

XV Reunión de la ASAC

Comunicaciones orales

CO-01. ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS.

M Retamar Gentil, M Sánchez Ramírez, B Marengo de la Cuadra, A Cano Matías, JA López Ruiz

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

Introducción: hasta el 93% de los pacientes sometidos a una laparotomía presentarán un episodio de obstrucción por bridas, de los cuales el 60-70% responderán al manejo conservador. El abordaje laparoscópico está ampliamente aceptado y apoyado por los estudios hasta ahora publicados, siendo los pacientes con sospecha de brida única, que presenten menos de una laparotomía previa y con menos de 24 horas de evolución, los más indicados para este abordaje. Nuestro objetivo es demostrar según nuestra experiencia que estas premisas son las adecuadas en la elección de los candidatos a abordaje mínimamente invasivo.

Material y métodos: presentamos veinte casos compatibles con obstrucción intestinal por bridas recogidos durante un año. En todos los pacientes se confirma el diagnóstico por TC abdominal. Se indica cirugía de urgencias por fallo de tratamiento médico conservador o por los hallazgos de las pruebas complementarias.

Resultados: el abordaje laparoscópico fue el inicial en los veinte pacientes, con un índice de conversión del 40% debido a isquemia intestinal o por hallazgo de tumoración intestinal en dos pacientes como causa de la oclusión, no visto en la TAC. De los pacientes que requirieron laparotomía el 61% presentaba evolución del cuadro superior a 24 horas y un 37% presentaban líquido libre en la prueba de imagen previa. Se produjeron dos perforaciones intestinales secundarias a la manipulación de las asas que se trataron con rafia simple sin complicaciones posteriores. Hubo una reintervención por fallo de anastomosis y dos exitus secundarios a patologías respiratorias. No se ha presentado recidiva de obstrucción intestinal en ningún paciente en seis meses de seguimiento.

Conclusiones: la cirugía abierta ha sido de elección tradicionalmente en la obstrucción intestinal. En casos seleccionados y en manos experimentadas, el abordaje laparoscópico es factible. Se recomienda el acceso de trocar óptico bajo visión directa y evitar la manipulación de las asas más dilatadas durante la exploración.

CO-02. ANÁLISIS DEL MANEJO EN NUESTRO CENTRO DE LA COLECISTITIS AGUDA EN MAYORES DE 75 AÑOS.

NS Ávila García, LC Hinojosa Arco, S Martín Cortés, L Pico Sánchez, F Ramos Muñoz, N Martos Rojas, SH Rocío

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

Introducción: la colecistitis aguda en el anciano es una entidad clínica frecuente, con alta morbi-mortalidad. Presentamos una revisión del abordaje de la colecistitis aguda en ancianos para determinar el tratamiento más adecuado en cada caso.

Material y métodos: estudio retrospectivo de pacientes con edad igual o superior a 75 años ingresados entre enero 2017 y abril 2018 con diagnóstico de colecistitis aguda; variables: comorbilidades, antiagregante-anticoagulante, clínica al diagnóstico, grado de severidad (criterios de guía de Tokio 2018), complicaciones (clasificación Clavien-Dindo), estancia hospitalaria y reingresos.

Resultados: se incluyen 63 pacientes, con un rango de edad entre 75 y 97 años (media 82,4), hombres 54%. Sólo el 30% refería algún antecedente de patología de la vía biliar (sobre todo cólico biliar).

El motivo de consulta más frecuente fue dolor abdominal de forma aislada (43%) o asociado a vómitos (27%) o fiebre (19%).

Se optó por tratamiento quirúrgico en el 49% de los casos; 71% vía laparoscópica, de los cuales el 9% requirió conversión a vía abierta por adherencias o plastrón inflamatorio no abordable por dicha vía. Presentaron complicaciones postoperatorias tipo II en dos casos y tipo V en un caso; también destacan un caso de fuga biliar con manejo conservador y de lesión de colédoco detectado y solventado durante la cirugía. Reingresos antes de noventa días en 13% (colecistomía intraabdominal, coledocolitiasis).

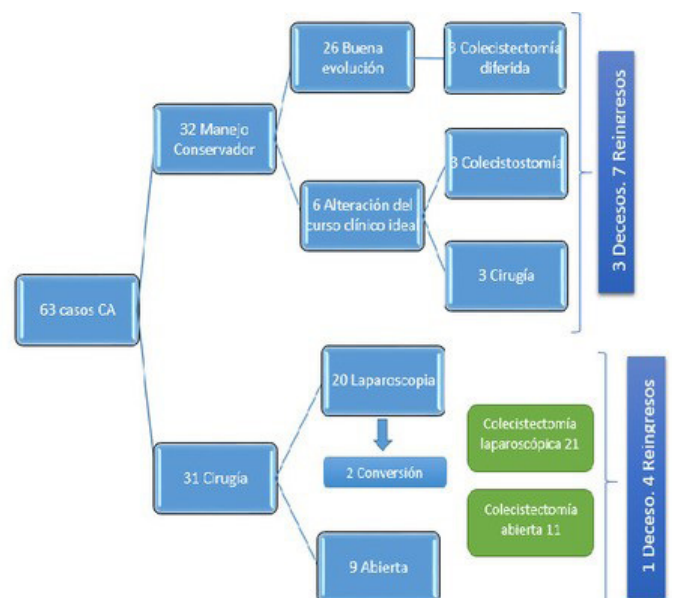


Figura 1 Diagrama de flujo.

En la serie con manejo conservador, destaca mayor edad media, el doble de casos con deterioro cognitivo y más casos con antiagregantes o anticoagulantes. Debido a evolución tórpida, en tres casos se recurrió a colecistostomía y en tres casos colecistectomía; dos de los cuales presentaron complicaciones tipo II. Exitus en tres casos mayores de 85 años y colecistitis grado III en dos de ellos. Reingresos por patología de vía biliar en el 16%. Mayor estancia media.

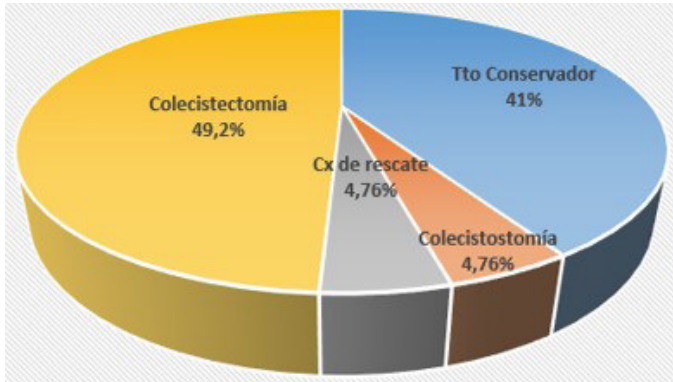


Figura 2
Manejo de CA en mayores de 75 años.

Variables	Tto conservador -32-	Tto quirúrgico -31-
Hombre/mujer	17 (53%) / 15 (47%)	17 (55%) / 14 (45%)
Edad (media)	83.56 años	81.19 años
HTA	25 (78%)	22 (71%)
DM	7 (22%)	15 (48%)
ACV	7 (22%)	1 (3%)
IAM	6 (19%)	4 (13%)
FA	6 (19%)	2 (6%)
I renal	4 (13%)	4 (13%)
EPOC	3 (9%)	4 (13%)
Deterioro cognitivo	6 (19%)	3 (10%)
AntiAgregante/ACO	2 (6%) / 10 (31%)	1 (3%) / 3 (10%)
Grados de severidad	12 (38%) / 14 (44%) / 6 (19%)	8 (26%) / 18 (58%) / 5 (16%)
Estancia (rango)	8.59 días (3-24 días)	6.19 días (2-18 días)

Figura 3
Comparación de variables.

Conclusiones: aunque el abordaje en este grupo sigue siendo controvertido, consideramos que la cirugía precoz debe ser de elección, salvo contraindicaciones mayores.

CO-03. ANÁLISIS DEL PAPEL DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA DE URGENCIAS.

MJ Cuevas López¹, Q Arroyo Martínez¹, V Durán Muñoz-Cruzado¹, L Tallón Aguilar², J Tinoco González¹, A Sánchez Arteaga¹, V Camacho Marente¹, M Flores Cortés¹, MJ Tamayo López¹, A Nevado Infante¹, FJ Padillo Ruiz¹, F Pareja Ciuró¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: la laparoscopia es una vía de abordaje terapéutico con indicaciones concretas en cirugía gastrointestinal electiva, cada vez más usada por las ventajas que presenta frente a la cirugía abierta convencional. Sin embargo, en cirugía urgente su papel no está claramente establecido. Nuestro objetivo es analizar las estadísticas del uso de la laparoscopia en nuestra Unidad de Cirugía de Urgencias.

Material y métodos: se realiza un análisis descriptivo de 8181 pacientes intervenidos de forma urgente por la Unidad de Cirugía de Urgencias de un hospital español de tercer nivel entre los años 2009 y 2017 según patología y vía de abordaje empleada.

Resultados: de los 8.181 pacientes intervenidos, 6.447 presentaban patología subsidiaria de abordaje laparoscópico, que fue empleado en el 40,5% de ellos.

Según patología, las más frecuentes fueron apendicitis y colecistitis, en las que el abordaje laparoscópico se llevó a cabo en un 77,6% y 83,3% respectivamente. El papel de la laparoscopia en otras patologías como la perforación gastroduodenal (33,7%), diverticulitis (18,3%), obstrucción intestinal (8,9%) y pancreatitis (18,4%), es menos destacable.

En la revisión comparativa por años, se objetiva una tasa de abordaje laparoscópico muy similar en patologías como apendicitis y colecistitis (84,2% y 87,4% respectivamente en 2009 versus 91% y 84,7% en 2017). Sin embargo, existe una tendencia al alza del uso de la laparoscopia en otras como la diverticulitis (18,8% en 2009 versus 38,5% en 2017), obstrucción intestinal (4,5% versus 25,4%) y pancreatitis (0% versus 71,4%).

Conclusiones: los resultados muestran una clara preferencia por el abordaje laparoscópico en cuadros de apendicitis y colecistitis agudas, en los que está demostrado que esta vía ofrece ventajas sobre la cirugía abierta convencional. En patologías menos prevalentes existe una tendencia cada vez mayor al uso del abordaje laparoscópico en Urgencias, aunque se necesitan más estudios que permitan establecer unas indicaciones claras.

CO-04. ANÁLISIS PROSPECTIVO DE POLITRAUMATISMOS GRAVES EN NUESTRO CENTRO.

P García Muñoz, L Tallón Aguilar, V Durán Muñoz-Cruzado, M Fernández Ramos, J Tinoco González, MJ Tamayo López, V Camacho Marente, A Sánchez Arteaga, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: el objetivo de este estudio es informar sobre la experiencia en nuestro centro en el manejo del paciente politraumatizado, pues sigue siendo una de las principales causas de muerte entre los 10 y los 40 años, causando graves incapacidades en los pacientes que sobreviven.

Material y métodos: se realiza un análisis descriptivo recogiendo los datos de forma prospectiva de todos los pacientes politraumatizados mayores de 14 años atendidos entre enero de 2017 y abril de 2018. Se

registran diferentes tipos de variables: demográficas, del traumatismo, exploraciones complementarias, lesiones principales, su tratamiento y la resolución del caso.

Resultados: hemos registrado 43 pacientes politraumatizados. En su mayor parte fueron hombres (66,7%), con una mediana de edad de 42 años. El mecanismo de lesión más frecuente fue la colisión con coche (20,9%), seguido de la colisión con moto (18,6%) y la herida por arma blanca (18,6%). A 19 pacientes se le realizó un eFAST al ingreso que resultó positivo en 6 casos. Sin embargo, la TAC se le realizó al 93% de los pacientes. El 77,9% de los traumatismos fueron de tipo cerrado. La lesión más frecuente fue el traumatismo abdominal (65,1%), seguido del torácico (55,8%) y del ortopédico (41,9%). 23 pacientes requirieron tratamiento quirúrgico urgente, siendo la cirugía abdominal la más frecuente realizada (41,9%), seguida de la traumatológica (25,7%). En 4 casos se realizó una cirugía de control de daños. 4 pacientes se beneficiaron del tratamiento mediante radiología intervencionista. 28 pacientes requirieron ingreso en UCI con una mediana de 5 días de ingreso. El ISS medio fue de 21,9. La mortalidad

Conclusiones: la información recogida en los registros de trauma es fundamental para conocer la realidad asistencial actual, detectar oportunidades de mejora y contribuir en la investigación clínica y epidemiológica.

CO-05. COLECISTITIS AGUDA COMPLICADA: FACTORES PREDICTIVOS.

Y Lara Fernández, JA López Ruiz, M Sánchez Ramírez, B Marengo de la Cuadra, M Retamar Gentil, A Cano Matías, F Oliva Mompeán

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

Introducción: la colecistitis aguda es una urgencia quirúrgica que puede conllevar gran morbilidad. Utilizamos las guías de Tokyo de 2013 para el diagnóstico, grado de severidad y como guía en su manejo. Nuestro objetivo es buscar qué factores podrían ser predictores del grado de complejidad.

Material y métodos: estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de colecistitis aguda intervenidos quirúrgicamente en el período junio 2014- junio 2016 (N=241). Según el estado de la vesícula biliar se clasificaron en dos grupos, considerando complicadas aquellas gangrenosas, perforadas, enfisematosas o con absceso perivesicular. Se ha realizado un análisis estadístico buscando qué factores podrían ser predictores del grado de complejidad (edad, sexo, duración de síntomas, parámetros inflamatorios analíticos), y cómo influye esta complejidad en la aparición de complicaciones.

Resultados: en las no complicadas (N=134) obtuvimos una mediana de edad de 60 años, mientras que en las complicadas (N=107) fue de 68 (p=0,01). La distribución del sexo fue homogénea en ambos grupos (p=0,2); así como la duración de los síntomas, con una mediana de dos días para cada uno (p=0,404); y la estancia postoperatoria, con una mediana de tres días para el primer grupo y de cuatro días para el segundo (p=0,001). En cuanto a parámetros inflamatorios obtuvimos valores promedios de PCR 63,6 mg/L vs 147,87 mg/L (p=0,02) y leucocitos 13.000/μL vs 14.040/μL (p=0,128) para las no complicadas

y complicadas, respectivamente. Finalmente, las complicaciones postoperatorias (lesión de vía biliar, fístula, colección intraabdominal, hemorragia e infección de herida quirúrgica) fueron un total de 14 en las no complicadas y 24 en las complicadas (p=0,00).

