

estigmas de inflamación crónica inespecífica y los márgenes de resección estaban libres. El paciente continúa asintomático 10 meses después.

Discusión: la clínica de una masa mesentérica suele ser inespecífica, presentando episodios de dolor abdominal y alteraciones del tránsito intestinal, lo que dificulta su diagnóstico. Entre ellas, debemos incluir patologías benignas, secundarias a procesos inflamatorios, y malignas, como el tumor carcinoide. En nuestro paciente, tras la realización de un TAC, dadas las características morfológicas, se catalogó de probable tumor carcinoide, y no fue hasta el resultado anatomopatológico donde se descubrió que la masa era secundaria a un proceso benigno. Ante sospecha de malignidad, la cirugía es el tratamiento indicado, con una evaluación preoperatoria que defina los límites de la reseccabilidad, y hemos de tener en cuenta, que en ocasiones, las pruebas de imagen, no establecen un diagnóstico definitivo, y depende del propio equipo multidisciplinar, y del cirujano, la indicación de cirugía o no, teniendo en cuenta el amplio abanico diagnóstico de una masa mesentérica.

Material y métodos: desde Enero 2005 hasta Marzo del 2019 hemos valorado a 479 pacientes de carcinomatosis peritoneal de diversos orígenes para técnicas de CRS+HIPEC. De ellos 280 habían sido intervenidos de carcinoma de colon primario: 89 casos laparotomía y 191 pacientes por laparoscopia. De estos últimos, 55 en concreto, 39 casos presentaban carcinomatosis peritoneal primaria y 16 pacientes eran pacientes de alto riesgo de implantación (metástasis reseccadas, perforado, cirugía de urgencia/obstrucción, pT4). La localización de estos tumores fue: 15 en colon derecho, 10 transversos, 13 izquierdo y 17 en unión recto-sigma.

Resultados: 17 pacientes (31%) -14 sincrónicos y 3 alto riesgo- presentaban implantación en algunos de los trócares utilizados en la laparoscopia (6 también en la incisión para la extracción de la pieza). Todos presentaban un índice de carcinomatosis peritoneal (PCI) moderado/alto. La mayoría fueron remitidos a nuestra Unidad tras quimioterapia sistémica adyuvante para valoración de tratamiento potencialmente curativo. La implantación más precoz se observó en 2 pacientes: 24 y 38 días postoperatorios, respectivamente (PCI: 24-27). En 10 casos, en la hoja operatoria constataba "uso de endobolsa y/o protección de la herida quirúrgica". En el 85 % se consiguió citorreducción completa (CC0-CC1, R0) y fueron tratados con quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica según protocolo Sugarbaker.

Conclusiones: Si bien la cirugía laparoscópica usualmente reduce la morbilidad quirúrgica, contribuye a una recuperación más rápida postoperatoria y es oncológicamente igual de "eficaz" que la cirugía abierta; también es verdad que, en pacientes con carcinomatosis peritoneal sincrónica o alto riesgo de carcinomatosis, la implantación tumoral en los puertos laparoscópicos/ herida quirúrgica es un hecho relativamente frecuente y controvertido. Esta implantación parece estar relacionada, fundamentalmente, con el comportamiento biológico del tumor así como con diversos factores técnicos prevenibles por medios de un adiestramiento adecuado y la aplicación de una técnica quirúrgica cuidadosa y depurada.

XVI Congreso de la ASAC

Comunicaciones póster oral

CPO001. CARCINOMATOSIS DE ORIGEN COLÓNICO: IMPLANTES EN TRÓCARES DE LAPAROSCOPIA.

B Estébanez Ferrero¹, J Torres Melero¹, I Teruel Lillo¹, SM López Saro¹, R Torres Fernández¹, N Espínola Cortés¹, C Cabello Delgado², Á Reina Duarte¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería

²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares

Introducción: hoy por hoy, la cirugía laparoscópica de la patología neoplásica del colon permite, al menos a priori, una menor manipulación, y por tanto, una menor diseminación, una menor siembra de las células tumorales, con un riesgo bajo de recurrencia en la herida operatoria. Sin embargo, esto se ha visto cuestionado por el riesgo de "implantes" tumorales en la incisión o en los puertos laparoscópicos. El propósito de este trabajo es hacer una revisión de las metástasis en los sitios de puertos (trócares) en pacientes intervenidos por laparoscopia de cáncer colorrectal y que presentaban implantación peritoneal sincrónica o eran pacientes de alto riesgo de implantación (carcinomatosis metacrónica).

CPO002. CARCINOMATOSIS PERITONEAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PSICOONCOLOGÍA.

B Estébanez Ferrero¹, J Torres Melero¹, I Teruel Lillo¹, SM López Saro¹, R Torres Fernández¹, N Espínola Cortés¹, B Góngora Oliver², A Reina Duarte¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²Servicio Oncología Médica. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería

Introducción: la Psicooncología es una rama especializada entre la Medicina y la Psicología clínica que se encarga del estudio, en pacientes oncológicos, de las relaciones entre sus diversos comportamientos y sus distintos estados emocionales. El propósito de este trabajo es conocer las conductas, las actitudes y los diversos estados emocionales-afectivos por los que pasan los pacientes diagnosticados de implantación peritoneal de origen digestivo antes y después de ser intervenidos quirúrgicamente mediante técnicas de CRS+HIPEC. Hasta nuestro conocimiento, éste es el primer estudio que ha analizado dichos aspectos.

Material y métodos: 50 pacientes (26 mujeres y 24 hombres, edad:35-71 años, $x=51\pm 9$) diagnosticados de carcinomatosis peritoneal de origen digestivo y candidatos a cirugía potencialmente curativa. Previo consentimiento, a todos los pacientes se les entregó dos tipos de cuestionario. 1º) Evaluación Funcional para el Tratamiento del Cáncer (Fact-G 4ª versión) y 2º) La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión -HAD-. El primero analiza: el estado físico general, el ambiente familiar y social, el estado emocional y la capacidad de funcionamiento personal. Mientras la escala HAD aborda cuestiones relacionadas con la afectividad-emociones.

