Narváez, I. Cabrera-Sern, L. Romacho-López, J.A. Blanco-Elena, J. Santoyo-Santoyo

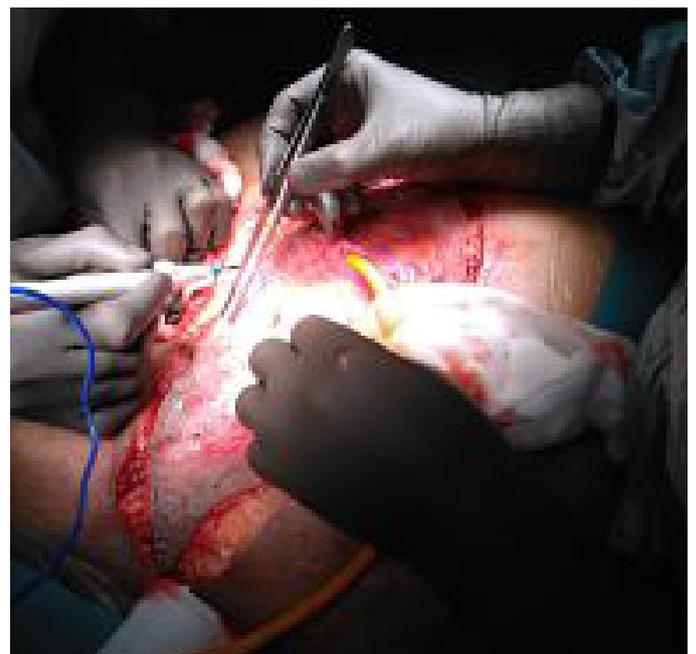
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** el desarrollo de una fístula enteroatmosférica en el postoperatorio de la cirugía digestiva constituye uno de los problemas más severos de nuestra práctica clínica por la dificultad de manejo y tratamiento definitivo, así como por su elevada mortalidad. Cuando además se asocia a grandes hernias ventrales como secuela de un cierre abdominal temporal, el tratamiento quirúrgico, único posible, es altamente complejo.

**Caso clínico:** presentamos un varón de 49 años con obesidad mórbida intervenido de urgencia por rotura de aneurisma de aorta abdominal. El postoperatorio inicial cursó sin incidencias y fue dado de alta, pero reingresó posteriormente por evisceración con perforación yeyunal asociada que se suturó. En este procedimiento no fue posible realizar cierre definitivo de la pared abdominal, por lo que se colocó un sistema de terapia de presión negativa (ABThera). A las 48 horas comenzó a drenar contenido intestinal por fallo de la sutura yeyunal, desestimándose de forma definitiva el cierre abdominal.

Tras seis meses de tratamiento nutricional sustitutivo y de varias complicaciones infecciosas por catéter, fue intervenido quirúrgicamente, realizándose disección del paquete intestinal, resección intestinal y sutura y cierre abdominal definitivo mediante técnica de separación por componentes anterior. El postoperatorio cursó sin complicaciones intra-abdominales reseñables, aunque tuvo una necrosis del tercio medio de los colgajos cutáneos que evolucionó de forma satisfactoria con curas locales (Figuras 1 y 2).

**Discusión:** aunque el desarrollo de una fístula enteroatmosférica es una complicación severa con alta mortalidad, una correcta estrategia terapéutica puede permitir su tratamiento con éxito. La cirugía



(VF014) Figura 2

Fístula enteroatmosférica.

#### VF015. FLUORESCENCIA EN CIRUGÍA GENERAL: NUEVOS USOS PROPUESTOS.

S. Morales-Conde, E. Perea-del Pozo, I. Alarcón-del Agua, A. Barranco-Moreno, M. Socas-Macías, J. Padillo-Ruiz

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

**Introducción:** el verde de indocianina es un colorante hidrofílico que une a la albúmina y tiene propiedades fluorescentes al ser excitado

con luz de 780 nm (infrarrojo cercano) y captado mediante una torre de laparoscopia. Se ha demostrado su uso en la comprobación de la vascularización de anastomosis de colon, así como en la identificación de la vía biliar, nuestro objetivo es ampliar su uso y comprobar su utilidad en otras intervenciones.