Conclusiones: tanto la edad como la PCR plasmática podrían ser factores predictores del grado de complicación en la colecistitis aguda. Deberían ser considerados en el momento del diagnóstico para asignar el grado de severidad y establecer la actitud terapéutica a seguir.

CO-06. DIFERENCIAS TERRITORIALES EN LA AUDITORÍA RIFT (RIGHT ILIAC FOSSA PAIN TREATMENT).

RGOBOT West Midlands Research Collaborative

Grupo Cirugía General. Universidad de Sevilla, Sevilla

Introducción: se presentan los resultados finales de la Auditoría RIFT (tratamiento del dolor de fosa iliaca derecha) obtenidos en el registro internacional, analizando las diferencias entre los diferentes países participantes.

Material y métodos: análisis multicéntrico y prospectivo de pacientes consecutivos ingresados con dolor agudo en la fosa ilíaca derecha, operados o no por apendicitis aguda, en hospitales del Reino Unido, Irlanda, Italia, Portugal y España. La recopilación prospectiva de los datos se realiza en cuatro períodos de dos semanas. El seguimiento se realiza los primeros treinta días después de la admisión a la sala de urgencias. Se analizan datos demográficos, uso de pruebas de imagen, tasa de abordaje laparoscópico, porcentaje de apendicitis perforada, tasa de apendicectomía negativa y evolución postoperatoria.

Resultados: se incluyeron 11.535 pacientes, en 169 centros en cinco países, de los cuales el 63% eran mujeres y el 37% eran hombres. El porcentaje de uso de pruebas de imágenes para el diagnóstico de apendicitis fue del 76% en mujeres entre 16-50 años y del 59,3% en hombres entre 16 y 50 años. La prueba más utilizada fue la ecografía (51,14%). La tasa global de abordaje laparoscópico fue del 90,7%. La causa más frecuente de un abordaje abierto fue la preferencia del cirujano. La tasa de apendicectomía negativa fue del 13,11%, variando del 15,9% en el Reino Unido y la República de Irlanda, al 2,7% en Italia. El rango de edad con la tasa de apendicectomía negativa más alta fue entre 13 y 29 años. La tasa de apendicitis perforada fue del 37,1%.

Conclusiones: a través de la auditoría RIFT, se observó una disminución en el número de apendicectomías negativas, así como un aumento en la tasa de abordaje laparoscópico para el tratamiento de la apendicitis aguda. Hemos observado importantes diferencias territoriales entre los países que han participado en la auditoría.

CO-07. EVALUACIÓN DE LA PERFORACIÓN DE COLON SECUNDARIA A COLONOSCOPIAS.

A García Reyes, P de la Herranz Guerrero, JA López Ruiz, B Marengo de la Cuadra, M Sánchez Ramírez, A Cano Matías, M Retamar Gentil, F Oliva Mompeán

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

Introducción: analizar todos los pacientes de nuestra unidad que han presentado una perforación de colon tras la realización de una colonoscopia.

Material y métodos: estudio descriptivo retrospectivo de pacientes en edad adulta que han presentado una perforación de colon tras colonoscopia durante el periodo de noviembre de 2012 a abril de 2018.

Resultados: en 22 de los casos (55%) la colonoscopia se realizó de forma diagnóstica, mientras que en 18 (45%) fue terapéutica, realizándose polipectomías (16), dilatación por estenosis (1) y drenaje de absceso pericólico (1).

Se realizó tratamiento conservador en diez pacientes (25%), en 19 de los casos se optó por cirugía abierta (47,5%) y en once se abordó mediante laparoscopia (27,5%), nueve de los cuales se realizaron a partir de 2017.

En los que requirieron cirugía abierta la estancia postoperatoria media fue de 9,88 días y 13 de los pacientes (68,42%) sufrieron alguna complicación. Por otro lado en el abordaje laparoscópico la estancia media fue de 7,45 días y tres de los pacientes (27,27%) tuvieron alguna complicación.

Se intervinieron en menos de 24 horas 26 pacientes (65%), entre las 24 horas y 48 horas diez pacientes (25%) y cuatro tras las primeras 48 horas (10%).

Conclusiones: la perforación de colon es considerada una de las complicaciones más serias tras colonoscopia. La prevalencia de perforación tras una colonoscopia es de 0,03%-0,8% en los procedimientos de diagnósticos, mientras que varía entre 0,3%-3% en las colonoscopías terapéuticas.

El uso de la laparoscopia en el tratamiento quirúrgico de las perforaciones de colon es un método seguro y efectivo de abordaje.

Es importante seleccionar el manejo correcto, basándonos en el tipo de perforación, el estado clínico del paciente y los factores de riesgo, así podremos optar por un tratamiento conservador o, si no es posible, por tratamientos más o menos agresivos.

CO-08. GUÍA TOKYO 2018: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE NUESTROS RESULTADOS EN LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA DE LA COLECISTITIS AGUDA.

S Mansilla Díaz, S Martín Cortés, LC Hinojosa Arco, EA Buendía Peña, NS Ávila García, J Roldán de la Rúa, MA Suárez Muñoz, R de Luna Díaz

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

Introducción: la colecistitis aguda es una de las patologías urgentes más frecuentes del campo de la cirugía digestiva. Además del

tratamiento quirúrgico, la profilaxis y tratamiento antibiótico son esenciales. Por ello, planteamos una revisión de los microorganismos aislados en pacientes con colecistitis aguda, su sensibilidad y su correlación con la profilaxis planteada en la Guía Tokyo 2018.

Material y métodos: estudio retrospectivo que analiza la microbiota presente en los cultivos de bilis y hemocultivos de pacientes intervenidos de colecistitis aguda, profilaxis antibiótica, antibioterapia y su grado de correlación con las indicaciones en la Guía de Tokyo 2018.

Resultados: se incluyen 56 pacientes en el estudio. Se realizó colecistectomía y se tomó muestra para cultivo de bilis. Los microorganismos aislados fueron E. coli en el 23,6%, Klebsiella en el 21%, Enterococcus en el 15,7%, Streptococcus en el 18,4%, Citrobacter en el 7,9%, Enterobacter en el 5,26%, Propionibacterium en el 2,63%, S. aureus en el 2,63%, y Bacillus subtilis en el 2,63%. Se administró profilaxis antibiótica en todos los casos, utilizándose piperacilina-tazobactam en el 66% (en cuatro ocasiones asociada a metronidazol), ciprofloxacino en el 10,7% (en cuatro casos asociado a metronidazol), amoxicilina-clavulánico en el 10,7%, cefalosporinas en el 3,6% y meropenem en el 1,8%. Por otro lado, 44,6% de los cultivos fueron negativos. De acuerdo con las recomendaciones de la Guía Tokyo 2018 detectamos los siguientes casos de profilaxis inadecuada: 13,6% en colecistitis grado II; 66,7% en colecistitis grado I; 66,7% en las colecistitis grado III.

Conclusiones: el conocimiento de la microbiota y una adecuada antibioterapia son fundamentales en el tratamiento de la colecistitis aguda. El ajustar la profilaxis según la gravedad de cada caso es una buena herramienta para racionalizar el uso de antibióticos y evitar el desarrollo de resistencias.

CO-09. IMPACTO DE LA VÍA DE ABORDAJE EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA APENDICITIS AGUDA. ESTUDIO OBSERVACIONAL UNICÉNTRICO.

J Santoyo Villalva, A García Jiménez, S Ercoreca Tejada, MA Herrero, R Conde Muiño, Y Fundora Suárez, N Muñoz, J Villar del Moral

Unidad Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: el tratamiento ideal de la apendicitis aguda (AA) es controvertido, existiendo opciones conservadoras y distintos abordajes quirúrgicos. En este estudio comparamos la cirugía convencional con la mínimamente invasiva para su tratamiento.

Material y métodos: estudio observacional unicéntrico sobre pacientes tratados quirúrgicamente por AA entre enero de 2016 y octubre de 2017. Criterios de exclusión: no confirmación quirúrgica del diagnóstico de AA, o abordaje quirúrgico diferente del laparoscópico o el convencional (incisión de Mc Burney o laparotomía media). Se evaluaron diferentes variables epidemiológicas, clínicas y de pruebas de imagen, quirúrgicas y del postoperatorio, analizando el impacto del abordaje quirúrgico efectuado. Las variables cuantitativas se han descrito mediante su mediana y rango intercuartílico (RI), y se han comparado mediante test no paramétricos (U de Mann-Whitney). Las

cualitativas se han descrito por porcentajes y comparado mediante test de chi-cuadrado. El nivel de significación se ha establecido en $p < 0,05$, y el programa estadístico utilizado ha sido SPSS v20.0.

Resultados: cumplieron criterios de inclusión 682 pacientes: 201 (29,5%) fueron intervenidos vía laparoscópica, y en 481 (70,5%) se usaron abordajes convencionales: 459 vías Mc Burney y 22 laparotomías medias. En un 3,9% de los abordajes endoscópicos se precisó conversión a laparotomía. Las características clínicas, epidemiológicas y quirúrgicas vienen desglosadas en la **Tabla 1**. En la **Tabla 2** se describe el estado intraoperatorio de la cavidad peritoneal. El curso postoperatorio y la morbilidad acaecida se resumen en la **Tabla 3**. La mortalidad ascendió a dos pacientes (0,29%).

	Serie global n=682	Abordaje laparotómico n=481	Abordaje laparoscópico n=201	p
Género masculino	373 (54,7%)	265 (55,1%)	108 (53,7%)	0,800*
Edad en años (mediana y RI)	32 (21-49)	29 (20-45)	41 (29-57)	0,000 §
Cirugía abdominal previa	55 (8,1%)	28 (5,8%)	27 (13,4%)	0,001 *
Índice de masa corporal	26 (23-30,5)	23 (20-27)	31,5 (28-37,5)	0,005 §
Sugerencia ecográfica de apendicitis complicada	54 (10,1%)	32 (8,4%)	22 (14,2%)	0,413*
Sugerencia por TAC de apendicitis complicada	34 (36,1%)	26 (49%)	9 (20,9%)	0,000 *
Tiempo de evolución hasta la cirugía en horas (mediana y RI)	24 (24-48)	24 (24-48)	24 (24-48)	0,789§
MIR como cirujano principal	618 (90,6%)	447 (92,9%)	171 (85,1%)	0,002 *
Apéndice gangrenoso o perforado	255 (37,4%)	168 (34,9%)	87 (43,2%)	0,025 *

*: Test chi cuadrado. §: Test U de Mann-Whitney.

Tabla 1

Características basales de la serie, globalmente y desglosada según abordaje quirúrgico.

	Serie global n=682	Abordaje laparotómico n=481	Abordaje laparoscópico n=201	p
Sin contaminación	550 (80,6%)	400 (83,1%)	150 (74,6%)	0,013 *
Absceso-plastrón	30 (4,4%)	16 (3,3%)	14 (6,9%)	
Peritonitis local	79 (11,6%)	47 (9,7%)	32 (15,9%)	
Peritonitis difusa	23 (3,4%)	18 (3,7%)	5 (2,5%)	

*: Test chi cuadrado.

Tabla 2

Estado de la cavidad peritoneal evidenciado durante la cirugía.

	Serie global n=682	Abordaje laparotómico n=481	Abordaje laparoscópico n=201	p
Tiempo quirúrgico (mediana y RI)	55 (40-75)	50 (35-70)	70 (55-85)	0,000 §
Estancia postoperatoria en días (mediana y RI)	2 (1-4)	2 (1-4)	2 (1-3)	0,059§
Infección de herida	30 (4,4%)	22 (4,5%)	8 (4,0%)	0,455*
Infección intraabdominal	25 (3,6%)	15 (3,1%)	10 (4,9%)	0,169*
Reingreso urgente	21 (3,0%)	13 (2,7%)	8 (4,0%)	0,256*

§: Test U de Mann-Whitney. *: Test chi cuadrado.

Tabla 3

Morbilidad y evolución postoperatoria.

Conclusiones: los operados por laparoscopia son más mayores, con mayor frecuencia obesos, con más cirugías previas, y con apendicitis más evolucionadas que los sometidos a laparotomía. Esto se traduce en un mayor tiempo quirúrgico, pero no en mayor morbilidad postoperatoria. Tanto el abordaje quirúrgico endoscópico como el convencional son seguros y efectivos para el tratamiento de la AA.

CO-10. PROTOCOLO DE MANEJO AMBULATORIO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA. RESULTADOS TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN.

M Retamar Gentil¹, D Angulo González², L Alvarez Llano³

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla ²Servicio Radiodiagnóstico. Hospital Manacor, Manacor ³Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Manacor, Manacor

Introducción: la diverticulitis aguda es la complicación más frecuente de la enfermedad diverticular del colon. Hasta un 20% de los pacientes con diverticulosis presentarán al menos un episodio de diverticulitis aguda.

El tratamiento ambulatorio es aplicable en más del 75% de los pacientes con diverticulitis aguda no complicada. Supone una reducción de costes y, probablemente, una mejor calidad de vida para los pacientes.

El objetivo de este estudio es optimizar el manejo conservador de los pacientes con diverticulitis aguda no complicada.

Material y métodos: se elabora el protocolo de actuación para manejo de los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada en Urgencias, en colaboración con los Servicios médicos implicados. Se hace seguimiento durante el primer año de implantación. Se diagnostican 52 casos de diverticulitis aguda no complicada de los cuales solo cumplen los criterios de inclusión 19 pacientes, con una distribución similar por sexos y edad media de 56 años, el 20% de los pacientes había presentado un episodio previo tratado de forma conservadora.

Resultados: las causas de exclusión fueron: signos de sepsis en 36%, comorbilidades: 30%, 24% por criterios del facultativo y 12% por negativa del paciente. De los 19 pacientes incluidos solo uno requirió ingreso durante el seguimiento por mal control del dolor. El 100% de los pacientes fueron valorados en consultas a la semana de inicio del tratamiento y se realizó estudio endoscópico en 16 pacientes con confirmación diagnóstica en 100% de los casos. Dos pacientes se perdieron en el seguimiento a los dos meses. Ningún paciente ha presentado recaídas en el seguimiento a seis meses.