Resultados: Expondremos, mediante diversos gráficos, los resultados extraídos de los cuestionarios FACT-G y HAD, así como una breve discusión de los mismos.

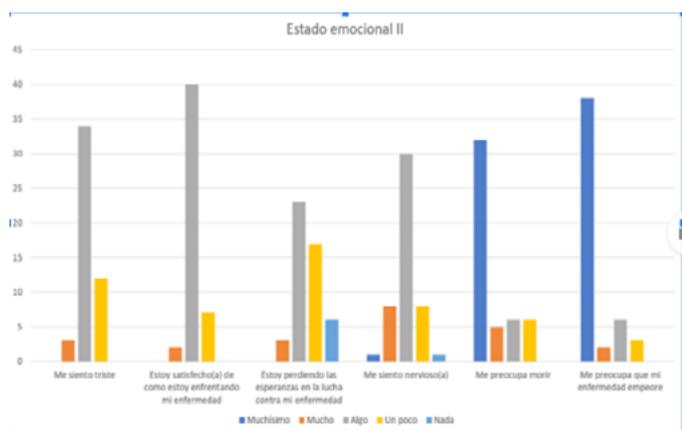


Figura 1
Estado emocional

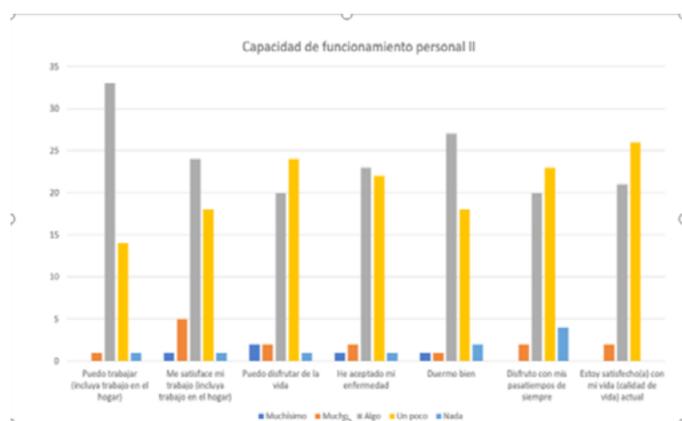


Figura 2
Capacidad de funcionamiento personal.

Conclusiones: La cirugía marca un antes y un después en el estado de ánimo de nuestros pacientes, Ésta les ayuda a sentirse más sanos, aunque están preocupados por la muerte, creciendo la aceptación por la enfermedad. El apoyo de la familia y amigos es un elemento esencial pero que cambia a lo largo de la enfermedad. El paciente experimenta un cambio en sus emociones, no se esperan los hechos con tanta ilusión y la risa no está presente como antes. Ya no les

interesa tanto tener cuidado de su aspecto físico. Con este trabajo hemos podido constatar la importancia de la psicooncología en la mejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos, no sólo para la información de los libros que hemos consultado sino también por la respuesta de los pacientes del hospital, en la que un 85% vota que gracias a la Psicooncología del Hospital Torrecárdenas han salido de las situaciones de angustia que les ha causado esta enfermedad.

CPO003. COMPLICACIONES TRAS FUNDUPLICATURA DE NISEEN Y CARDIOPLASTIA CON MALLA.

A García Jiménez¹, M Moya Ramirez², J Triguero Cabrera², MA Herrero Torres², J Santoyo Villalba², I Palomo², JL Diez²

¹Sección Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada. ²Sección Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: la funduplicatura es el tratamiento de elección de la ERGE asociado a hernia de hiato, siendo preciso el cierre de pilares + colocación de malla cuando existe una debilidad de los pilares diafragmáticos o una gran hernia de hiato. No existe consenso sobre el tipo de malla, la mayoría de autores recomiendan material irreabsorbible como PPL o PTFE, ya que las biológicas a pesar de ocasionar menos complicaciones, no resultan tan efectivas. Las complicaciones más frecuentes asociadas son la fibrosis y estenosis secundaria, sin embargo, existen algunas infrecuentes tales como la perforación esofágica.

Caso clínico: Varón de 45 años con antecedente de traumatismo toraco-abdominal hace 12 años, que tras episodio de disnea es diagnosticado de hernia paraesofágica gigante que contiene estómago, duodeno y colon transverso. Es intervenido de forma programada realizándole una cardioplastia con malla de Dynamesh + funduplicatura + EDA intraoperatoria para descartar posibles complicaciones. Tras un post-operatorio tórpido en el que se produce una pancreatitis aguda + colecciones intraabdominales y derrame pleural derecho que requiere drenaje por parte de C. Torácica y ATB iv de larga data al aislarse un S. Auereus y C. Albicans. El paciente es seguido de forma ambulatoria en CCEE de cirugía general, tras comenzar con intolerancia oral, se le realizó una nueva EDA visualizando la malla incluida en el esófago. Se procedió a la retira de la misma por vía endoscópica lo que ocasiona una perforación esofágica, que se trató inicialmente de forma conservadora mediante la colocación de endoprótesis, las cuales no fueron efectivas al migrar. De modo que finalmente fue intervenido, realizándole cierre simple de la perforación esofágica + yeyunostomía de alimentación. Sin embargo, se constató un reapertura de la misma, se optó por un tratamiento conservador y control estrecho por medio de EDA + pruebas de imagen. Finalmente, la perforación cerró, se encuentra asintomático y no existen signos de recidiva herniaria.