**Caso clínico:** mostramos una serie de casos clínicos, que varían en dosis y en tiempo de administración del contraste, así como la vía de administración, según la patología de base y el resultado que queramos obtener. Los casos han sido operados en nuestro centro por un mismo grupo de cirujanos y usando la misma torre de laparoscopia y material auxiliar. Los usos que mostramos en nuestro video son: referencia de uréteres en cirugía colorrectal compleja mediante su infusión vía urinaria, inyección en tumores gástricos para estudiar drenaje linfático y determinar el ganglio centinela, localización y disección de adenopatías y tumores hipervascularizados, comprobación de vascularización de injertos en cirugía de pared, implantes peritoneales en carcinomatosis peritoneal.

En todos los casos la imagen marcada con traductor ha sido muy satisfactorio, facilitando la identificación de la estructura ya sea para evitar su disección o para mejorar la extirpación de la misma.

**Discusión:** la fluorescencia con verde de indocianina es una tecnología de imagen innovadora, con fácil reproducción, y que ha demostrado ser útil en diferentes ámbitos de la cirugía general. Creemos que el uso de fluorescencia en casos quirúrgicos se verá incrementado debido a su utilidad en casos seleccionados.

## VF016. GASTROSTOMÍA DE ALIMENTACIÓN MEDIANTE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA.

M.L. Ruiz-Juliá, V. Ruiz-Luque, J. Aguilar-Luque, P. Martínez-García

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.*

**Introducción:** con el desarrollo de las técnicas laparoscópicas para realización de las gastrostomías, se ha conseguido dar respuesta a aquellos casos en los que las técnicas percutáneas, endoscópicas o radiológicas, están contraindicadas, con tiempos quirúrgicos cortos y recuperaciones más rápidas.

**Caso clínico:** presentamos el caso de un paciente de 81 años, que consulta por disfagia y desnutrición severa de dos meses de evolución.

Tras realización de TC de tórax y abdomen, endoscopia oral con toma de biopsia y ecoendoscopia oral, es diagnosticado de un carcinoma epidermoide estenosante de esófago proximal (T4aN1Mx). Ante imposibilidad de paso endoscópico para colocación de una sonda de alimentación nasoenteral, se programa para gastrostomía de alimentación laparoscópica.

El paciente se coloca en posición semisentado/ginecológica/litotomía con el cirujano principal situado entre las piernas. Neumoperitoneo mediante aguja de Veress umbilical. Utilizamos tres trocares de 12 mm, umbilical y ambos hipocondrios. Con una óptica de 30º a través del trócar umbilical exploramos la cavidad y seleccionamos un segmento de la cara anterior gástrica con movilidad suficiente, evitando tensión al llevarlo hacia la pared abdominal. Tubulización de la cara anterior gástrica mediante dos disparos con endograpadora lineal. Exteriorización del mismo a través del trócar en hipocondrio izquierdo. Fijación de la mucosa gástrica a piel. Colocación de la

sonda en el interior de la luz del estómago e instilación de agua con una jeringa de alimentación comprobando ausencia de dificultad de paso o de reflujo. Ajuste y fijación de la placa de la sonda a la pared abdominal. Cierre del resto de trocares con puntos de Premicon (Figuras 1-5).

**Discusión:** en pacientes que conservan la funcionalidad del tubo digestivo, pero con incapacidad para deglutir, la gastrostomía por vía mínimamente invasiva constituye un procedimiento seguro, sencillo y económico, así como una alternativa a las técnicas percutáneas, en casos seleccionados o de imposibilidad, fracaso o contraindicación de las mismas.



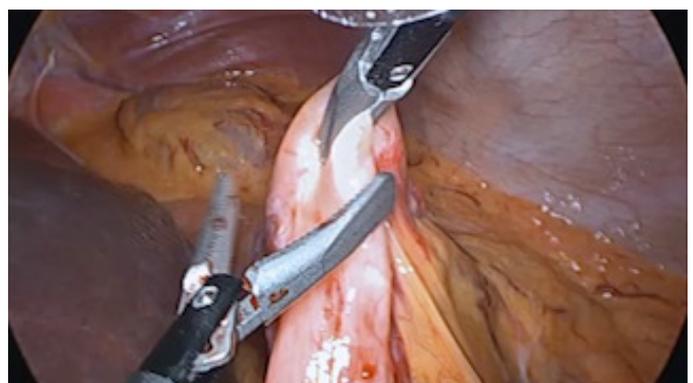
(VF016) Figura 1

TC de tórax-abdomen. Carcinoma estenosante de esófago superior.