Conclusiones: el tratamiento ambulatorio es seguro, efectivo y fácil de aplicar. Se requiere de la participación de los distintos Servicios implicados, y es muy importante la correcta información al paciente así como un control del dolor adecuado siendo ésta la primera causa de fracaso del tratamiento.

CO-11. TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA: ACTUALIZACIÓN, MANEJO Y PRESENTACIÓN DE NUESTRA SERIE DE CASOS RECIENTES.

F Ramos Muñoz, N Ávila García, R Gómez Pérez, A del Fresno Asensio, L Pico Sánchez, N Martos Rojas, S Mansilla Díaz, S Martín Cortés, E Buendía Peña, R de Luna Día

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

Introducción: la trombosis venosa mesentérica (TVM) se define como la hipoperfusión por oclusión de la vena mesentérica. La localización más frecuente afectada es el íleon (64-83%) y supone la causa menos frecuente de isquemia mesentérica (5-10%), por detrás de la embolia arterial, la isquemia no oclusiva y la trombosis arterial.

Caso clínico: se presentan cuatro casos de varones de 43, 58, 63 y 74 años con antecedentes de obesidad, que acuden a Urgencias por dolor abdominal de 3-9 días. Tras empeoramiento clínico y analítico, se solicita TC de abdomen con contraste intravenoso, observando una TVM con extensión a la vena porta, engrosamiento mural de intestino delgado y líquido libre.

En el varón de 58 años, con cirrosis avanzada, se realizó amplia resección de yeyuno y anastomosis primaria, evolucionando favorablemente. En los otros tres se realizaron resecciones de uno o dos segmentos de yeyuno e íleon sin anastomosis, y a las 48 horas, second-look, comprobación de no progresión isquémica y anastomosis diferida. De estos tres, uno falleció por sepsis y los otros dos requirieron múltiples intervenciones con terapia de presión negativa para abdomen abierto ABThera™. Uno falleció a los dos meses por probable TEP y otro pudo someterse finalmente a reconstrucción del tránsito intestinal.

Discusión: la TVM es una entidad infrecuente con una alta mortalidad (10-44%). El diagnóstico se basa en identificar factores de riesgo (procesos inflamatorios abdominales, neoplasias, HTP, antecedentes tromboembólicos, trombofilias), el dolor desproporcionado a la exploración y la realización de TC de abdomen con contraste intravenoso. Su tratamiento es fundamentalmente médico con anticoagulación, pero hasta el 30% de las TVM requieren cirugía. La cirugía está indicada en casos de infarto transmural, perforación, peritonitis, síndrome compartimental u obstrucción intestinal, preferentemente mediante laparotomía. En caso de dudas sobre la progresión, síndrome compartimental o sepsis, se recomienda realización de cierre de abdomen temporal y second-look.

CO-12. VALIDACIÓN MULTICÉNTRICA Y CALIBRACIÓN DE SCORE PARA APENDICITIS AGUDA.

RGOBOT West Midlands Research Collaborative

Grupo Cirugía General. Universidad de Sevilla, Sevilla

Introducción: identificar y calibrar el mejor score para pacientes con dolor en fosa iliaca derecha.

Material y métodos: los datos de los pacientes consecutivos de 16 a 50 años con dolor en fosa iliaca derecha que acuden a Urgencias de los hospitales incluidos en el estudio (grupo RIFT) fueron incluidos de

forma prospectiva. Los scores de Alvarado, AIR, AAS y RIPASA fueron calculados. La capacidad de las puntuaciones, estratificados por sexo, para identificar a los pacientes con bajo riesgo de apendicitis se evaluó mediante el cálculo de las tasas de fracaso (proporción de pacientes en grupo de riesgo con un diagnóstico final de apendicitis) y eficacia (proporción general de pacientes clasificado como de bajo riesgo). Un proceso de consenso identificó la tasa máxima de fallo aceptable para ser el 5% y la eficiencia mínima clínicamente útil es del 30%.

Resultados: se incluyeron 6.130 pacientes en 169 centros de varios países europeos. Entre las mujeres, de las cuatro puntuaciones, el AIR alcanzó la eficiencia más óptima, mientras que mantiene la tasa de fallos <5% (tasa de fallo 4,1% y eficiencia 44,2% al corte <4 puntos). Entre los hombres, ningún sistema de puntuación cumplió con los criterios predefinidos.

Conclusiones: el score AIR calibrado complementa el juicio clínico, permitiendo a los médicos identificar mujeres con bajo riesgo de apendicitis y que pueden ser aptas para el alta temprana y manejo ambulatorio.

CO-13. IMPORTANCIA DE LOS SUBTIPOS MOLECULARES Y ESTADIAJE AXILAR INICIAL EN EL MANEJO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA SOMETIDAS A QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE: INICIO DE UN ESTUDIO PROMETEDOR.

F Ramos Muñoz, FJ Fernández García, L Pico Sánchez, R Gómez Pérez, N Martos Rojas, N Ávila García, S Mansilla Díaz, E Buendía Peña, S Martín Cortés, JF Roldán de la Rúa, R de Luna Día

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

Introducción: evaluar la influencia del subtipo molecular inmunohistoquímico tumoral y el estadiaje axilar en el pronóstico de pacientes con cáncer de mama sometidas a quimioterapia neoadyuvante.

Material y métodos: presentamos un estudio de cohortes retrospectivo sobre 57 pacientes diagnosticadas de neoplasia maligna de mama intervenidas en nuestro servicio en 2015 que fueron sometidas a tratamiento con quimioterapia neoadyuvante. Se clasificaron en función de presentar afectación axilar positiva (29 pacientes N+) o negativa (28 pacientes N-) y según cinco subtipos moleculares: Luminal A (6 pacientes), Luminal B Her2- (10 pacientes), Luminal B Her2+ (17 pacientes), Her2+ (8 pacientes), y Triple negativo (16 pacientes).

Resultados: la mediana de edad fue de 49 años (29-72 años), la histología fue predominante de carcinoma ductal infiltrante (93%) y el subtipo molecular más frecuente fue el Luminal B Her2+. Se pudo realizar cirugía conservadora en 33 pacientes (57,9%) y la linfadenectomía axilar se realizó en 35 (61%). La respuesta completa patológica (RCp) se alcanzó en 15 (26,3%) y durante un seguimiento de tres años 44 pacientes (77,2%) no presentaron evidencia de enfermedad, 10 (17,5%) presentaron progresión, 1 (1,8%) presentó recidiva tumoral y 2 fallecieron (3,5%). En las pacientes N- el 32,1%

alcanzaron RCp y el 14,3% presentaron progresión clínica tumoral a los tres años, frente a las pacientes N+, con 20,7% de RCp y 31% de progresión tumoral. Tumores Her2+ y Triple negativo obtuvieron la mayor parte de RCp (37,5% y 43,8%).

Conclusiones: el estudio de los subtipos moleculares y el estadiaje ganglionar al inicio del diagnóstico es importante a la hora de indicar la neoadyuvancia y para predecir la respuesta clínica y patológica en las pacientes intervenidas de cáncer de mama que se someten a tratamiento con quimioterapia neoadyuvante.

CO-14. NUEVOS RETOS EN GESTIÓN: IMPLANTACIÓN DE CONSULTA VIRTUAL EN UNIDAD DE MAMA PARA ENTREGA DE RESULTADOS DE BIOPSIAS DE LESIONES MAMARIAS BENIGNAS.

S Martín Cortés, FJ Fernández García, R Gómez Pérez, V Scholz Gutiérrez, N Martos Rojas, F Ramos Muñoz, L Pico Sánchez, R de Luna Díaz

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

Introducción: análisis de resultados de una consulta virtual tras un año de su inicio, cumplimiento de objetivos y satisfacción de pacientes.

Material y métodos: la prevalencia de la patología mamaria es alta con un importante calado emotivo. El número de biopsias mamarias cada vez son más frecuentes al incrementarse el número de pruebas, y por ende, el número de hallazgos. Cualquier biopsia precisa de un resultado rápido, pero en la mama, la presión es mayor. El volumen de interconsultas generadas propiciaba el desbordamiento de las consultas incumpliendo con los requerimientos del PAI de mama para resultados de benignidad.

Según el PAI de Mama del SAS las pacientes sometidas a biopsia mamaria con resultado de benignidad deben ser informadas antes de 45 días. Este objetivo se ha conseguido con una consulta virtual vía telefónica en aquellas pacientes que no precisan valoración clínica. En caso contrario se informa del resultado y se cita en consulta especializada. En caso de no contactar con la paciente se cita vía correo ordinario.

Resultados: desde febrero de 2017 se han realizado 32 consultas virtuales atendiendo a 800 pacientes. Se han generado un 15% de consultas presenciales (50% por no contestar la llamada). Con ello se han liberado un total de 120 citas presenciales lo que ha permitido dar una respuesta más rápida a toda la patología de mama reduciendo drásticamente los tiempos de demora en la misma. Las principales limitaciones de este método se reducen a problemas en los datos de filiación o a la hora del contacto

Conclusiones: una consulta virtual ha demostrado ser un método efectivo y eficiente en el manejo de la patología benigna de la mama de cara a la optimización de las consultas presenciales para la resolución de otros procesos.

CO-17. ANÁLISIS DEL ESTADIAJE PREOPERATORIO DEL CÁNCER GÁSTRICO MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y ECOENDOSCOPIA EN PACIENTES GASTRECTOMIZADOS.

A Senent Boza¹, M Socas Macías¹, CJ García Sánchez², F Moreno Suero¹, F López Bernal¹, I Alarcón del Agua¹, A Barranco Moreno¹, FJ Padillo Ruiz¹, S Morales Conde¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla ²Universidad de Sevilla, Sevilla

Introducción: la importancia de una estadificación adecuada en el cáncer gástrico radica en proporcionar el mejor tratamiento disponible para conseguir el mejor pronóstico, seleccionando aquellos pacientes que podrían beneficiarse de quimioterapia y/o radioterapia preoperatoria.

Nuestro objetivo es analizar la precisión de la tomografía computerizada y la ecoendoscopia al determinar el tamaño tumoral y la afectación ganglionar.

Material y métodos: realizamos un estudio de validación de pruebas diagnósticas sobre una base de datos prospectiva de 223 pacientes intervenidos de cáncer gástrico entre 2014 y 2018. Se incluyeron aquellos pacientes sometidos a cirugía sin neoadyuvancia. Se analizó la concordancia entre la anatomía patológica de la pieza quirúrgica y el estadiaje preoperatorio obtenido mediante TC y/o ecoendoscopia.

Resultados: fueron incluidos 36 pacientes. Todos disponían de TC preoperatorio y 32 de ecoendoscopia. Sólo en 16 casos pudo ser evaluada la T mediante TC y en 30 casos la N.

La TC sobreestadificó la T en 2 casos (12,5%), en 7 (43,8%) se estadificó correctamente y en 7 (43,8%) la infraestadificó. La N se sobreestadificó en 2 casos (6,7%), fue correctamente estadificada en 14 (46,7%) e infradiagnosticada en 14 (46,7%).

La ecoendoscopia sobreestadificó la T en 5 tumores (13,9%), la estadificó correctamente en 18 (56,3%) e infraestadificó en 9 (28,1%). La N se sobreestadificó en un caso (3,1%), fue estadificada correctamente en 17 (53,1%) e infradiagnosticada en 14 (43,8%).

Al distinguir los tumores superficiales (T1-2) de los profundos (T3-4), la TC mostró una sensibilidad del 100%, una especificidad del 66,7% y un valor kappa de 0,64. La ecoendoscopia presentó una sensibilidad del 93,8%, una especificidad del 68,8% y un valor kappa de 0,63.

Conclusiones: la principal limitación del estudio es el reducido tamaño muestral, lo que nos lleva a interpretar los resultados del estudio con cautela. No obstante, observamos que la estadificación preoperatoria del cáncer gástrico dista mucho de ser perfecta. Los datos publicados en la literatura son dispares.

CO-18. CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN TRAS TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS FALLIDAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.

MA Mayo Ossorio, JM Pacheco García, S Cerrato Delgado, J Varela Recio, A Bengoechea Trujillo, M Fornell Ariza, C Peña Barturen, S Ayllón Gámez, S Roldán Ortiz, MC Bazán Hinojo

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

Introducción: presentamos nuestra experiencia en la cirugía bariátrica de revisión tras técnicas endoscópicas.

Material y métodos: desde marzo de 2012 a diciembre de 2017 Se han intervenido en nuestro centro 300 pacientes de cirugía bariátrica. De ellos siete pacientes habían sido sometidos a procedimientos endoscópicos, cinco portadores de balón intragástrico y a dos de ellos se les había realizado técnica POSE. Seis mujeres y un hombre con edad media 42 años. Cuatro sin comorbilidades y dos de ellos presentaban síndrome metabólico. Peso medio 125,2 Kg, con IMC medio de 44,97%. Tiempo medio desde el procedimiento endoscópico hasta la cirugía 2,2 años. Motivo en todos los casos re-ganancia ponderal. A todos ellos se les realizó gastrectomía vertical según técnica habitual de la unidad.

Resultados: el postoperatorio en todos los casos cursó sin incidencias, siendo dados de alta al tercer día postoperatorio excepto en un caso que fue al quinto día por náuseas postoperatorias. No se presentaron complicaciones postoperatorias inmediatas ni tardías y a los tres años de la cirugía mantiene adecuada pérdida ponderal con un PSP a los tres años de 75,6+/-14,2.

Conclusiones: entre las técnicas endoscópicas para el tratamiento de la obesidad, la más empleada con pobres resultados ha sido el balón intragástrico, y últimamente están tomando mayor protagonismo la gastroplastia vertical endoscópica. A pesar de ello los resultados son pobres a largo plazo y precisan en muchos casos de cirugía de revisión por inadecuada pérdida ponderal. La realización de una gastrectomía vertical laparoscópica tras el fracaso de una técnica endoscópica es adecuada siempre realizada de forma cuidadosa. En nuestro caso se realizó esta técnica con buenos resultados en cuanto a pérdida ponderal a medio plazo y sin complicaciones. No obstante son pocos los casos de nuestra serie y sería necesario un seguimiento a largo plazo.