Conclusiones: la incidencia de las complicaciones relacionadas con esta intervención es baja (<2%), sin embargo, suelen ser complicaciones graves y están principalmente relacionadas con mallas irreabsorbibles y los sistemas de fijación, como en este caso. En el que se produce la perforación/integración de la malla por parte del esófago, situación clínica poco habitual y potencialmente grave, que requiere de un manejo sofisticado sobre el que existe poco publicado.

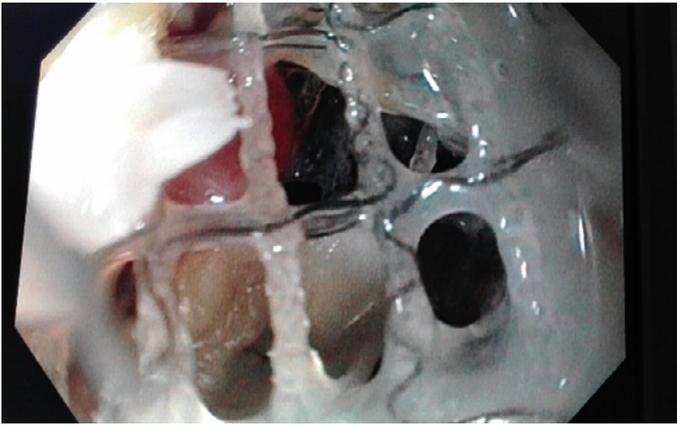


Figura 1
Malla de cardioplastia integrada en esófago distal.

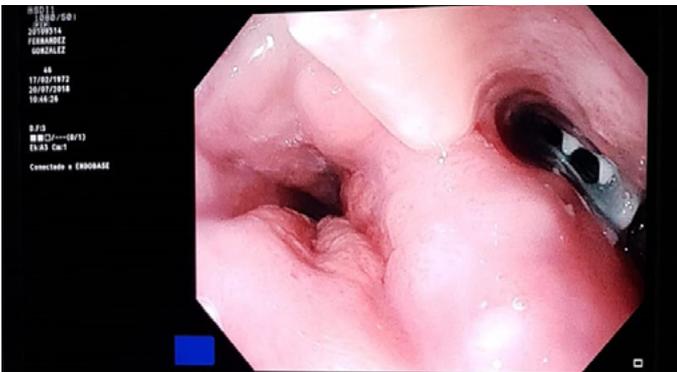


Figura 2
Perforación esófago tras retirada de malla.

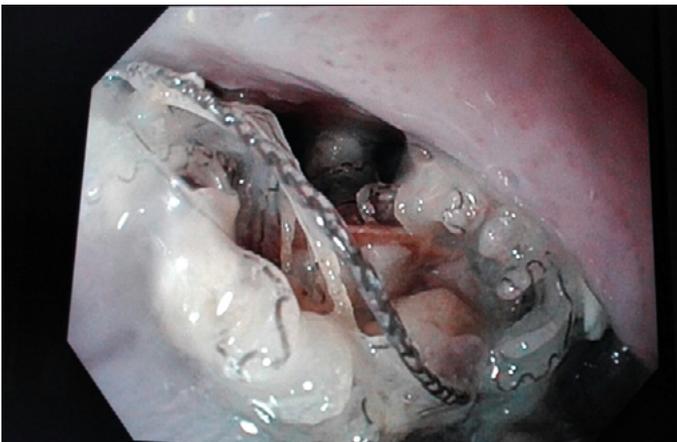


Figura 3
Malla en esófago.

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

Introducción: la cirugía bariátrica es el procedimiento que mejor controla la obesidad. La adherencia a un programa de ejercicio físico es un factor clave para mantener y mejorar los resultados quirúrgicos. El objetivo de nuestro trabajo es determinar el efecto de la actividad física pre y post-quirúrgica como mejora de calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica.

Material y métodos: incluimos a 16 pacientes con obesidad mórbida a los que se les realiza una gastrectomía vertical laparoscópica. Estos pacientes se clasificarán como controles (n=8) y casos (n=8) en los que la actividad física será cuantificada mediante acelerometría, en dos períodos diferenciados de tiempo: los 7 días previos a la cirugía y otra semana a los 60 días tras la cirugía. Mediciones antropométricas, parámetros clínicos y el cuestionario de calidad de vida Moorehead-Ardelt II, herramienta insertada en el score BAROS, serán evaluados pasados 60 días desde la cirugía bariátrica.

Resultados: observamos un grado mayor de mejora en los parámetros antropométricos de los pacientes Caso respecto a los pacientes Control, así como mejores calificaciones en la escala de vida BAROS. No observamos cambios en los niveles de actividad física pre- y postquirúrgicos, medidos de forma objetiva mediante Acelerómetro Actigraph TM (R), según realicen actividad ligera, moderada/vigorosa o sedentarismo.

Conclusiones: la monitorización objetiva de la actividad física mediante acelerometría ha demostrado una mejora significativa en los parámetros antropométricos, el número de comorbilidades resueltas y especialmente en la autopercepción que estos pacientes tienen de su calidad de vida, respecto a los que no han sido monitorizados.

CPO005. NUESTRA EXPERIENCIA EN LA SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES CON LIBERACIÓN DEL TRANSVERSO.

A Curado Soriano, Y Lara Fernández, Al Aguilar Márquez, JR Naranjo Fernández, Z Valera Sánchez, R Pérez Huertas, R Jurado Marchena, L Sánchez Moreno, E Navarrete de Carcer, F Oliva Mompeán

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

Introducción: las grandes eventraciones de pared abdominal suponen un desafío para el cirujano. La separación posterior de componentes es una autoplastia que permite la aproximación del colgajo musculoaponeurótico de los rectos a línea media en grandes defectos herniarios. La asociación de mallas resulta útil en el tratamiento de eventraciones complejas con gran retracción de los bordes aponeuróticos. Nuestro objetivo es exponer nuestra experiencia en la separación posterior de componentes con liberación del transversos.