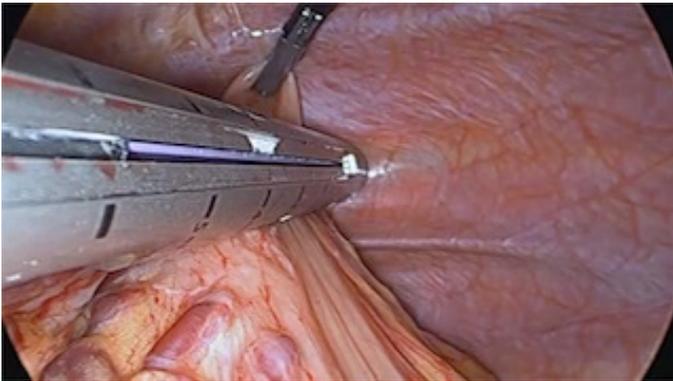
(VF016) Figura 2

Endoscopia oral.



(VF016) Figura 3

Elección del segmento gástrico.



**(VF016) Figura 4**  
Tubulización de la cara anterior gástrica mediante sección con endograpadora lineal.



**(VF016) Figura 5**  
Confección de tubo gástrico.

estoma que dificulta la colocación de bolsa de ostomía y causa dermatitis a ese nivel. Es diagnosticado de hernia paraestomal mediante exploración clínica y TC que lo corrobora. Ante clínica presentada, se decide intervención quirúrgica, realizando abordaje laparoscópico mediante técnica Sugarbaker modificada (**Figuras 1-3**).

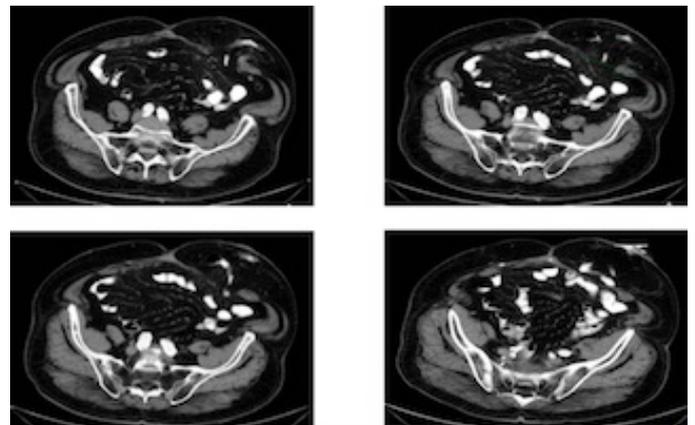
**Discusión:** el porcentaje de incidencia de estas hernias tiene una amplia variación debido a la falta de uniformidad en clasificaciones. Los pacientes suelen estar asintomáticos, en muchos casos, tumoración a nivel del estoma. Diagnosticadas fundamentalmente mediante exploración clínica que puede apoyarse de TC abdominal. El abordaje realizado en nuestro caso es una adaptación laparoscópica de la técnica original que usa abordaje abierto. Tasas de decisiva con esta técnica 4%.



**(VF017) Figura 1**  
Reparación hernia paraestomal. Técnica Sugarbaker.



**(VF017) Figura 2**  
Preparación del paciente y colocación de trocacos.



**(VF017) Figura 3**  
Técnica diagnóstica. TAC.

**VF017. HERNIA PARAESTOMAL, TÉCNICA DE REPARACIÓN.**

**A. Vega-Recio, R. Martínez-Mojarro, M.P. González-Benjumea, M. Delgado-Morales, R. Martín-García de la Arboleya, G. Morales-Martín, M. Alba-Valmorisco, R. Balongo-García**

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva.*

**Introducción:** la hernia paraestomal es una hernia incisional que se desarrolla en vecindad de un estoma a través de orificio aponeurótico de éste. Se estima un rango que oscila entre 3%, más del 50% cuando se realiza una valoración clínica y hasta 78% con valoración radiológica. Suelen aparecen a los 2 años desde realización de estoma. Las colostomías tienen mayor predisposición a realizar hernia paraestomal, siendo mayor en casos de estomas terminales. La mayor parte se manejan de forma conservadora.