CO-19. GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER GÁSTRICO.

R Escalera Pérez¹, C Medina Achirica¹, E Muñoz Caracuel¹, JJ del Rio Ignacio², F Mateo Vallejo¹, E Gutiérrez Cafranga¹, F García Molina¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera ²UGC Anatomía Patológica. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: determinación del ganglio centinela. Disminuir la tasa de falsos negativos comparando la afectación ganglionar mediante dos técnicas anatomopatológicas. Por un lado la determinación de la afectación mediante la técnica de hematoxilina-eosina convencional y la técnica OSNA (One-Step Nucleic Acid Amplification) mediante la amplificación molecular del ARN mensajero de la Citoqueratina 19.

Material y métodos: disminuir la tasa de falsos negativos comparando la afectación ganglionar mediante dos técnicas anatomopatológicas. Por un lado la determinación de la afectación mediante la técnica de Hematoxilina-eosina convencional y la técnica OSNA (One-Step Nucleic Acid Amplification) mediante la amplificación molecular del ARN mensajero de la Citoqueratina 19.

Conclusiones: la afectación metastásica de los ganglios en el cáncer gástrico es un factor pronóstico y predictivo. Actualmente sigue en discusión la evidencia del concepto de GC por el elevado número de falsos negativos detectados.

El método molecular puede proporcionar un diagnóstico más preciso de la afectación ganglionar de los pacientes, permitiendo una mejor estadificación.

Por ello consideramos que la detección del ganglio centinela puede desempeñar un papel fundamental para obtener información individualizada y, de esta forma, modificar el procedimiento quirúrgico y el tratamiento adyuvante con el objetivo último de disminuir la morbimortalidad y mejorar la supervivencia.

CO-20. MÉTODO OBJETIVO PARA LA MEDICIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS INTERVENIDOS Y SU INFLUENCIA EN LA MEJORA DE COMORBILIDADES Y PARÁMETROS INFLAMATORIOS.

LT Ocaña Wilhelmi¹, A Fernández Valero¹, L Escriche Martín¹, D González Rueda², A Vargas Candela³, J Alcaide⁴, C Gómez Rebollo¹, R Rubia Rodríguez¹, LM Ocaña González¹, R Gómez Huelgas³, MR Bernal López⁵

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga ²Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga ³UGC Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga ⁴UGC Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga ⁵UGC Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: medir la actividad física (AF) con métodos objetivos, antes y después de la intervención quirúrgica en pacientes obesos mórbidos. Analizar si la actividad física tiene influencia en la pérdida ponderal, la mejora de las comorbilidades y de los parámetros inflamatorios.

Material y métodos: el estudio incluye once obesos mórbidos sometidos a intervención quirúrgica tipo gastrectomía vertical laparoscópica o by-pass gástrico.

Una semana antes de la cirugía, llevarán un Acelerómetro (Actigraph TM GT3X+ accelerometer Pensacola, FL.), que medirá su AF (MVPA, moderate to vigorous physical activity) prequirúrgica. Se les recomienda que hagan vida normal y se les estimula a que caminen. Tras la cirugía, al alta vuelven a portar el Acelerómetro durante una semana. Finalmente, se realizarán dos determinaciones más, a los sesenta días y al año de la intervención, también con acelerómetro y durante una semana.

Paralelamente se realiza el estudio de las comorbilidades, clínico y analítico, así como de los parámetros inflamatorios (PCR, IL-6 y TNFalfa), en los mismos periodos en que se recoge la actividad física.

El análisis estadístico se realiza en el Sistema Informático SPSS, 20.0.

Resultados: los pacientes, aún presentando valores de sedentarismo elevados (411,1 min/día), éstos se incrementan tras la intervención (643,6 min/día). También encontramos un descenso significativo tanto en la actividad ligera (592,4 vs 431,6 min/día) como el actividad física moderada-vigorosa (5,7 vs 77,5 min/día) tras la intervención. Sin embargo, aumenta la AF a los sesenta días y sobre todo al año de la intervención. De forma paralela mejoran sus comorbilidades y sus parámetros inflamatorios.

Conclusiones: se registra un descenso en la AF en el postoperatorio inmediato debido a que son pacientes convalecientes.

Hoy día hay un interés creciente en el rol de la actividad física tras la cirugía bariátrica.

Para medir la AF preferimos un método objetivo (acelerómetro) frente a la subjetividad de los cuestionarios.

CO-21. RESULTADOS EN EL USO DE MALLA EN LA REPARACIÓN DE LA HERNIA DE HIATO DE GRAN TAMAÑO.

S Ercoreca Tejada, J Triguero Cabrera, E Fernández Segovia, M Mogollón González, A Mansilla Roselló, A García Navarro, MJ Álvarez Martín, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: analizar el uso de mallas PTFE en la reparación laparoscópica de hernias de hiato de gran tamaño y recidivadas.

Material y métodos: estudio prospectivo, sobre cohorte de 30 pacientes sometidos a cardioplastia con malla PTFE + técnica antirreflujo laparoscópica, entre enero 2013 y diciembre 2017.

Estudio bivalente que evalúa factores asociados al éxito/fracaso quirúrgico. Seguimiento mínimo de 21 meses. Valor de p considerado significativo <0,05. Análisis estadístico con SPSS v20.0.

Resultados: 30 pacientes (12 mujeres, 18 varones) intervenidos, 4 (13,3%) de urgencia. Edad e IMC medio de 66,53 años y 27,6 Kg/m². 20 (66,7%) presentaron síntomas típicos, 9 (30%) atípicos y 1 (3,3%) asintomático. 5 (16,7%) hernia tipo I; 5 (16,7%) tipo II; 15 (50%) tipo III; y 5 (16,7%) tipo IV. 11, eran hernias recidivadas.

Previo a la intervención, 13 (43,3%) padecieron algún episodio de volvulación, 3 (10%) sangrado del saco herniario.

De los 29 enfermos con endoscopia digestiva alta, 4 (13,8%) presentaban esofagitis y 1 (3,4%) esófago de Barret. Se realizó manometría en 20 (66,7%) siendo el hallazgo mayoritario la hipotonía del esfínter esofágico inferior (16,7%). Se realizó funduplicatura de Nissen en 29 pacientes. Las mallas fueron adaptadas al tamaño del defecto hiatal, fijadas con tackers y tissuol. Cirugía sin complicaciones

en 28 pacientes (93,3%); uno sufrió apertura de la pleura sin repercusión y otro sangrado del bazo precisando conversión a vía abierta. Dos (6,6%) presentaron disfagia postoperatoria. Recidiva herniaria en el tránsito en cinco (17,2%), sólo dos con síntomas. Ninguna reintervención.

No se evidenciaron diferencias significativas entre los pacientes sometidos a cirugía por "de novo" o recidivada, salvo en mayor IMC en el primer grupo (p<0,01) y una mayor debilidad de los pilares diafrámicos en el grupo de hernias recidivadas (p<0,05).

Ninguna variable se mostró claramente relacionada con la aparición de recidiva.

Conclusiones: la colocación de malla en las funduplicaturas es aún controvertida. Aunque nuestros resultados evidencian una reducción en la morbilidad además de una disminución del índice de recidiva.

CO-22. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO EN PACIENTES CON RESULTADO NEGATIVO EN GAMMAGRAFÍA 99MTC-SESTAMIBI, RESULTADOS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE 35 CASOS.

S Cerrato Delgado, J Varela Recio, C Peña Barturen, S Ayllón Gámez, D Pérez Gomar, LF Romero Pérez, MA Mayo Ossorio, MD Casado Maestre, JM Pacheco García

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: tras la introducción de la gammagrafía con 99-Tc-sestamibi, la identificación preoperatoria en caso de adenomas paratiroides ha alcanzado el 75-95%. Pero seguimos sin localizar el 10-20% de los adenomas paratiroides. Ante esta situación en la provincia de Cádiz el Hospital Universitario Puerta del Mar es referencia para llevar a cabo su tratamiento quirúrgico mediante cervicotomía exploradora. Mediante esta revisión describimos el éxito de hasta un 94% de resolución en la serie de 35 pacientes en la primera cirugía.

Material y métodos: presentamos un estudio descriptivo retrospectivo sobre los casos de cervicotomías exploradoras en pacientes que había obtenido resultado negativo en la gammagrafía, que se han operado en Cádiz, con un total de 35 pacientes entre los años 2014 y 2018.

Resultados: podemos concluir que la cervicotomía exploradora ha resultado resolutive en el 94% de los pacientes en el primer acto quirúrgico. El 97% resolutive de forma global, requiriendo uno de los pacientes una segunda cirugía. La localización más frecuente ha sido un adenoma en paratiroides inferior derecha (28,5%). En cuatro de los 35 pacientes la localización era fuera de sus localizaciones habituales: dos en vaina carotidea, y dos en surco traqueo esofágico. En un 11,5% de los pacientes se ha requerido extirpación de hemitiroides. Ha día de hoy hay un paciente en tratamiento con colecalciferol, en seguimiento por endocrino.

Conclusiones: la cervicotomía exploradora es una técnica que realizada en un servicio con cirujanos especializados en patología endocrina tiene alta tasa de éxito, en nuestra experiencia un 97% han sido resolutive. Una baja tasa de complicaciones, donde solo hubo

que reintervenir a uno de ellos de forma programada, sin lesiones del nervio de recurrente, así como tampoco hemos registrado crisis de hipocalcemia con repercusión clínica.

CO-23. IMPORTANCIA DE LA MUTACIÓN DEL GEN BRAF EN EL CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES COMO FACTOR EN LA PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA.

I Pulido Roa, C Jiménez Mazure, M Ribeiro González, C Rodríguez Silva, J Turiño Luque, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: estudios recientes demuestran que la presencia de la mutación V600E del gen BRAF en el cáncer papilar de tiroides se asocia a un peor pronóstico.

El objetivo es el análisis descriptivo de nuestra serie de pacientes.

Material y métodos: estudio descriptivo observacional retrospectivo realizado sobre la cohorte de pacientes intervenida en la Unidad de Cirugía Endocrina del Hospital Regional Universitario de Málaga durante un año.

Resultados: durante el año 2017 se han intervenido en nuestra Unidad 27 pacientes con CPT. En 15 de éstos se ha realizado el estudio de la mutación del gen BRAF (55%); siendo 6 positivos (40%), 8 negativos (53%) y uno no concluyente (7%).

Los resultados del estudio comparativo entre los grupos de pacientes con o sin presencia de la mutación V600 del gen BRAF son:

- 1) La edad media del grupo con BRAF positivo fue menor (40 vs. 60 años).
- 2) El grupo con BRAF positivo demuestra una histopatología más agresiva en la pieza quirúrgica (invasión vascular y/o perineural: 67 vs. 25%).
- 3) El grupo con BRAF positivo presenta una mayor incidencia de neoplasias multifocales y/o bilaterales (50 vs. 13%).
- 4) El grupo BRAF positivo presenta un mayor porcentaje de invasión ganglionar (50 vs. 13%).
- 5) El grupo BRAF positivo requirió intervenciones quirúrgicas más agresivas con una mayor proporción de linfadenectomías (33 vs. 13%).
- 6) El grupo BRAF positivo precisó tratamiento adyuvante con I131 en un mayor porcentaje de pacientes (83 vs. 37%).
- 7) El grupo BRAF positivo ha presentado recidivas en el 33% de los casos, mientras que en el grupo BRAF negativo no se han objetivado.

Conclusiones: la mutación BRAF condiciona un peor pronóstico en el CPT debido a una mayor agresividad histológica y un índice más elevado de recurrencias.

Consideramos importante el estudio preoperatorio de éste para ser más agresivos en los casos de BRAF positivo.

CO-25. ABLACIÓN DE HEMORROIDES CON RADIOFRECUENCIA (TÉCNICA RAFAELO). RESULTADOS TRAS UN AÑO DE EXPERIENCIA.

JM Suárez Grau, I Duran Ferreras, A Gila Bohórquez, J Gómez Menchero

Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal de Riotinto, Minas de Riotinto

Introducción: después de realizar en los últimos cinco años realizando intervenciones de hemorroides con técnicas no exéreticas, presentamos nuestra experiencia durante el pasado año (2017) con ablación de hemorroides por radiofrecuencia entre (técnica Rafaelo). El objetivo principal es validar la técnica, comprobando sus resultados, y comprobar además el índice de complicaciones que hemos detectado realizándola.

Material y métodos: se han realizado en régimen de cirugía mayor ambulatoria un total de 30 cirugías hemorroidales (hemorroides sintomáticas de más de seis meses de evolución tipo II-III con tratamiento y fracaso del mismo) con técnica Rafaelo con seguimiento medio de seis meses (21-70 años de edad, 40% hombres - 60% mujeres) en 2017.



Figura 1 Sistema Rafaelo.

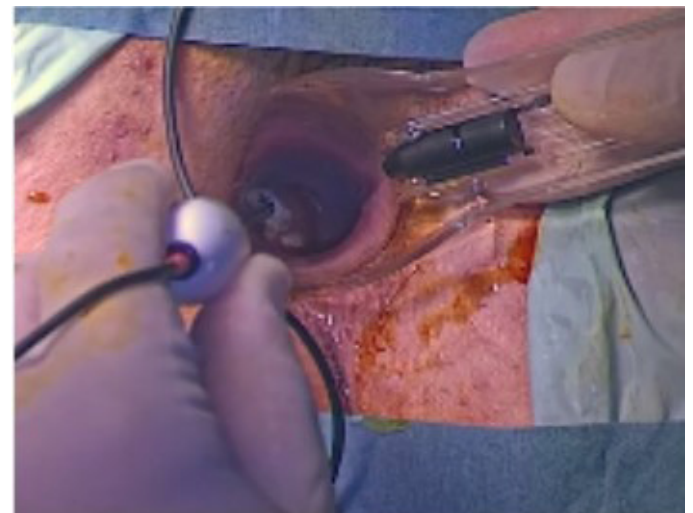


Figura 2 Imagen cirugía.