Material y métodos: estudio observacional retrospectivo desde 2016 hasta la actualidad con un total de 36 pacientes con grandes eventraciones de línea media. La técnica se ha realizado mediante la apertura y liberación de las adherencias al saco herniario y posteriormente, se ha diseccionado el espacio retromuscular para acceder

CPO004. ANÁLISIS PROSPECTIVO DE POLITRAUMATISMOS GRAVES EN NUESTRO CENTRO.

MA Calderón González¹, LT Ocaña Wilhelmi², MR Bernal López³, A Vargas Candela³, J Alcaide⁴

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

al plano de Rossen. En todos los casos se han asociado dos mallas, una biodegradable y otra de polipropileno de baja densidad. Se han colocado dos drenajes: a nivel retromuscular y en tejido celular subcutáneo.

Resultados: presentamos un total de 36 pacientes, con una edad media de 61,28 años, siendo 22 hombres (61,11%) y 14 mujeres (38,88%). El IMC promedio es 33,93 Kg/m², algo superior en las mujeres. La estancia media postoperatoria fue de 8,8 días. La malla se colocó a nivel retromuscular en todos los casos. Tres (8,33%) de los pacientes fueron reintervenidos, dos para desbridamiento de la herida quirúrgica y uno por perforación inadvertida de un asa de delgado. No existieron otras complicaciones mayores (evisceración-sangrado). En cuanto a complicaciones menores, obtuvimos 7 (19,44%) infecciones de heridas de ellas manejadas con sistema de presión negativa-, 5 (13,88%) seromas de herida, 1 (2,77%) isquemia de bordes y 1 (2,77%) sinus. Dos pacientes (14,29%) reingresaron, uno por colección intraabdominal y otro con un cuadro de hipotensión por retención aguda de orina. Actualmente, tenemos 3 (8,33%) pacientes con dolor crónico con manejo conservador. El seguimiento promedio en estos momentos es de 12 meses (1 mes- 24 meses), sin evidenciar recidiva en ninguno de los pacientes.

Conclusiones: la separación posterior de componentes con liberación del transversario es una técnica útil y eficaz para el tratamiento de grandes hernias incisionales. Con ella, hemos obtenido buenos resultados en cuanto a la recidiva y la restauración de las propiedades fisiológicas de la pared abdominal. Aún en equipos experimentados esta cirugía no está exenta de complicaciones y de morbimortalidad.

CPO006. RECTOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA ¿ES UNA TÉCNICA EFICAZ?

M Maes-Carballo, I Plata-Pérez, IM Muñoz-Núñez, B Cantarero-Jiménez, P Nicolás-Martínez, M Martín-Díaz

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

Introducción: el prolapso rectal es el descenso de la pared rectal a través del margen anal. Puede tratarse de un prolapso mucoso o del grosor completo de la pared del recto. Hoy en día, la rectopexia ventral laparoscópica (VMR, por sus siglas en inglés) es uno de los procedimientos más comunes para el prolapso del órgano pélvico (POP) del compartimento posterior a pesar de una base de evidencia limitada.

Caso clínico: mujer de 59 años con estreñimiento y sensación de evacuación incompleta desde hace 1 año. Tuvo 3 partos naturales hace 5, 6 y 10 años. No se realizaron cirugías previas. Su examen abdominal y la prueba de fisiología anorectal fueron normales. El proctograma reveló una intususcepción rectal y un prolapso completo del recto. El tránsito colónico con marcadores radiopacos (CTTRM) fue normal durante las primeras horas y enlentecido al final. Se realizó una rectopexia laparoscópica ventral con malla (LVMR). Su curso postoperatorio transcurrió sin incidentes y fue dada de alta el quinto día del postoperatorio.

Discusión: no se han encontrado diferencias en las tasas de morbilidad, mortalidad y recurrencia entre el abordaje abierto y el laparoscópico.

La laparoscopia tiene menos dolor postoperatorio y menor estancia hospitalaria.

- Pueden recidivar los síntomas muchos años después de la cirugía.
- Las pruebas de fisiología anorectal no tienen una clara correlación con la anatomía, recurrencia o sintomatología.
- Un proctograma postoperatorio podría ser útil para revisar la corrección del prolapso.
- VMR se realiza con mallas sintéticas (por ejemplo, polipropileno) o absorbibles (poliglactina y ácido poliglicólico).

Conclusión: No existe una norma de oro para el tratamiento del prolapso rectal completo. La VMR se ha convertido en la cirugía más común para el prolapso rectal. No existe una base de evidencia sólida para su uso.

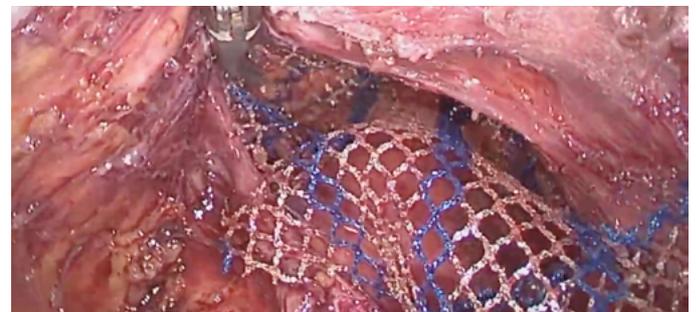


Figura 1
Rectopexia laparoscópica con malla.



Figura 2
Fijación de la malla.



Figura 3
Fijación de la malla. Visión general.

CPO007. RELACIÓN ENTRE CIRUGÍA GÁSTRICA ONCOLÓGICA E INCIDENCIA HERNIAS INCISIONALES.