**Caso clínico:** varón de 74 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de interés hipertensión arterial, dislipemia y diabetes tipo II. Ex fumador importante con criterios de bronquitis crónica, hiperplasia benigna de próstata y cardiopatía isquémica revascularizada.

Diagnosticado mediante clínica, exploración y pruebas complementarias de adenocarcinoma de recto inferior en 2009. Intervenido mediante amputación abdominoperineal. Postoperatorio favorable sin complicaciones. A los 22 meses tras intervención quirúrgica, el paciente refiere molestias y tumoración a nivel de

## VF018. TRATAMIENTO DEL VÓLVULO DE COLON SIGMOIDES MEDIANTE DETORSIÓN ENDOSCÓPICA SEGUIDA DE SIGMOIDECTOMÍA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN RÉGIMEN DE URGENCIA DIFERIDA.

A. Ramírez-Redondo<sup>1</sup>, J.A. López-Ruiz<sup>1</sup>, L. Tallón-Aguilar<sup>2</sup>, B. Marengo-de la Cuadra<sup>1</sup>, M. Sánchez-Ramírez<sup>1</sup>, Y. Lara-Fernández<sup>1</sup>, J. López-Pérez<sup>1</sup>, F. Oliva-Mompeán<sup>1</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. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

**Introducción:** se define vólvulo de colon como la torsión del intestino grueso sobre su eje mesentérico, lo que ocasiona un cuadro de obstrucción intestinal. El diagnóstico se establece por los hallazgos clínicos y radiológicos. Se han utilizado diferentes tipos de tratamiento, que incluyen la cirugía inmediata y la devolvulación endoscópica, aislada o seguida de cirugía electiva. En los últimos años, se ha incorporado la laparoscopia al tratamiento del vólvulo. Presentamos nuestros resultados en el tratamiento del vólvulo de sigma usando una técnica de sigmoidectomía asistida por laparoscopia que destaca por su sencillez y por tener un reducido tiempo postoperatorio.

**Caso clínico:** mujer de 61 años que acude a Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla) por dolor abdominal de 72 horas de evolución con distensión abdominal, náuseas y estreñimiento. Antecedente de vólvulo en sigma ocho años atrás. Radiografía simple de abdomen con imagen en grano de café. Se procede a realización de TAC de abdomen con hallazgos de vólvulo de colon sigmoides con obstrucción de asa cerrada y dilatación de marco cólico de hasta 9 cm. Se procede a devolvulación endoscópica urgente, comprobándose que no existen signos de isquemia o necrosis de la mucosa colónica. A las 24 horas se procede a realización de cirugía mediante la realización de sigmoidectomía asistida por laparoscopia con anastomosis latero-lateral manual a través de incisión de Pfannestiel.

Se inicia tolerancia a líquidos a las 36 horas. Movilización activa de la paciente al tercer día. Dada de alta al sexto día postoperatorio, no existiendo recidiva hasta el momento presente.

**Discusión:** la sigmoidectomía con anastomosis primaria asistida por laparoscopia en régimen de urgencia diferida es una opción terapéutica segura y eficaz para pacientes con vólvulo de sigma en los que ha sido efectiva la devolvulación endoscópica. La adecuada selección de pacientes es un punto crucial para el éxito de este procedimiento.

## VF019. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL SÍNDROME DE WILKIE.

L. Pico-Sánchez, J. Roldán-de la Rúa, N. Martos-Rojas, F. Ramos-Muñoz, J.L. Cuba-Castro, L.C. Hinojosa-Arco, E. Corrales-Valero, C. Monje-Salazar, N. Ávila-García, S. Mansilla-Díaz, B. García-García, Y. Eslava, R. de Luna-Díaz, M.Á. Suárez-Muñoz

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

**Introducción:** el síndrome de Wilkie o síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta, causada por la compresión de la tercera porción duodenal entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica

superior (AMS) en su origen. La incidencia es del 0,2% y los síntomas suelen ser inespecíficos. En los estudios angiográficos se observan un ángulo aortomesentérico de 7° a 22° (normal: 28° a 65°) y una distancia entre aorta y AMS de 2 a 8 mm (normal: de 10 a 34 mm). El tratamiento del SAMS es generalmente conservador mediante corrección hidroelectrolítica y descompresión nasogástrica. Está indicada la cirugía cuando fracasa el tratamiento médico o progresa la dilatación duodenal.