Resultados: todos los pacientes fueron dados de alta el mismo día. El índice de resolución ha sido excelente (solo 3,3% de recurrencia, un caso de hemorroides tipo III). La complicación más frecuente fue el dolor (mantenido más de una semana) en cinco casos (16%). La segunda complicación fue el sangrado rectal, tres casos (10%) requiriendo solo un paciente ingreso sin objetivar punto sangrante ni precisar hemoderivados. La tercera complicación fue la fisura en dos casos (6,6%, cursando con estreñimiento crónico en estos dos pacientes, requiriendo tratamiento laxante y para la fisura). No hemos detectado otras complicaciones en nuestra serie. La duración media de la intervención fue de catorce minutos. Los pacientes fueron intervenidos con sedación y anestesia local. La recuperación media fue a la semana del procedimiento, sin requerir curas de herida quirúrgica.

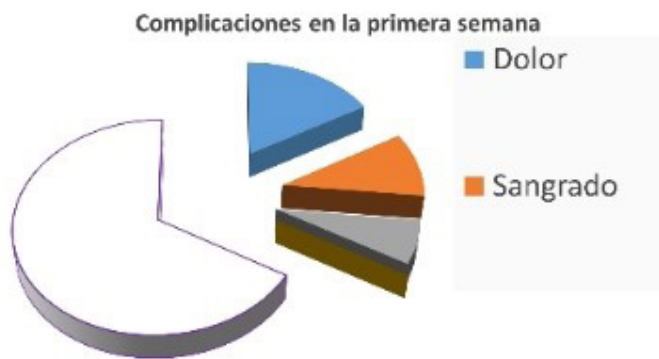


Figura 3
Complicaciones en la primera semana.

Conclusiones: el procedimiento es fiable y válido. Los resultados son equiparables a otras técnicas no exeréticas (TDH, LHP) para hemorroides sintomáticos grado II-III. El proceso es óptimo para la cirugía en régimen de CMA. Destaca la ausencia de lesiones esfinterianas, heridas perianales o de secreción (soiling). La recuperación precoz es uno de los factores más positivos de esta técnica.

CO-26. ESCISIÓN TOTAL DE MESORRECTO MEDIANTE ABORDAJE TRANSANAL EN NEOPLASIAS DE RECTO MEDIO/BAJO. RESULTADOS PRELIMINARES DE ESTUDIO PROSPECTIVO.

JM Romero Fernández, JA Robles de la Rosa, M Reig Pérez, A Amaya Cortijo, D Aparicio Sánchez

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos

Introducción: el abordaje laparoscópico de las neoplasias de recto medio/bajo conllevan dificultades propias de la localización del tumor y del procedimiento laparoscópico en sí. La escisión total de mesorrecto por vía transanal (TaTME) según los primeros artículos y comunicaciones publicadas parecen afirmar sus potenciales ventajas.

En nuestro Centro iniciamos el abordaje TaTME en marzo de 2014, diseñamos un estudio prospectivo y analizamos: estancia postoperatoria, complicaciones/morbilidad, mortalidad, tiempo

quirúrgico, número de adenopatías en la pieza quirúrgica y calidad de dicha pieza (grados de Quirke).

Material y métodos: recogida de datos prospectivo de pacientes con neoplasia de recto medio/bajo sometidos a TaTME entre marzo de 2014 a diciembre de 2017. 19 pacientes, 13 hombres y 6 mujeres con edades medias de 63 años los hombres y 71 años las mujeres.

Los tumores se situaron a una distancia máxima de 9 y mínima de 3 cm del margen de ano, medidas por RMN. El índice de masa corporal medio: 30%.

Un equipo quirúrgico realiza el procedimiento, tiempo abdominal para control vascular y movilización de ángulo esplénico, y tiempo transanal utilizando el dispositivo GelPointPath (Applied).

Resultados: estancia media postoperatoria de ocho días. Un paciente presentó infección tracto urinario, uno reingresó con trastornos hidroelectrolíticos por pérdidas, un paciente dado de alta con sondaje vesical, cuatro sinus presacros y una paciente con perforación posterior de vagina. Mortalidad a 30 días es 0. Tiempo medio quirúrgico: 176 minutos. 11 adenopatías de media en los especímenes.

Grado 3 de Quirke: 11 piezas. Grado 2: 5 piezas. Grado 1: 3 piezas.

Conclusiones: nuestro número de casos hasta la fecha no permite extrapolar conclusiones definitivas salvo la factibilidad del procedimiento. La agrupación de casos y la puesta en marcha de estudios prospectivos deberán aclarar las potenciales ventajas de TaTME.

CO-27. MANEJO DE LA FÍSTULA PERIANAL EN RÉGIMEN DE CMA Y CORTA ESTANCIA

JD Turiño-Luque, A Cabello Burgos, M Pérez Reyes, J Rivas Becerra, A Bayón Muñiz, A Martínez Ferriz, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: conocer el manejo de la fístula perianal en régimen de cirugía mayor ambulatoria y sus resultados.

Material y métodos: estudio descriptivo de los pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia desde 2015 a 2017 basado en el registro prospectivo de datos mediante el programa SPSS IBM Statistics incluyendo: características demográficas, patología y procedimiento, estancia, complicaciones, causa de pernocta no planificada, revisión en consulta.

Resultados: pacientes intervenidos 192; predominio en varón 74% (n=142); mediana de edad 49 años (DS±13,421); ASA grado I-II 92,5%. 88,5% pacientes (n=170) programados en régimen de CMA, tasa de pernocta no planificada 12,94%. Mediana de estancia hospitalaria (días) 0 (DS±0,598).

Características de las fístulas: interesfinterianas 13; transesfinterianas 116; supraesfinterianas 3; subcutáneas 45; rectovaginales 1; ausencia de fístula 3; no consta 11. Complejidad de la fístula: 150 simples; 34 complejas; no consta 8. Disposición de la fístula: radial 97; curva

5; herradura 1. Tratamiento: Fistulotomía 80; Fistulectomía 29; Fistulotomía+fistulectomía 34; setón±fistulotomía 30; otros 11; no consta 8. Primera revisión consulta: 118 pacientes alta; seguimiento 59; no acuden 15. Complicaciones: dolor 4; sangrado 1; recidiva 7; incontinencia 5; infección herida 6; hipertonia esfínter 2; fibrosis perianal 1; absceso perianal 1. Segunda revisión consulta: altas 14 pacientes; 30 seguimiento (setón); no acuden 2; nueva ILEQ 8.

Conclusiones: el manejo de la fístula perianal es complejo, existiendo un amplio abanico de posibilidades. Su manejo en régimen de CMA es factible y con buenos resultados en manos de cirujanos proctológicos.

CO-29. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE RECTO INFERIOR: TÉCNICA DE TURNBULL-CUTAIT.

N Martos Rojas, S Mansilla Díaz, A del Fresno Asensio, F Ramos Muñoz, R Gómez Pérez, C Monje Salazar, N Ávila García, LA Lobato Bancalero, R de Luna Díaz

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

Introducción: el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto inferior conlleva una resección anterior ultrabaja con exéresis total de mesorrecto y anastomosis colo-anal en caso de poder preservar el aparato esfinteriano. La principal desventaja es la dehiscencia de sutura, confeccionándose una ileostomía de protección para disminuir la incidencia de la misma.

Con el fin de evitar esta ileostomía, hemos reintroducido la técnica de Turnbull-Cutait.

Material y métodos: hemos intervenido a cinco pacientes con adenocarcinoma de recto inferior según esta técnica, con resultados prometedores. Consta de dos tiempos quirúrgicos; el primero, con una fase abdominal en la que se realiza una resección anterior ultrabaja laparoscópica con exéresis total de mesorrecto, y una fase perineal con una disección interesfinteriana y sección del recto por vía transanal a nivel de la disección abdominal. A través del canal anal se exterioriza un segmento de colon izquierdo. No se ha creado ninguna ileostomía de protección.

El segundo tiempo quirúrgico se ha llevado a cabo entre el quinto y el noveno día postoperatorio, efectuando una anastomosis colo-anal manual.

Resultados: con respecto a las complicaciones, dos casos de cinco fueron Clavien II, y uno IIIb. No ha habido ninguna dehiscencia. No disponemos de resultados a largo plazo. El primer caso presenta continencia total y los dos siguientes, moderada.

Conclusiones: el fundamento del Turnbull-Cutait es la creación de adherencias entre la pelvis y el muñón deslizado entre ambos tiempos quirúrgicos, evitando fugas anastomóticas secundarias a la tensión producida por la subida del suelo pélvico al finalizar la relajación anestésica del primer tiempo quirúrgico.

En otros centros, el Turnbull-Cutait se está llevando a cabo también para evitar una colostomía definitiva en pacientes reintervenidos por dehiscencia de anastomosis colorrectal, infección pélvica crónica,

fístulas rectovaginales/rectouretrales persistentes, y enfermedad de Crohn perianal fistulizante compleja. Esperamos continuar aplicando esta técnica, ampliar las indicaciones y analizar resultados a largo plazo.



Figura 1
Colon exteriorizado.



Figura 2
Anastomosis coloanal manual.

CO-30. UTILIDAD DE LA ILEOSTOMÍA VIRTUAL: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

S Ayllón Gámez, A Valverde Martínez, C Peña Barturen, J Varela Recio, S Cerrato Delgado, MJ Castro Santiago, MD Casado Maestre, JM Pacheco García

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

Introducción: análisis de las indicaciones y utilidad de la ileostomía virtual (IV) mediante la experiencia en nuestro centro desde 2015 a la actualidad.

Material y métodos: Ver tabla adjunta

PACIENTE	FECHA DE CIRUGÍA Y ALTA	TIPO DE CIRUGÍA	DIAGNÓSTICO	TÉCNICA QUIRÚRGICA Y VÍA DE ABORDAJE	EVOLUCIÓN. SITUACIÓN COLECTAL
1.- Mujer 49 años	Diciembre 2015 Alta al 6º día	Programada	Carcinoma de recto superior. T2N0M0	RAB + ileostomía virtual (I.V.). Vía laparoscópica.	Postoperatorio sin complicaciones. Retirada IV al alta. Seguimiento asintomática, libre de enfermedad.
2.- Varón 80 años	Mayo 2016 Alta al 14º día	Programada	Carcinoma de recto superior. T2-3N0M0	RAB + ileostomía virtual (I.V.). Vía abierta.	Postoperatorio sin complicaciones. Retirada IV al alta. Seguimiento asintomático, libre de enfermedad.
3.- Mujer 55 años	Junio 2016 Alta al 11º día	Programada	Recidiva tumoral en anastomosis colorrectal tras sigmoidectomía	RAuB + ileostomía virtual (I.V.). Vía abierta.	Postoperatorio sin complicaciones. Retirada IV al alta. Seguimiento asintomática, libre de enfermedad.
4.- Varón 62 años	Octubre 2016 Alta al 8º día	Programada	Carcinoma de recto medio. T3N1M1a	RAB + ileostomía virtual (I.V.). Vía abierta.	Postoperatorio sin complicaciones. Retirada IV al alta. Seguimiento asintomático, libre de enfermedad.
5.- Varón 57 años	Diciembre 2016 Alta al 16º día	Programada	Carcinoma de recto superior. T2N0M0	RAB + ileostomía virtual (I.V.). Vía abierta.	Conversión a ileostomía de descarga al 3º día PO por evidencia de fuga de anastomosis en drenaje. NO precisa reintervención ni otras medidas. Cierre ileostomía junio 2017. Seguimiento asintomático, libre de enfermedad.
6.- Mujer 73 años	Enero 2017 Alta al 10º día	Programada	Carcinoma de recto superior. T3N0M0	RAB + ileostomía virtual (I.V.). Vía laparoscópica.	Postoperatorio sin complicaciones. Retirada IV al alta. Seguimiento asintomática, libre de enfermedad.
7.- Mujer 49 años	Marzo 2017 Alta al 7º día	Programada	Carcinoma de recto bajo. T3N2aM1a	RAB + ileostomía virtual (I.V.). Vía laparoscópica.	Postoperatorio sin complicaciones. Retirada IV al alta. Seguimiento por oncología
8.- Mujer 52 años	Julio 2017 Alta al 32º día	Programada	Carcinoma de recto medio. T3N0M0	RAB + ileostomía virtual (I.V.). Vía laparoscópica.	Postoperatorio con conversión a ileostomía de descarga + lavado y drenaje al 3º día por fiebre y evidencia de fuga de anastomosis en TC. Drenaje percutáneo de colecciones intraabdominales los días 15º y 23º. NO precisa reintervención. Marzo 2018 ingreso para sellado endoscópico de trayecto fistuloso crónico a nivel de anastomosis. Seguimiento asintomática, porta ileostomía, libre de enfermedad.
9.- Varón 59 años	Octubre 2017 Alta al 5º día	Programada	Carcinoma de recto superior. T3N0M0	RAB + colectectomía + ileostomía virtual (I.V.). Vía laparoscópica.	Postoperatorio sin complicaciones. Retirada IV al alta. Seguimiento asintomática, libre de enfermedad.
10.- Varón 64 años	Diciembre 2017 Alta al 9º día	Programada	Carcinoma de sigma.	Sigmoidectomía + ileostomía virtual (por masa tumoral rectosigmoidea). Vía abierta.	Postoperatorio: íleo paralítico autolimitado. Retirada IV al alta. Seguimiento asintomática, libre de enfermedad.
11.- Varón 55 años	Julio 2017. Alta al 8º día	Programada	Carcinoma recto medio. T3N2M1	RAuB + ileostomía virtual (I.V.). Vía laparoscópica	Postoperatorio sin complicaciones. Retirada I.V. en CCEE (11º día). Hepatectomía derecha + metastasectomía diciembre 2017. Seguimiento por oncología.
12.- Mujer 68 años	Marzo 2018 Alta al 10º día	Urgente	Shock hipovolémico por laceración esplénica tras sigmoidectomía reglada.	Sigmoidectomía reglada. Shock hipovolémico al 2º día por laceración esplénica, se realiza esplenectomía + ileostomía virtual. Vía abierta.	Postoperatorio sin complicaciones. Retirada IV al alta. Pendiente seguimiento.