JA Becerra Toro¹, P Rodríguez¹, Á Rodríguez Padilla², G Morales², A Utrera¹

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

Introducción: la hernia incisional es una complicación común en cirugía abdominal, con una incidencia del 5 al 40% tras abordaje abierto y del 1 al 2% mediante abordaje laparoscópico. La vía de abordaje, la incisión realizada, el material usado, tipo de cierre, distancia entre puntos, así como otros relacionados con el paciente o el tipo de cirugía, pueden influir en su aparición, así como la infección de la herida o el sobrepeso, incluido como dato para el cálculo del riesgo de desarrollo de hernia incisional mediante la fórmula HERNIAscore. No hay estudios que determinen una relación directa y estadísticamente significativa entre la malnutrición y el riesgo de hernia incisional, si relacionándose en estudios con el riesgo de evisceración. El objetivo principal de nuestra comunicación es evaluar la incidencia de hernia incisional en pacientes intervenidos de cáncer gástrico. Como objetivo secundario se realiza un análisis de los parámetros nutricionales.

Material y métodos: se realiza un estudio descriptivo de los pacientes intervenidos de cáncer gástrico con presencia de hernia incisional en el seguimiento. Un total de 101 pacientes fueron intervenidos entre 2013 y 2018. Se analizaron variables sociodemográficas, factores relacionados con la aparición de hernia incisional, complicaciones asociadas, realizando el análisis estadístico con SPSS vs 21.

Resultados: presentamos una serie de 101 pacientes intervenidos de neoplasia gástrica con aparición durante su seguimiento de hernia incisional en 15 de ellos. En este grupo 5 son mujeres y 10 varones. La mediana de edad es 65,5 años. El abordaje quirúrgico fue abierto en 9 pacientes y laparoscópico en 6. La herida de asistencia realizada en el abordaje laparoscópico fue subcostal izquierda en 9 y minilaparotomía media en 6. El material de cierre de pared abdominal usado fue una sutura lentamente reabsorbible en 10 pacientes y de media reabsorción en 5. La mediana de IMC es 26 en pacientes eventrados, siendo de 27 en no eventrados. La mediana de prealbúmina observada en los no eventrados es 15,6 frente a los eventrados 12,2. En este grupo el estadio I y II lo constituyen 5 pacientes cada uno. La neoadyuvancia la reciben 3 pacientes.

Conclusiones: no se han objetivado estudios que evalúen la asociación de incidencia de hernia incisional y malnutrición. Debido al pequeño tamaño de la muestra, no es posible valorar la significación estadística de la asociación de hernia incisional y parámetros nutricionales, pudiendo aumentar el tamaño muestral para encontrar dichas diferencias.

CPO008. BLOQUEO ILIO-INGUINAL CON ANESTESIA LOCAL EN LA HERNIOPLASTIA INGUINAL PRE-PERITONEAL POR VÍA ANTERIOR.

A Gila Bohórquez, J Gómez Menchero, JM Suárez Grau

Grupo Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Riotinto, Minas de Riotinto

Introducción: descripción de la técnica del bloqueo ilio-inguinal en la hernioplastia pre-peritoneal convencional abierta y presentar nuestros resultados a corto plazo en el inicio de la puesta en marcha de este procedimiento en nuestro Hospital Comarcal

Material y métodos: se llevó a cabo un estudio observacional y prospectivo que incluyó a tres pacientes operados con anestesia local por la técnica del bloqueo ilioinguinal-iliohipogástrico. Se estudiaron el tipo de hernia según la clasificación internacional, las técnicas quirúrgicas empleadas, el tiempo quirúrgico, las complicaciones posoperatorias inmediatas (menos de 30 días) y el dolor posoperatorio evaluado mediante la escala visual análoga a las 24 y 72 horas, y a los 10 y 30 días.

Resultados: no hubo complicaciones en los dos procedimientos realizados, ni durante el desarrollo de los mismos, ni en el post-operatorio inmediato. Los pacientes no precisaron de analgesia adicional en el post-operatorio inmediato. El alta se realizó en régimen ambulatorio a las 6 horas de la intervención. Según la escala analógica visual, la media los valores fue de 2 a las 24 horas, 3 a las 72 horas, 0 a los 10 días y 0 a los 30 días.

Conclusiones: la hernioplastia inguinal con anestesia local mediante bloqueo ilioinguinal-iliohipogástrico es una técnica factible, segura y efectiva para este tipo de operación, lo que la hace ideal para su aplicación en centros quirúrgicos de cualquier nivel y en lugares con recursos limitados.

CPO009. CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: MAÑANA VS. TARDE. ¿EXISTEN DIFERENCIAS?

S Martín Cortés, C Monje Salazar, JL Cuba Castro, JM Cabrera Bermón, A Ortega Martínez, MS Álvarez Escribano, EA Buendía Peña, R de Luna Díaz

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

Introducción: revisión de los resultados en los equipos de cirugía mayor ambulatoria (CMA) de tarde y mañana en el Hospital Virgen de la Victoria durante el año 2018.

Material y métodos: en el Hospital Virgen de la Victoria la patología de CMA se aborda en dos turnos de trabajo, uno de mañana y otro de tarde, formados por dos equipos de persona independiente. En esta comunicación vamos a comparar ambos grupos valorando si existen diferencias en cuanto al número de pacientes intervenidos, así como las complicaciones y resultados. Los pacientes intervenidos por la mañana son dados de alta el mismo día bajo régimen de CMA a diferencia de los pacientes de la tarde, que son hospitalizados durante una noche y si no existen complicaciones son dados de alta a la mañana siguiente.