**Caso clínico:** presentamos el caso de un varón de 31 años, que presentaba plenitud postprandial, vómitos y pérdida de peso de un año de evolución. En la radiografía de abdomen y en el estudio baritado esófagogastroduodenal (EGD) se evidenció una dilatación gástrica y dificultad de vaciamiento de la tercera porción duodenal respectivamente. Se realizó AngioTAC abdominal donde se observó un ángulo de 19° y una distancia de 3,8 mm entre aorta y arteria mesentérica superior, compatibles con pinza aortomesentérica o SAMS. Se decidió cirugía ante el fracaso reiterado del manejo médico. Se intervino por laparoscopia mediante 4 trocacos, con disección de la segunda y tercera porción duodenal por vía inframesocólica y realización de una duodenoyeyunostomía laterolateral mecánica, entre la segunda y tercera porción duodenal, y yeyuno a unos 25 cm del ángulo de Treitz. El paciente fue dado de alta al tercer día sin incidencias.

**Discusión:** la duodenoyeyunostomía laterolateral es el procedimiento quirúrgico más empleado en el síndrome de Wilkie, con una tasa de éxito del 90%. El abordaje laparoscópico, permite el tratamiento definitivo mediante una técnica mínimamente invasiva, por lo que, desde nuestro punto de vista, debería considerarse en la actualidad como el tratamiento de elección.

## VF020. USO COMBINADO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA CON MALLA DE POLIPROPILENO COMO TÉCNICA PARA EL CIERRE FASCIAL PRECOZ EN EL ABDOMEN ABIERTO.

S. de Lebrusant-Fernández<sup>1</sup>, J.A. López-Ruiz<sup>1</sup>, L. Tallón-Aguilar<sup>2</sup>, B. de Soto-Cardenal<sup>1</sup>, B. Marengo-de la Cuadra<sup>1</sup>, M. Sánchez-Ramírez<sup>1</sup>, J. López-Pérez<sup>1</sup>, F. Oliva-Mompeán<sup>1</sup>

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

**Introducción:** el abdomen abierto condiciona una elevada morbimortalidad por las graves complicaciones secundarias a la exposición prolongada de la cavidad abdominal. El objetivo de su tratamiento está orientado a disminuir la retracción aponeurótica para conseguir un cierre fascial precoz.

**Caso clínico:** varón de 45 años que ingresa por sepsis grave secundaria a infección de partes blandas de origen perianal, ascendiendo por el espacio de Retzius hacia la pared abdominal en localización preperitoneal. Se realiza laparotomía media encontrando gran cantidad de esfacelos y tejido necrótico englobando la fascia posterior del recto y peritoneo, sin otras lesiones intraperitoneales. Tras revisión y lavado de la cavidad, y ante la inestabilidad del paciente, se deja laparostomía según técnica de "vacuum-pack". A las 24 horas y tras la estabilización hemodinámica se realiza "second look" y se coloca una terapia de presión negativa (TPN) para abdomen abierto. Se recambia en quirófano hasta en tres ocasiones, con intervalo de 2-3 días. Posteriormente se coloca una malla de polipropileno

anclada a la aponeurosis, para evitar la retracción fascial debido a la imposibilidad de realizar un cierre primario sin provocar un síndrome compartimental consiguiendo una aproximación progresiva de la aponeurosis, hasta lograr tras dos aproximaciones un cierre completo sin tensión al 26º día de la primera intervención.

**Discusión:** El uso combinado de la TNP junto con una malla de polipropileno ayuda, por una parte, a mantener limpia la amplia herida abdominal, así como a evitar la retracción de la aponeurosis, preparando el campo para un cierre de pared primario diferido, seguro y efectivo. Aunque no hay nivel de evidencia suficiente para sistematizar la técnica, creemos que la conjunción de ambas es factible y útil en casos de abdomen abierto en los que se prevé una larga colocación del mismo, evitando así las complicaciones más habituales (sepsis abdominal, fístulas enteroatmosféricas, eventraciones magnas, etc.).