Tabla 1

alta (un paciente en CCEE); dos pacientes precisan conversión a ileostomía de descarga en postoperatorio precoz (segundo y tercer día postoperatorio) con evolución posterior favorable, uno de los casos precisó punción percutánea de colección abscesificada en dos ocasiones, pero ninguno precisó reintervención. Una de las pacientes, intervenida de forma urgente, portó IV tras reintervención de sigmoidectomía reglada por shock hipovolémico debido a laceración esplénica, con evolución posterior favorable y retirada de IV al alta. La media de estancia hospitalaria es de 11,33 días. No se objetiva prolongación de estancia o complicación directa por portar IV, así mismo no se ha registrado retraso en la instauración de tratamiento adyuvante por dicho motivo.

Conclusiones: las indicaciones de IV en nuestro medio aún no están oficialmente establecidas por falta de estudios que demuestren su eficacia en los distintos escenarios quirúrgicos. En nuestra serie la IV ayuda a evitar reintervención en los dos pacientes en que se evidencia fuga de anastomosis y no se asocia a ninguna complicación directa.

CO-31. ¿ES FACTIBLE IMPLEMENTAR EN ANCIANOS UN PROTOCOLO ERAS EN RESECCIÓN HEPÁTICA?

D Cabañó Muñoz, M Pérez Reyes, B Sánchez Pérez, FJ León Díaz, MP Gutiérrez Delgado, JA Pérez Daga, M Pitarch Martínez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: a pesar de las ventajas de la aplicación de los Protocolos ERAS en resecciones hepáticas todavía su implementación en ancianos es limitada y controvertida.

Implementar un protocolo de ERAS (Tabla 1) en ancianos sometidos a resección hepática. Comparar sus resultados (morbimortalidad, estancia y reingresos) frente a los pacientes en ERAS fuera de estos criterios.

Material y métodos: estudio de cohorte prospectivo desde diciembre de 2017 a abril de 2018. Incluimos 26 pacientes sometidos a resección hepática. Excluimos: T. Klastkin y ASA IV. Dividimos la muestra según edad: G70: 17/9 pacientes. Variables: demográficas, etiología, ASA, QT preoperatoria, vía de abordaje, técnica quirúrgica, tiempo quirúrgico, ERAS, morbi/mortalidad, estancia postoperatoria y reingreso.

DÍA PREVIO A INTERVENCIÓN	TARDE INTERVENCIÓN	POSTOPERATORIO
Ingesta hidratos carbono	Inicio tolerancia: agua/manzanilla	Deambulación 1º día
Dieta absoluta a partir de 24h	Levantar y sentarse en sillón	Retirada SNG (quirófano) y vesical (1ºPO)
Premedicación anestésica	Uso inspirómetro	Progresión dieta y reducción de sueroterapia
Uso inspirómetro		A partir del tercer día podría ser dado de alta
		Visita a la semana en Consulta

Tabla 1

Protocolo ERAS.

Resultados: la edad media global es 61,38 años, con predominio masculino (69%). La etiología fue: metástasis hepáticas (46%), hepatocarcinoma (38%) y patología benigna (12%). El abordaje

laparoscópico se usó en el 85% de los casos. La estancia media fue de 3,5 días. La mortalidad global fue 0%.

- ASA:
 - *<70 años:ASAIII (57%)
 - *>70 años:ASAIII (55%)
- Diagnóstico:
 - *<70 años:HC(35,%), Mx(47%)
 - *>70 años:HC(44,%), Mx(44,%)
- Tolerancia a las 8h
 - *<70 años:Sí(70,5%)
 - *>70 años:Sí(66%)
- Sentado tarde cirugía:
 - *<70 años:Sí(62,5%)
 - *>70 años:Sí(75%)
- Deambulación:
 - *<70 años:1ºPO(43%)
 - *>70 años:1ºPO(57%)
- Retirada Sondaje vesical:
 - *<70 años:1ºPO(62.5%)
 - *>70 años:1ºPO(89%)
- Postoperatorio inicial:
 - *<70 años:REA(88%)
 - *>70 años:REA(89%)
- ALTA:
 - *<70 años:≤ 3 días (59%)
 - *>70 años:≤3 días (44%)
- Complicaciones:
 - *<70 años:ClavienII (0%)
 - *>70 años:ClavienII (23,5%)
- Reingreso:
 - *<70 años(5.9%)
 - *>70 años(0%)

•Resección hepática:

- *<70 años: Mayor(80%)
- *>70 años: Mayor(20%)

Conclusiones: con estos resultados la implementación de un protocolo ERAS en pacientes >70 años parece ser una realidad. Sin que ello conlleve mayores índices de morbimortalidad ni aumente la tasa de reingreso, con la consiguiente reducción de costes y mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes.

CO-32. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN CIRUGÍA HEPÁTICA.

MÁ Suárez Muñoz, J Roldán de la Rúa, Y Eslava Cea, E Corrales Valero, S Mansilla Díaz, LC Hinojosa Arco, C Monje Salazar, J Cabrera Bermón, R de Luna Díaz

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

Introducción: es creciente el número de pacientes sometidos a cirugía hepática con abordaje laparoscópico. El objetivo de la comunicación es presentar la experiencia de una unidad de cirugía hepática interesada en la implementación del abordaje laparoscópico.

Material y métodos: en el periodo comprendido entre enero de 2014 y mayo de 2018 hemos intervenido un total de 61 pacientes por patología hepática mediante abordaje laparoscópico. El 55% fueron mujeres y el 45% hombres, de edades comprendidas entre 21 y 76 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron metástasis en el 36% de los casos, quistes hepáticos en el 25% y tumores malignos primarios (hepatocarcinoma y colangiocarcinoma) en el 21%. El abordaje de la cavidad abdominal se realizó en todos los casos mediante trócar de Hasson, oscilando el número total de trocates entre 3 y 6. Entre los procedimientos quirúrgicos principales realizados destacar dos hepatectomías derechas, 4 seccionectomías laterales izquierdas, y 3 seccionectomías posteriores derechas. El resto fueron resecciones limitadas o destechamiento de quistes.

Resultados: la estancia mediana ha sido de 2,04 días para este grupo de pacientes, sin ninguna mortalidad y con una tasa de complicaciones del 9%. No hubo infección de sitio quirúrgico en ningún caso. En nuestra experiencia llama la atención cómo el número de procedimientos laparoscópicos ha ido aumentando a lo largo de los años, siendo en la actualidad superior al 60% con un claro descenso en la cirugía abierta.

Conclusiones: nuestra unidad ha aumentado de manera significativa el número de pacientes intervenidos mediante laparoscopia, e igualmente, ha aumentado la complejidad de las técnicas realizadas. Los resultados en cuanto a morbilidad y estancia postoperatoria avalan el uso del abordaje laparoscópico.

CO-33. DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN TRASPLANTE HEPÁTICO: COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE TÉCNICA RÁPIDA VS. ECMO.

D Cabañó Muñoz¹, M Pitarch Martínez¹, B Sánchez Pérez¹, JL Fernández Aguilar¹, MC Montiel Casado¹, FJ León Díaz¹, MÁ Suárez Muñoz², JA Pérez Daga¹, JM Aranda Narváez¹, MP Gutiérrez Delgado¹, J Santoyo Santoyo¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga ²UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: comparar los resultados de la donación en asistolia controlada en el trasplante hepático según la técnica de extracción: rápida vs. ECMO.

Material y métodos: estudio de cohortes prospectivo que incluye 31 trasplantes hepáticos provenientes de donantes en asistolia controlada realizados entre marzo de 2014 a enero de 2018, de los cuales 22 fueron realizados con técnica rápida y 9 con ECMO.

Resultados: datos expresados como rápida/ECMO. Ambos grupos fueron homogéneos respecto las características del donante. Los tiempos de isquemia caliente en la extracción fueron comparables (medias: TIC funcional 15,8/14,4 min, p=0,49; TIC total 23,1/22,6 min, p=0,93). Las características de los receptores fueron similares, incluyendo MELD (16/15, p=0,19) y etiología (con predominio del hepatocarcinoma). No hubo ningún caso de disfunción primaria del injerto en el grupo de ECMO (68,2%/0%, p=0,001); consecuentemente los picos de transaminasas fueron mayores en el grupo de técnica rápida (GOT 5.828/1.165, p=0,01; GPT 2.343/727, p=0,002). La tasa de complicaciones postoperatorias fue similar en ambos grupos. No hubo diferencias significativas en cuanto al desarrollo de rechazo agudo (9,1%/0%, p=0,89) o de disfunción renal (18,2%/22,2%, p=0,79). La estancia media fue superponible (16,5/18 días, p=0,78). Aunque no resulta estadísticamente significativo, es llamativo que entre los ECMO no se han desarrollado complicaciones biliares (22,7%/0%, p=0,28) ni colangiopatía isquémica (13,6%/0%, p=0,53). Las complicaciones biliares en la técnica rápida fueron: un caso de fístula biliar postoperatoria que precisó reintervención, una estenosis anastomótica resuelta con CPRE y tres colangiopatías isquémicas, de las cuales una precisó finalmente un retrasplante. Ningún paciente del grupo ECMO ha sido retrasplantado. No se hallaron diferencias significativas con respecto a la supervivencia del paciente (77,3%/88,9%, p=0,64).

Conclusiones: el uso de ECMO disminuye las complicaciones derivadas del daño isquemia-reperusión como la disfunción primaria del injerto y la colangiopatía isquémica, haciendo muy similares los resultados de la donación en asistolia a los de la donación tras muerte encefálica.

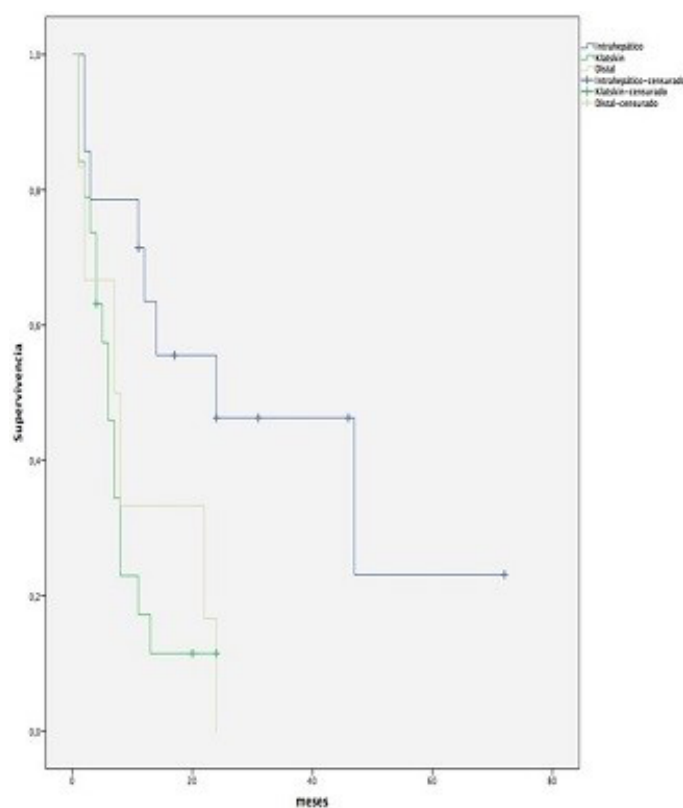
CO-34. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN DEL COLANGIOCARCINOMA EN FUNCIÓN DE SU LOCALIZACIÓN: INTRAHEPÁTICO, PERIHILIAR Y DISTAL.

LC Hinojosa Arco, EA Buendía Peña, F Ramos Muñoz, C Monje Salazar, E Corrales Valero, N Martos Rojas, R de Luna Díaz, MÁ Suárez Muñoz

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

Introducción: el colangiocarcinoma es un tumor del epitelio biliar, se puede clasificar anatómicamente en tres tipos: colangiocarcinoma intrahepático (CCAI), perihiliar (CCAp) y distal (CCAd). La literatura no consideraba el subtipo de colangiocarcinoma para describir su historia natural o tratamiento, creemos que diferenciándolos, puede ayudar a conocer mejor su comportamiento y elegir la opción terapéutica más óptima.

Material y métodos: se revisaron pacientes con colangiocarcinoma entre 2014-2017 en nuestro centro, clasificándolos en: CCAi, CCAp y CCAd. Se anotó el estadio, la actitud terapéutica (quirúrgica, quimioterápica o paliativa) y, en su caso, el tipo de cirugía realizada. Se estudió comparativamente la supervivencia global y libre de enfermedad mediante el test de Log-Rank.



Comparaciones globales			
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	8,633	2	.013

Figura 1 Curva de supervivencia de subtipos de colangiocarcinoma (CCAI azul), (CCAp verde), (CCAd amarillo).

Resultados: se analizaron 42 casos. El 38% presentó CCAi, 48% CCAp y 14% CCAd. La edad media fue de 63, 72 y 68 años respectivamente. En el momento del diagnóstico hubo 2,4% pacientes en Estadio I, 24% en Estadio II, 17% en Estadio III y 29% en Estadio IV. Se practicó algún tratamiento al 47,6% de pacientes (65% cirugía con intención curativa, 20% quimioterapia y 15% cirugía paliativa). Los tipos de intervenciones

fueron: 12,5% segmentectomía hepática, 25% seccionectomía, 18,75% hepatectomía derecha, 12,5% hepatectomía izquierda, 6,25% duodenopancreatectomía cefálica, 6,25% resección biliar asilada y 18,75% derivación paliativa. Se administró quimioterapia adyuvante al 6,3% de los casos. Apareció recidiva al 61,5% de pacientes intervenidos, con un tiempo medio de 16,2 meses.

El seguimiento medio fue de 12,85 meses (rango de 1 a 71). Los pacientes con CCAi reflejaron mayor supervivencia global respecto al CCAp y CCAad ($p=0,01$), con una media de 20,5, 7,1 y 10,7 meses respectivamente. La supervivencia libre de enfermedad fue mayor en el grupo de CCAi (16,5 respecto a 14,5 meses en CCAp). La cirugía objetivó una mayor supervivencia, seguidos del tratamiento quimioterápico ($p=0,02$).

Conclusiones: los resultados muestran que cada subtipo de colangiocarcinoma tiene un comportamiento y evolución natural diferente. Estos hallazgos podrían ser de interés en el conocimiento y manejo de este tipo de tumores en el futuro.

CO-35. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO DEL ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO COMPARADO CON CIRUGÍA ABIERTA EN NECROSIS PANCREÁTICA.