Resultados: en el año 2018 se han intervenido un total de 1831 pacientes, de los cuales 922 han sido intervenidos en turno de mañana y 909 en turno de tarde. En el grupo de mañana las intervenciones realizadas se han distribuido en 26% patología biliar benigna, 40 % patología de la pared abdominal, 15% proctología y un 19 % en otras patologías. Durante el turno de tarde 27% patología biliar benigna, 48% pared abdominal y 25% proctología. No existen diferencias entre

el grado ASA de los pacientes en ambos grupos. En el grupo de tarde el 98% de los enfermos se fueron de alta en las primeras 24 horas postcirugía y solo un 2% necesitó más tiempo de ingreso. En el grupo de mañana el 97% de patología de pared fue dada de alta en régimen de CMA y el 98% de patología biliar a las 24 horas de la cirugía. El índice de complicaciones fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: los resultados de los equipos quirúrgicos de tarde son comparables a los de mañana en el Hospital Virgen de la Victoria en el año 2018. La principal diferencia a destacar es la necesidad de pernocta de todos los pacientes que se intervienen en turno de tarde por el tiempo mínimo necesario de recuperación y al funcionar como una unidad integrada frente a la mañana, en la que funciona como una unidad independiente de CMA.

CPO010. DISMINUCIÓN DEL DOLOR EN EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA CON CIERRE DEL DEFECTO MEDIANTE USO DE CATETER INFUSOR DE ANESTÉSICO LOCAL.

E Licardie-Bolaños¹, JM Suárez-Grau², C Mosquera-Fernández³, S Morales-Conde⁴

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Clínica Quirón Sagrado Corazón, Sevilla. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Riotinto, Minas de Riotinto. ³Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Coruña, A. ⁴Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: la reparación de la hernia ventral laparoscópica con cierre del defecto posee muchas virtudes que sin embargo contrastan en lo referente a la ausencia de disminución del dolor postoperatorio. Solamente han surgido avances en la disminución del dolor usando métodos de fijación atraumáticos (colocación preperitoneal con pegamentos o mallas autoadhesivas). Proponemos una variación técnica basada en introducir catéteres de infusión de anestésico local.

Material y métodos: realizamos estudio prospectivo, no aleatorizado, por bloques, con ciego en la revisión, entre dos grupos de pacientes sometidos a eventroplastia laparoscópica con cierre del defecto laparoscópico (hernia M2-3W2 clasificación EHS, usando cierre con V-Lock 1 y malla Dynamesh IPOM 15x20 cm y doble corona de tackers), en los cuales tenemos un grupo objeto del estudio (n:10 rango de edad de 33-65, 3mujeres:7hombres) colocando catéter anestésico de infusión continua de ropivacaína durante 48 horas entre la propia malla y el defecto) y el grupo control (n:10 rango de edad 36-55, 3 mujeres:7 hombres) en los cuales no se colocó el catéter. Seguimiento medio de 10 meses (6-14 meses). Análisis: Comparamos resultados de dos grupos de pacientes, con similares criterios de inclusión y exclusión y similares hernias reparadas de igual forma (cierre del defecto y eventroplastia laparoscópica). Realización de medición del dolor mediante escala analógica visual (EVA), y de posibles complicaciones (seroma, hematoma, infección) en: Postoperatorio inmediato (4-6 horas tras el procedimiento). A las 24 horas del procedimiento, previo al alta. En la primera semana (revisión en consultas) Petición de TAC de pared abdominal para valorar seroma. Al mes (revisión previa al alta para volver a sus actividades cotidianas). A los 6 meses.

Resultados: no existió aumento del seroma postoperatorio, existiendo el mismo tipo de seroma (Tipo I-II) que en intervenciones sin uso de catéter (en exploración y control por TAC). NO existieron infecciones, ni otras alteraciones (hematomas, enrojecimiento...). Existió una clara disminución del EVA postoperatorio inmediato (disminución del 50% aproximadamente en todos los casos con catéter al alta y a la semana, tras estudio estadístico con $p < 0,01$, al compararlo con el grupo control) y prácticamente ausencia del dolor en la primera revisión en consulta al mes y a los 6 meses.

Conclusiones: todo ello parece que hace útil esta nueva variación técnica no solo en un mejor control y confort postoperatorio, sino en su aplicación de cara a régimen CMA o corta estancia. En el análisis contrastado con el grupo control hay una disminución del 50% aproximadamente del dolor en todas las revisiones precoces frente al grupo control.

CPO011. ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA CORRELACIÓN DIAGNÓSTICO ENTRE LA ECOGRAFÍA ENDO-RECTAL Y LA RMN EN EL CÁNCER DE RECTO EN NUESTRO CENTRO.

A Gila Bohórquez, J Gómez Menchero, JM Suárez Grau

Grupo Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Riotinto, Minas de Riotinto

Introducción: estudiar la correlación diagnóstica entre la ecografía endo-rectal y la resonancia magnética nuclear (RMN) en el cáncer de recto de un grupo de pacientes de nuestro centro.

Caso clínico: presentamos un tamaño muestral de 30 casos de pacientes con cáncer de recto diagnosticados en las consultas de Medicina Interna y derivados, posteriormente, a las consultas de Cirugía. A todos se les práctica, en el algoritmo diagnóstico, un estudio de extensión que consiste en tomografía computarizada de tórax y abdomen, analítica con marcadores tumores, resonancia magnética pélvica y ecografía endo-rectal. Se realiza análisis estadístico de la correlación en el diagnóstico entre la RMN y la ecografía endo-rectal de todos los pacientes, utilizando el programa SPSS v.21. Se amplió el estudio a una correlación entre los resultados obtenidos de ambas pruebas y el estudio anatómo-patológico, posterior a la cirugía, de la pieza.

Resultados: Todos los pacientes, salvo dos de ellos, tuvieron consonancia en los diagnósticos preoperatorios de la RMN y la ecografía endo-rectal. En dos de ellos, la RMN infradiagnosticó el tumor (T2N0 en la RMN y T3N1 en la ecografía endo-rectal) por lo que no se sometieron a tratamiento neo-adyuvante. Tras el análisis estadístico, por tanto, no se evidenció significancia estadística ($p \leq 0,1$) entre la RMN y la ecografía endo-rectal. Con respecto al estudio anatómo-patológico, los dos pacientes infra-diagnosticados, tuvieron un estadio mayor que el diagnosticado en el estudio preoperatorio.