### **VF021. GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA COMO CIRUGÍA DE REVISIÓN TRAS FALLO DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE.**

**M.Á. Mayo-Osorio, J.M. Pacheco-García, J. Varela-Recio, S. Ayllón-Gómez, E.M. Sancho-Maraver, J.L. Fernández-Serrano**

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

**Introducción:** la cirugía de revisión de la banda gástrica ajustable es uno de los problemas más comunes en la cirugía bariátrica. Cada vez se utiliza más la gastrectomía vertical por fallo tras banda gástrica ajustable. Presentamos el caso de un paciente al que se le retiró la banda gástrica ajustable y se realizó gastrectomía vertical en un único acto con buenos resultados.

**Caso clínico:** paciente de 53 años con obesidad mórbida (peso 155 Kg Talla 1,77 m IMC 49,47 Kg/m<sup>2</sup>) intervenido hace dos años mediante banda gástrica ajustable con una pérdida ponderal de 30 Kg el primer año y reganancia posterior sin otra sintomatología. Se decide cirugía de revisión. Tras optimización preoperatoria es intervenido con peso de 146 Kg e IMC de 47,7 Kg/m<sup>2</sup>). Se realiza extracción de banda gástrica y gastrectomía vertical según técnica habitual tutorizada con sonda de Fouchet de 34 Fr, con echelon flex powered de 60 mm protegida con seamguard, con buen resultado postoperatorio.

**Discusión:** la técnica de revisión más empleada hasta el momento actual para el fallo de la banda gástrica ajustable es el bypass gástrico laparoscópico, aunque cada vez está ganando más popularidad la gastrectomía vertical, si bien se discute realizar la cirugía de revisión en un tiempo o en dos tiempos. En el caso de nuestro paciente se propuso una GV ya que partíamos de un IMC de más de 50 Kg/m<sup>2</sup>, y ante los hallazgos intraoperatorios se realizó la gastrectomía vertical sin incidencias y con buenos resultados.

### **VF022. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL GIST GÁSTRICO LOCALIZADO: APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA.**

**F. Ramos-Muñoz, L. Pico-Sánchez, J.F. Roldán de la Rúa, S. Mansilla-Díaz, N. Ávila-García, N. Martos-Rojas, L.C. Hinojosa-Arco, C. Monje-Salazar, E. Corrales-Valero, Y. Eslava-Cea, R. de Luna-Díaz, M.Á. Suárez-Muñoz**

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

**Introducción:** los tumores del estroma gastrointetinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo. Se definen por positividad para CD-117 (C-Kit) y su localización más frecuente es el estómago (60%). El estándar terapéutico del GIST primario localizado es la cirugía y en la actualidad el abordaje laparoscópico es cada vez más usado. La técnica varía dependiendo del tamaño y localización de la lesión gástrica. Actualmente la resección local en cuña es una opción segura y cada vez más extendida respecto a la gastrectomía parcial y total.

**Caso clínico:** se presenta el caso de un varón de 36 años estudiado por Digestivo a raíz de melenas de dos días de evolución. Durante la realización de una endoscopia digestiva alta se observó una lesión subepitelial ulcerada de 3 cm a nivel del cuerpo gástrico, compatible con un GIST. Se realizó biopsia y estudio de extensión sin otros hallazgos. Se decidió un abordaje laparoscópico en el que, tras la disección del epiplón menor y curvatura menor gástrica, se localizó la lesión en el cuerpo gástrico. Se realizó una resección local en cuña con endograpadora mecánica englobando la tumoración, y refuerzo de la línea de grapado con una sutura continua de hilo reabsorbible y posterior epipoplastia. No se colocaron drenajes. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta a las 24 horas tolerando dieta oral y sin complicaciones. El resultado final anatomopatológico fue de GIST gástrico de bajo grado, estadio T2N0 con márgenes libres.

**Discusión:** la resección local laparoscópica es una técnica segura y cada vez más extendida para los tumores GIST gástricos que aporta las ventajas de las técnicas mínimamente invasivas y la seguridad de una resección con márgenes adecuados. Se puede emplear especialmente en tumores menores de 5 cm que se sitúan en las curvaturas mayor y menor o en el fundus gástrico.