L Pico Sánchez, J Roldán de la Rúa, S Mansilla Díaz, F Ramos Muñoz, N Martos Rojas, E Corrales Valero, E Buendía Peña, MA Suárez Muñoz

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

Introducción: el gold standard actual para el tratamiento de la necrosis pancreática (NP) infectada sigue siendo la necrosectomía por laparotomía, que asocia alta morbimortalidad. Los abordajes mínimamente invasivos (AMI) presentan menos complicaciones pero suele ser necesario hacer un abordaje secuencial ascendente (step-up approach)

Presentar los resultados de un estudio retrospectivo comparativo de los años 2016 y 2017 entre la laparotomía vs AMI en el tratamiento de la NP infectada.

Material y métodos: incluidos en el estudio 31 pacientes: 16 AMI, 15 laparotomía. Edad media de 63,5 años, sexo masculino (22/9). Hubo seis pacientes en 2016, cuatro intervenidos por laparotomía, presentando un 50% de mortalidad. El AMI en los otros dos pacientes [quistogastrotomía endoscópica (QGE)] no presentó mortalidad. En 2017 hubo 25 pacientes, 11 abordados por laparotomía y 14 por AMI (dos necrosectomía laparoscópica, 12 QGE), siendo la mortalidad del primer grupo del 19% vs. 7% del segundo. 25 pacientes del estudio presentaron necrosis infectada, pero un 43% de ellos no precisaron intervención quirúrgica. La estancia hospitalaria media, estancia en UCI, días de ingreso previo al primer procedimiento y número de ellos, para el grupo de laparotomía/AMI fueron, respectivamente de 91/56, 50/7, 18/32 y 8/2,3. Clavien >3b en el 100% de los pacientes del grupo de laparotomía (mortalidad 26%), y del 25% en el AMI (mortalidad 6%).

Resultados: comparativamente, el abordaje laparoscópico vs. el laparotómico disminuye la estancia media global (91/76), la estancia

en UCI (50/10), el número de procedimientos (8/1), la morbilidad Clavien >3b (100%/50%), y la mortalidad (26%/0%). Un mayor tiempo de espera hasta el inicio de los procedimientos parece ser un factor

Conclusiones: el abordaje endoscópico, drenaje percutáneo o laparoscopia deben formar parte de la primera aproximación terapéutica a la NP. La laparotomía se deja para casos en los que el AMI y las medidas de soporte no sean efectivos.

CO-36. EXPERIENCIA PRELIMINAR EN EL USO DE ECMO EN DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN TRASPLANTE HEPÁTICO.

MP Gutiérrez Delgado¹, M Pitarch Martínez¹, B Sánchez Pérez¹, FJ León Díaz¹, JA Pérez Daga¹, JL Fernández Aguilar¹, MC Montiel Casado¹, JM Aranda Narváez¹, MÁ Suárez Muñoz², J Santoyo Santoyo¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga ²UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: exponer los resultados de nuestra experiencia preliminar en donación en asistolia controlada con uso de ECMO en trasplante hepático.

Material y métodos: estudio descriptivo incluyendo nuestros nueve primeros trasplantes hepáticos con ECMO, realizados entre noviembre/2016 y enero/2018.

Resultados: la edad media de los donantes fue 57 años (38-68 años). Todas las extracciones fueron realizadas entre los dos hospitales de la ciudad. Los tiempos de isquemia caliente (TIC) medios en la donación fueron: funcional 14,4 min (10-20), total 22,6 min (12-38). La etiología más frecuente de la enfermedad hepática en los receptores fue el hepatocarcinoma (55,6%). La mayoría tenían un buen estado funcional hepático (Child C 11%, MELD medio de 15). Los picos medios de GOT y GPT fueron 1.165 y 727 respectivamente. No se registró ningún caso de disfunción o fallo primario del injerto. Cinco pacientes tuvieron complicaciones postoperatorias, de las cuales tan solo tres fueron graves (Clavien≥III): hidroneumotórax que requirió tubo de tórax, hernia inguinal incarcinada que precisó reintervención e insuficiencia renal que precisó hemofiltración. No se produjo ningún éxito postoperatorio, ni hubo ningún caso de rechazo celular agudo. El 78% de los receptores mantuvieron una buena función renal postoperatoria. La mediana de la estancia fue doce días. No se registró ninguna complicación biliar postoperatoria ni durante el seguimiento; por tanto, en nuestra serie con ECMO no existen casos de colangiopatía isquémica. El seguimiento medio de la serie es de 270 días (52-532), durante el cual ningún paciente ha precisado retrasplante. Por último, la supervivencia global de esta serie es del 89%: solo se produjo un éxito por una sepsis de origen urinario dos meses tras el trasplante.

Conclusiones: el uso de ECMO permitiría evitar las complicaciones más temidas asociadas a la donación en asistolia como son la disfunción primaria del injerto y la colangiopatía isquémica.

CO-37. VERDE DE INDOCIANINA EN LA CIRUGÍA HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA.

MP Gutiérrez Delgado, B Sánchez Pérez, M Pitarch Martínez, M Pérez Reyes, FJ León Díaz, JA Pérez Daga, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: confirmar si la utilización de verde de indocianina junto con la ecografía intraoperatoria aumenta la detección de lesiones neoplásicas hepáticas y nos permite delimitar adecuadamente la línea de transición hepática.

Material y métodos: presentamos un estudio prospectivo de carácter descriptivo, desde enero hasta abril 2018. Incluimos catorce resecciones hepáticas laparoscópicas realizadas por patología maligna: metástasis o hepatocarcinoma. Once pacientes recibieron una dosis de ICG de 0,25 mg/Kg entre 16-72 horas previas, uno siete días previos a cirugía y en dos ocasiones se administró intraoperatoriamente (IO). Utilizamos la fuente de luz STRIKER. Variables estudiadas: edad, sexo, etiología, QT preoperatoria, BMI, ASA, número de lesiones preoperatorias (TAC/RNM/PET), número de lesiones detectadas por IGC/ECO io, tipo de resección hepática, transfusión, morbimortalidad, estancia post operatoria, borde de transección.

Resultados: en la serie predominó el sexo masculino (85%). La edad media fue 64. Al 100% se les realizó un TAC y al 50% RNM. La etiología: 57% metastásica, 29% CHC y 14% colangiocarcinoma. Todos los pacientes cirróticos eran CHILD A/B. El 50% de los metastásicos recibieron QT preoperatoria. Se realizaron 43% RH Mayores. No hubo complicaciones Clavien III ni mortalidad.

Se excluyeron dos pacientes por enfermedad irresecable. El ICG administrado 24-72 horas previas, nos permitió localizar la lesión en 89% de los casos, modificando la línea de transección si fuese necesario. No pudimos localizar la lesión en un paciente cirrótico porque el lavado hepático no existía. En los otros dos casos usados IO. nos delimitó la zona hepática a reseca tras el clampaje vascular. No hallamos lesiones NO visualizadas en el TAC, sin embargo, dos lesiones sospechosas no captaron IGC IO, se confirmó benignidad en la anatomía patológica.

Conclusiones: ante los datos preliminares obtenidos con la utilización del IGC en resecciones hepáticas laparoscópicas, podría ayudarnos a identificar lesiones no visibles, diferenciar lesiones no patológicas e indicarnos con seguridad una adecuada línea de transección hepática.

CO-38. ¿ES FACTIBLE IMPLEMENTAR EN CIRRÓTICOS UN PROTOCOLO ERAS EN RESECCIÓN HEPÁTICA?

D Cabañó Muñoz, M Pérez Reyes, B Sánchez Pérez, FJ León Díaz, MP Gutiérrez Delgado, JA Pérez Daga, JL Fernández Aguilar, I Mirón Fernández, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: a pesar de las claras ventajas de la aplicación de los Protocolos ERAS en resecciones hepáticas todavía su implementación

en pacientes cirróticos es limitada y controvertida. Nuestro objetivo es implementar un protocolo de ERAS (Tabla 1) en pacientes cirróticos sometidos a resección hepática. Comparar sus resultados (morbimortalidad, estancia y reingresos) frente a los pacientes en ERAS fuera de estos criterios.

Material y métodos: estudio de cohorte prospectivo desde diciembre de 2017 a abril de 2018. Incluimos 26 pacientes sometidos a resección hepática. Excluimos: T. Klastkin y ASA IV. Dividimos la muestra según presencia o ausencia de cirrosis: CNO: 16 y CSI: 10. Variables: demográficas, etiología, ASA, CHILD/MELD, QT preoperatoria, vía de abordaje, técnica quirúrgica, tiempo quirúrgico, ERAS, morbi/mortalidad, estancia postoperatoria y reingreso.

DÍA PREVIO A INTERVENCIÓN	TARDE INTERVENCIÓN	POSTOPERATORIO
Ingesta hidratos carbono	Inicio tolerancia: agua/manzanilla	Deambulación 1º día
Dieta absoluta a partir de 24h	Levantar y sentarse en sillón	Retirada SNG (quirófano) y vesical (1ºPO)
Premedicación anestésica	Uso inspirómetro	Progresión dieta y reducción de sueroterapia
Uso inspirómetro		A partir del tercer día podría ser dado de alta
		Visita a la semana en Consulta

Tabla 1

Protocolo ERAS.

Resultados: la edad media global es 61,38 años (r: 37-79) con predominio masculino (69%). La etiología fue: 46% metástasis hepáticas, 38% hepatocarcinoma y 12% patología benigna. El abordaje laparoscópico se usó en el 85% de los casos, sólo un 4% de conversión a vía abierta. La estancia media fue de 3,5 días (r: 1-11). Todos los pacientes cirróticos presentaban CHILD A/B. La mortalidad global fue 0%.

- ASA:
 - CSÍ:ASA II-III(100%)
 - CNO:ASA II-III(93%)
- Tolerancia a las 8h:
 - CSÍ:Si(60%)
 - CNO:Si(75%)
- Sentado tarde cirugía:
 - CSÍ:Si(70%)
 - CNO:Si(64%)
- Deambulación:
 - CSÍ:1ºPO(55.5%)
 - CNO:1ºPO(42%)
- Retirada Sondaje vesical:
 - CSÍ:1ºPO(80%)

-CNO:1ºPO(67%)

•Postoperatorio inicial:

-CSÍ:REA(90%)

-CNO:REA(87%)

•Estancia Postoperatoria:

-CSÍ:≤3 días(50%)

-CNO:≤3 días(56%)

•Complicaciones:

-CSÍ: Clavien II(10%)

-CNO: Clavien II(19%)

• Reingreso:

-CSÍ(0%)

-CNO(6.3%)

•Resección hepática:

-CSÍ:Mayor(40%)

-CNO:Mayor(60%)

Conclusiones: con estos resultados la implementación de un protocolo ERAS en pacientes cirróticos (A/B) parece ser una realidad. Sin que ello conlleve mayores índices de morbimortalidad ni aumente la tasa de reingreso, con la consiguiente reducción de costes y mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes.

CO-39. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD VENOSA CRÓNICA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

MJ Cuevas López, S Martínez Núñez, L Navarro Morales, M Flores Cortés, JM Machuca Casanova, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: la enfermedad venosa crónica (EVC) es una causa frecuente de morbilidad en la población general, especialmente en mujeres, suponiendo un importante consumo de recursos sanitarios. Muchos de estos pacientes precisarán en algún momento tratamiento quirúrgico, siendo la terapia endovascular (laserterapia) la considerada como gold standard por las últimas guías. En los últimos años se está planteando el tratamiento quirúrgico de la EVC en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA), sin ingreso hospitalario, siendo uno de sus objetivos la reducción de los costes hospitalarios. En este estudio pretendemos analizar la eficacia y seguridad del tratamiento de la EVC en dicho régimen.

Material y métodos: se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de las varices intervenidas en un hospital español de tercer nivel, desde 2013 a 2017, en un total de 287 pacientes.

Resultados: de los 287 pacientes analizados un 67% eran mujeres. De todos ellos, el 85,7% tenía afectación de la vena safena interna. En el 97,5% de los casos se realizó terapia endovascular con láser, en la mayoría de ellos (68,4%) bajo anestesia raquídea. Tan sólo un 4,7% de los pacientes consultaron en Urgencias durante el mes siguiente a la intervención, la mayoría por flebitis, y sólo uno precisó de ingreso hospitalario. No se precisó de reintervención en las primeras 24 horas en ninguno de ellos.

Conclusiones: dados los favorables resultados y la baja tasa de complicaciones asociadas, podemos concluir que el tratamiento de la EVC en régimen de CMA es eficaz y seguro, aunque dadas las limitaciones del estudio por el carácter descriptivo del mismo, es necesario continuar con los estudios de seguimiento más a largo plazo.

CO-40. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE CMA DE REFERENCIA.

R Ortega Higuero, E Majano Giménez, C Ruiz Marín, R Cobos Cuesta, MÁ Madero Morales, JM Capitán Vallvey

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén

Introducción: la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se define como la realización de procedimientos quirúrgicos que no exigen ingreso con antelación ni posterior a la intervención. Uno de los objetivos fundamentales de la CMA es conseguir la mayor satisfacción y bienestar del paciente. Para su evaluación tenemos dos herramientas fundamentales como son el número de reclamaciones y las encuestas validadas. El objetivo fundamental es medir el grado de satisfacción de los pacientes en la unidad de CMA de Jaén en el año 2017.

Material y métodos: se realizan un total de 3.762 encuestas a pacientes intervenidos en la unidad de CMA de Jaén durante el año 2017 englobando a todas las especialidades que allí realizan sus intervenciones (cirugía general, cirugía vascular, traumatología, oftalmología, ORL, dermatología, etc.). En estas encuestas se pretende medir el grado de satisfacción sobre todo con el personal, las instalaciones, hostelería, control del dolor y aspectos a mejorar.

Resultados: se realizan 3.762 encuestas a pacientes intervenidos en régimen de CMA. El 52,94% son mujeres y el 47,06% son hombres. La distribución entre los servicios son el 24,48% de cirugía general, 15,5% de traumatología, 50,74% de oftalmología, siendo el resto de otras especialidades. En general, el grado de satisfacción es muy bueno (75,03%). El dolor fue controlado en un 87,25% de los casos. Con respecto a las instalaciones están muy bien valoradas (48,86%). El trato recibido es en general muy bueno (superior al 70%) y la actitud del personal también ha sido muy bien valorada (superior al 70%). Entre los aspectos a mejorar son los problemas con la calefacción, el ruido en la sala de espera o problemas con la comida.