Conclusiones: Ni nuestros resultados, así como la literatura actual, pueden aseverar la mayor o menor eficacia de cada una de las técnicas diagnósticas sobre la otra, si bien, ante la discordancia de los diagnósticos entre la ecografía endo-rectal y la RMN, la recomendación es apoyarse sobre la estadificación mayor de cara al planteamiento terapéutico del paciente.

CPO012. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y SATISFACCIÓN PERCIBIDAS POR LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CMA.

A García Leon¹, MJ Tamayo Lopez¹, C Martín García¹, F Docobo Durantez¹, E Perea del Pozo¹, A Sánchez Arteaga¹, V Duran Cruzado², J Tinoco González¹, D Aparicio Sánchez¹, L Tallon Aguilar¹, FJ Padillo Ruiz¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla. ²UGC Intercentros Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: Conocer las valoraciones en cuanto a calidad y seguridad en la atención, así como las expectativas y las propuestas de mejora de los pacientes atendidos en la Unidad de CMA.

Material y métodos: Se realiza una encuesta de forma consecutiva a todos los pacientes intervenidos en nuestra unidad de CMA: unidades de traumatología, cirugía general y Otorrino. La encuesta es anónima y se ofrece en la sala de readaptación al medio tras la cirugía, depositándola después en un buzón para ello. Se entrega la misma encuesta al mes en la consulta de revisión. Las variables son los datos demográficos y un cuestionario de 26 preguntas que miden las dimensiones de calidad, accesibilidad del servicio, confortabilidad, servicio personalizado, garantía, satisfacción con la atención recibida. Utilizando la escala de Likert de 0-10.

Resultados: De 629 cuestionarios entregados se recogieron 352 (tasa de respuesta del 56%), descartando las que no estaban completas, por lo que finalmente se recogen para el estudio 214 válidas (34'02%). Sexo: 55% varones y 45% mujeres. Edad: La mediana fue de 49 años, siendo 34-65 años los percentiles 25 y 75. Nivel de estudios: 10% ninguno, 37% estudios primarios, 34% estudios secundarios, 19% universitarios. El análisis por las dimensiones: servicio de accesibilidad 54,7% contestaron con la puntuación máxima. Servicio confortable el 55,1% y el servicio personalizado el 72%, servicio de garantía 53,7% y seguridad 78%. AL mes aquellos pacientes que sufrieron eventos adversos o tuvieron que acudir a urgencias no disminuyeron el grado de satisfacción.

Conclusiones: 1) La percepción de seguridad por los pacientes de CMA fue alta en el 78% fase I y 79% en la fase II. 2) La satisfacción con la atención recibida fue alta en un 87% en la fase I y 86% en la fase II. 3) Fidelidad con el servicio (lo recomendaría a un familiar) si en 88% fase I y 94% en la fase II.

CPO013. EVALUACIÓN DE LA PERFUSIÓN EN LA ANASTOMOSIS COLORECTAL MEDIANTE EL USO DE IMÁGENES FLUORESCENTES CON INDOCYANINA VERDE (ICG).

A Gila Bohórquez, J Gómez Menchero, JM Suárez Grau

Grupo Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Riotinto, Minas de Riotinto

Introducción: la evaluación de la perfusión en la anastomosis colorrectal sigue siendo un campo de estudio y progreso para el desarrollo de nuevas modalidades que permitan reducir la proporción de dehiscencia o fuga anastomótica (AL) en dicha cirugía. Nuestro objetivo con este trabajo es resaltar la utilidad del verde de indocianina (ICG) en dicha evaluación después de la cirugía colo-rectal.

Material y métodos: Presentamos una serie de 85 casos de cirugía colorrectal (enfermedad benigna y maligna) intervenidos en el período comprendido entre 2014 y 2018. La muestra de la población se ha homogeneizado según los criterios de edad, los factores de riesgo y la comorbilidad. Se ha desarrollado una base de datos retrospectiva con el software SPSS v.22 para la evaluación de los resultados obtenidos. La medida de resultado primaria fue la tasa de AL con al menos 1 mes de seguimiento.

Resultados: Se observó una reducción significativa en la incidencia de AL en pacientes sometidos a cirugía colo-rectal ($p = 0,005$). Las tasas bajas de AL se mostraron en la cirugía del cáncer de recto ($p = 0,02$). No hubo una disminución significativa en la tasa de AL cuando se combinaron los procedimientos colorrectales para enfermedades benignas y malignas.

Conclusiones: el uso de la imagen por fluorescencia con verde de indocianina es un método seguro, reproducible y relativamente sencillo con el que se evalúa la perfusión de la anastomosis colorrectal y se reduce la tasa de fuga anastomótica en el período postoperatorio. Se necesitan ensayos controlados aleatorios grandes y bien diseñados para proporcionar evidencia de su uso rutinario en cirugía colorrectal.

CPO014. INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA Y ADENOCARCINOMA GÁSTRICO: ¿DEBEMOS SER MÁS EXHAUSTIVOS CON ESTOS PACIENTES?

I Palomo López, M Mogollón González, J Triguero Cabrera, MÁ Moya Ramírez, MC Montes Osuna

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

Introducción: las inmunodeficiencias primarias suponen alteraciones genéticas que conllevan a disregulación del sistema inmune (infecciones), autoinmunidad y predisposición a neoplasias malignas. Esta predisposición se observa con mayor frecuencia en la ataxia-teleangiectasia y la inmunodeficiencia común variable, constituyendo hasta el 30% del total de las neoplasias malignas en estos pacientes. Dentro de los cánceres epiteliales, se ha demostrado la susceptibilidad de padecer cáncer gástrico respecto a la población general. Presentamos dos casos clínicos de inmunodeficiencia primaria asociados a cáncer gástrico.