Conclusiones: en general, la valoración de los pacientes intervenidos en la unidad de CMA ha sido muy buena, al igual que en el resto de

unidades de CMA, confirmándose uno de los objetivos de la misma, aunque siempre hay aspectos en los que se puede mejorar.

CO-41. TÉCNICA TAR (SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES CON LIBERACIÓN DEL TRANSVERSO): NUESTRA EXPERIENCIA.

A Curado Soriano, Y Lara Fernández, B Bascuas Rodrigo, Z Varela Sánchez, JR Naranjo Fernández, R Jurado Marchena, L Sánchez Moreno, R Pérez Huertas, E Navarrete de Cárcer, F Oliva Mompeán

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

Introducción: la separación posterior de componentes es una autoplastia que permite la aproximación del colgajo músculo aponeurótico de los rectos a la línea media, en eventraciones de gran tamaño. El hecho de asociar una malla nos aporta una herramienta útil para tratar eventraciones complejas con grandes retracciones de los bordes aponeuróticos. El objetivo es presentar nuestra experiencia en la separación posterior de componentes con liberación de transversos.

Material y métodos: presentamos a catorce pacientes, con eventraciones de línea media con defectos mayores de 15 cm, que se intervinieron en nuestro centro mediante esta técnica, llevada a cabo desde 2016. El procedimiento se ha realizado con la apertura y liberación de las adherencias al saco. Para la reconstrucción se ha tallado el espacio retromuscular y se ha entrado en el plano de Rossen. Hemos colocado dos mallas: una biodegradable y otra de polipropileno de baja densidad. Cierre a línea media y dos drenajes: sobre la malla (retromuscular) y subcutáneo.

Resultados: de los catorce pacientes, 8 (57,14%) hombres y 6 (42,85%) mujeres, presentaron una mediana de IMC de 32,73 Kg/m², ligeramente superior en las mujeres (34,11 Kg/m² vs. 31,96 Kg/m²). No presentaron complicaciones mayores (perforación intestinal inadvertida, evisceración o hemoperitoneo). En cuanto a las complicaciones menores, obtuvimos tres (21,43%) seromas de herida, cuatro (28,57%) infecciones de herida quirúrgica (dos tratadas con terapia de presión negativa) y ningún hematoma. La estancia promedio fue de siete días. A largo plazo los pacientes no presentaron recidiva, con una media de seguimiento actual de doce meses (el rango entre el menor tiempo de seguimiento es de un mes y el mayor es de 24 meses).

Conclusiones: la separación posterior de componentes es una técnica útil y eficaz para las grandes eventraciones, alcanzando buenos resultados en cuanto a la recidiva y la reconstrucción funcional. Requiere un conocimiento anatómico exhaustivo y no está exenta de complicaciones, sobre todo en manos inexpertas.

CO-42. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA PARAESTOMAL. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

R Martínez Mojarro¹, P Rodríguez González², I Escobesa Suárez¹, A Utrera González¹, G Morales Martín¹, Á Rodríguez Padilla², N Reyes Lopera¹, R Balongo García¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva ²Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva

Introducción: las hernias paraestomales han representado y representan un problema desafiante. Su elevada incidencia (30-50%) y las técnicas disponibles han sido tema de estudio y debate durante décadas para cirujanos generales, coloproctólogos y sobre todo especialistas en patología de la pared abdominal. Existen varias técnicas quirúrgicas: Keyhole, Sugarbaker y Sándwich, que se asocian a una elevada tasa de recidivas. Las indicaciones se centran en los casos de dolor abdominal, obstrucción, incarceration o dificultad para el manejo del estoma.

Material y métodos: realizamos un estudio descriptivo de los pacientes intervenidos de hernia paraestomal sintomática con confirmación radiológica mediante la técnica de Sugarbaker entre enero de 2013 y diciembre de 2017. Se analizan variables sociodemográficas, aspectos quirúrgicos, estancia y complicaciones asociadas, realizando el análisis estadístico con SPSS vs 21.

Resultados: presentamos una serie de 24 pacientes, 16 varones y 8 mujeres, con una mediana de edad de 68 (intervalo de 20-74). Todos presentaban una colostomía terminal con hernia paraestomal tipo III sin asociar otras eventraciones.

Se realizó la técnica de Sugarbaker laparoscópica con malla PTFE fijada mediante tackers irreabsorbibles, con un tiempo medio de intervención quirúrgica de 90 minutos (60-120 minutos) sin registrarse complicaciones intraoperatorias. La mediana de estancia fue de tres días (intervalo de 2-10 días), presentando cuatro pacientes íleo postoperatorio prolongado. No hubo ningún reingreso. Como complicaciones destacan cuatro seromas que se trataron de forma conservadora. La mediana de seguimiento fue de un año (intervalo seis meses - un año), objetivándose una sola recidiva radiológica sin repercusión clínica en el paciente.

Conclusiones: la reparación laparoscópica de la hernia paraestomal mediante la técnica de Sugarbaker parece ser una alternativa segura y eficaz. Aunque no existe un "gold standard", la recurrencia sigue siendo alta independientemente de la técnica utilizada y tipo de prótesis.

CO-43. VALORACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN LAS HERNIAS POSTROCAR.

A García Reyes, Z Valera Sánchez, C Domínguez Sánchez, S de Lebusant Fernández, JR Naranjo Fernández, A Curado Soriano, E Navarrete de Cárcer, F Oliva Mompeán

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

Introducción: evaluación de una muestra de 30 pacientes con hernias postrocar desde enero a diciembre de 2017

Material y métodos: se ha realizado un estudio retrospectivo recogiendo todos los casos de hernia postrocar que se han operado en nuestra Unidad desde enero a diciembre de 2017 con un total de 30 pacientes.

Resultados: se han registrado 30 casos, 22 mujeres (73,3%) y 8 hombres (26,6%), con una edad media de 53,3 años (mediana 50,6, rango 30-85).

En nuestro estudio, 29 de los 30 pacientes revisados la hernia postrocar se produjo en orificios de trocar de 10 mm o superiores, mientras que solo en uno de ellos se produjo a través del orificio de un trocar de 5 mm (OCTOPORTB). El 46,6% de los pacientes incluidos tenían algún factor de riesgo. En cuanto a la localización de la hernia postrocar el 80% de los casos se produjo en línea media (80% Umbilicales y 20% epigástricas) y el 20% a nivel lateral (50% fosa iliaca derecha; 50% fosa iliaca izquierda).

Conclusiones: el aumento de técnicas quirúrgicas laparoscópicas ha traído consigo complicaciones específicas del proceso, la hernia postrocar. El registro nacional de hernias incisionales estima que el 16% de las mismas se deben a una hernia de trocar, estimando la incidencia global en torno al 0,14-22% según las series.

Los factores de riesgo dependientes del paciente son los mismos que para cualquier recidiva (obesidad, diabetes, infección de herida, desnutrición, inmunodepresión), mientras que dentro de los factores de riesgo técnicos destacan el uso de trocates ≥ 10 mm y la falta de un correcto cierre de los mismos.

La localización más frecuente de las hernias postrocar se produce a nivel umbilical.

Es necesario el cierre de todos los trocates por encima de 10 mm y valorar la colocación de prótesis en aquellos pacientes con factores de riesgo asociado.

CO-44. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN DE CORTA ESTANCIA. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA.

R Martínez Mojarro, A Vega Recio, P González Benjumea, P Beltrán Miranda, R Martín García-Arbolea, I Escosca Suárez, D Bejarano González-Serna, R Balongo García

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

Introducción: la introducción de la colecistectomía laparoscópica (CL) supuso una revolución en la práctica quirúrgica que llevó a un cambio de mentalidad en el manejo postoperatorio de forma general. Actualmente gran parte de las CL por coledocolitiasis no complicada se realizan en régimen de corta estancia, que ronda las 12-24 horas.

Material y métodos: estudio retrospectivo descriptivo de colecistectomías laparoscópicas en régimen de corta estancia durante diez meses.

Se analizan variables sociodemográficas, aspectos quirúrgicos, estancia, complicaciones asociadas, reingreso y calidad asistencial mediante una entrevista telefónica estructurada (escala Likert de cinco puntos).

Resultados: serie de 122 pacientes, 76 mujeres y 46 varones. Mediana de edad 58 años. Riesgo anestésico: 14,8% ASA I, 65,6% ASA II y 19,7% ASA III. Indicación quirúrgica: 61,5% coledocolitiasis sintomática,

18,9% pancreatitis aguda biliar, 4% pólipo vesicular, 3,3% colecistitis aguda tratada con tratamiento médico, 12,3% coledocolitiasis tratada mediante CPRE.

Conversión a cirugía abierta: 4,9%. Reintervención: 3,3% y reingreso 4,1% (dos casos por infección de herida, uno por dolor, uno por evisceración y otro por ictericia debido a lesión en vía biliar). Complicaciones postoperatorias: 15,6%: náuseas y vómitos 4,9%, dolor 4,9%, bilioperitoneo 1,6% y en mismo porcentaje; lesión de vía biliar, evisceración, eventración, hemorragia e infección 0,8% cada una. Mortalidad postoperatoria 0%.

Duración del ingreso: menor a 24 horas en un 86% y mayor en un 13,9%. Los resultados de la encuesta telefónica de calidad asistencial favorables. Índice de satisfacción global 88,1% igual al índice de satisfacción de la asistencia recibida, ambos por encima del estándar fijado (Estándar >80% cada uno).

Conclusiones: resultados equiparables a los reflejados en la literatura, con tasas de conversión 1,2-5%, reintervención 1%, reingresos 2-4%.

La CL puede realizarse de forma segura, con baja morbilidad y alto nivel de satisfacción del paciente en regímenes de corta estancia y regímenes ambulatorios.

CO-45. FÍSTULAS AORTO-ENTÉRICAS, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

S Ayllón Gámez¹, VE García Blanco², J Varela Recio¹, S Cerrato Delgado¹, C Peña Barturen¹, MJ Castro Santiago¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz ²UGC Cirugía General. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: la fístula aorto-entérica (FAE) es una entidad poco frecuente y elevada morbimortalidad a pesar de los avances en el tratamiento endovascular. Se realiza revisión en nuestro centro.

Material y métodos: estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de FAE entre 2014 y 2017 en nuestro centro.

Resultados: 1) Varón de 64 años intervenido de aneurisma aorta abdominal (AAA) mediante bypass aorto-bifemoral. Al noveno mes, hematemesis y shock con FAE en angioTC. Se realiza bypass axilo-bifemoral y cierre duodenal; fallece a las doce horas postoperatorias.

2) Varón de 66 años, intervenido por AAA. Al sexto año, rectorragia y shock con FAE en angioTAC. Posterior reparación endovascular. Al séptimo mes presenta melenas, realizándose explante de prótesis y bypass axilo-bifemoral, exitus a las seis horas postoperatorias.

3) Varón de 79 años intervenido de AAA mediante bypass aorto-bifemoral. A los 16 años presenta dolor abdominal, melenas, hematemesis y shock, el angioTC muestra AAA con rotura contenida proximal a prótesis previa y FAE. Se realiza exclusión aneurismática mediante endoprótesis. En seguimiento.

4) Varón de 72 años, previo bypass aorto-aórtico por AAA. Al sexto año melenas y rectorragia con FAE en angioTAC. Se realiza exclusión endovascular de la lesión. En seguimiento.

5) Varón de 58 años, intervenido de bypass aorto-bifemoral. Al tercer año, hematemesis y FAE en angioTAC, realizándose bypass axilo-bifemoral, ablación de prótesis previa y cierre simple duodenal. En seguimiento.

6) Varón de 65 años, previo bypass aorto-bifemoral y posterior bypass femoro-femoral por trombosis. Al año hematemesis y rectorragia con FAE en angioTC. Fallece intraoperatoriamente.

7) Varón 77 años sin antecedentes, presenta hematemesis y shock con FAE en angioTAC. Se realiza bypass aorto-iliaco derecho y aorto-femoral izquierdo más cierre simple intestinal. Fallece a las trece horas postoperatorias.

Conclusiones: la FAE es una entidad poco frecuente y de elevada morbimortalidad con mejores expectativas con tratamiento endovascular. El diagnóstico y tratamiento precoz son los principales indicadores del pronóstico. Se debe considerar la hemorragia digestiva en paciente con cirugía aórtica previa como FAE hasta exclusión diagnóstica.

CO-46. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS POR RESIDENTES EN HOSPITAL COMARCAL

SF Calzado Baeza, I Plata Pérez, B Cantarero Jiménez, FA Herrera Fernández

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril

Introducción: el programa nacional de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo (CGAD) en su anexo II y VI establece un mínimo de procedimientos necesarios en sus rotaciones por otras especialidades, como intervenciones quirúrgicas que debe realizar durante la formación del residente de cirugía general y digestiva, pero no existen publicaciones que den cuenta del cumplimiento de los mismos. El objetivo de este trabajo es comunicar un estudio descriptivo de las intervenciones realizadas por los residentes de CGAD en un hospital comarcal durante ocho años de docencia.

Material y métodos: se analizó de forma descriptiva la base de datos en la cual se lleva un registro de las intervenciones realizadas por nuestros residentes de cirugía general y digestiva.

Durante la formación, tal y como define el programa nacional de la especialidad, el residente registra las intervenciones realizadas y el rol desempeñado, siendo elaborada una base de datos en la cual se realiza un control, vigilando de esta manera el correcto cumplimiento del plan formativo.

Resultados: estableciendo como gold standard el número mínimo de intervenciones establecidas por el programa nacional de la especialidad, el resultado fue de un total de 754 y 718 intervenciones completadas al acabar la residencia, siendo ascendiendo el número de intervenciones de los MIR en formación (R4, R3, R2 y R1) hasta la fecha de la recogida de datos (09/03/18) de 408, 288, 184 y 49, respectivamente.

Conclusiones: los residentes de cirugía general y digestiva del hospital Santa Ana completan un volumen importante de intervenciones, superando las exigencias mínimas establecidas en el programa nacional de la especialidad y completando en centros de referencia las patologías no recogidas en nuestra cartera de servicios.