Caso clínico: 1) Paciente de 20 años con antecedentes personales de ataxia teleangiectasia que acude a Urgencias por cuadro de meses de evolución de dolor epigástrico y vómitos oscuros de repetición. A la exploración, sensación de masa epigástrica con dolor a la palpación. Analíticamente, destacaba leucocitosis con neutrofilia y linfopenia. Ingresa a cargo de Digestivo para estudio. Se solicita Tomografía Axial Computarizada (TAC) toracoabdominal y endoscopia digestiva alta (EDA) visualizándose gran lesión excrecente en incisura angularis compatible con proceso neoplásico cuyo resultado anatomopatológico fue de adenocarcinoma intestinal. Tras consultar con Cirugía General y presentar caso en Comité de Tumores Digestivos se consensua intervención quirúrgica, realizándose gastrectomía total con linfadenectomía D2 mediante abordaje laparoscópico. 2) Paciente de 38 años con antecedente de inmunodeficiencia común variable que acude a consulta de Digestivo por clínica de plenitud gástrica y náuseas postprandiales de 5 años de evolución. Se realizan múltiples

EDA con toma de biopsia positivas para *Helicobacter pylori*. Ante la persistencia de la clínica, se amplía el estudio con ECO-EDA y PET-TAC identificando lesión antral de aspecto tumoral cuyas biopsias son negativas para malignidad. Dada la alta sospecha clínica, se realizó laparoscopia exploradora con resección atípica de cuña gástrica cuyo estudio anatomopatológico descartó la existencia de células tumorales.

Discusión: el aumento de la supervivencia en las inmunodeficiencias primarias ha hecho que su incidencia en neoplasias aumente y, con ello, la mortalidad asociada a éstas. El desconocimiento de la fisiopatología del cáncer gástrico en estos pacientes conlleva a la demora en su diagnóstico. Todo esto pone de manifiesto la necesidad de aplicación de un screening así como la evaluación de factores de riesgo clínicos (presencia de *Helicobacter pylori*) mediante un diagnóstico amplio e invasivo que, incluso ante la negatividad de resultados anatomopatológicos, nos haga seguir sospechando y, de ser necesaria, realicemos biopsias de regiones no tumorales.

CPO015. LA EVISCERACIÓN COMO COMPLICACIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER GÁSTRICO: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO.

P Rodríguez González¹, A Becerra Toro¹, A Rodríguez Padilla², G Morales Martín², A Utrera González¹

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

Introducción: la evisceración es una complicación postoperatoria con una incidencia estimada del 1-3%, y de hasta un 12% en cirugías urgentes. De entre los factores de riesgo destacan la edad >65 años, inestabilidad hemodinámica, aumento de presión intrabdominal, infección de herida, malnutrición y anemia. Las complicaciones postoperatorias influyen en su aparición, así como el tratamiento neoadyuvante y la inmunodepresión que son factores frecuentes en los pacientes con patología gástrica oncológica. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la incidencia de evisceración en pacientes intervenidos por neoplasia gástrica.

Material y métodos: realizamos un estudio descriptivo de pacientes intervenidos de cáncer gástrico con aparición de evisceración durante seguimiento. Un total de 101 pacientes fueron intervenidos entre 2013 y 2018. Se analizaron diferentes variables relacionadas con la aparición de evisceración mediante análisis estadístico con SPSS vs 21.

Resultados: presentamos una serie de 101 pacientes intervenidos de neoplasia gástrica con diagnóstico de evisceración en 10 de ellos. El grupo eviscerados son 5 mujeres y 5 varones. La mediana de edad es 63 años. De este grupo, 4 tienen Performance status I, 3 de ellos II y el resto III. En 6 se realiza abordaje abierto y 4 laparoscópico. La herida de asistencia realizada en el abordaje laparoscópico fue subcostal izquierda en 3 y minilaparotomía media en 1. El material usado para el cierre de pared abdominal fue una sutura lentamente reabsorbible. La mediana de IMC es 31 en pacientes eviscerados, siendo de 27 en no eviscerados. La mediana de albúmina observada en los no eviscerados es 3,05 frente a los eviscerados 2,6. En este grupo el estadio II y III lo constituyen 3 pacientes cada uno, estadio I solo 2. Reciben neoadyuvancia 3 pacientes. En 9 pacientes se realizó un cierre

en bloque y prótesis supraponeurótica y 1 paciente la técnica Welty-Eudel. 2 de los pacientes eviscerados se eventraron posteriormente, 5 no y a 2 no fue posible realizarles seguimiento.

Conclusiones: la optimización del paciente previo, durante y postcirugía es fundamental, evitando o disminuyendo los factores de riesgo que en ella influyen. La relación entre la dehiscencia de pared y la aparición de hernia incisional en el seguimiento ha sido corroborada por múltiples estudios, formándose aproximadamente durante los 3 primeros años. Son pocos los trabajos publicados que relacionen las complicaciones de pared abdominal con la cirugía gástrica oncológica. Los datos de nuestro trabajo no son concluyentes precisando aumentar el tamaño poblacional para valorar la significación estadística.

CPO016. LA LLAMADA PREOPERATORIA EN CMA. ¿ES IMPORTANTE? NUESTROS RESULTADOS.

S Martín Cortés, C Monje Salazar, JL Cuba Castro, EA Buendía Peña, A Ortega Martínez, MS Álvarez Escribano, JM Cabrera Bermón, R de Luna Díaz

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

Introducción: demostrar que una llamada las 24-48 horas previa a un procedimiento quirúrgico de cirugía mayor ambulatoria (CMA) permite conseguir una menor tasa de suspensión, así como cirugía de calidad y más satisfactoria para el paciente.

Material y métodos: las unidades de CMA tienen una importante carga asistencial. Por ello, es necesario invertir en medios que favorezcan el correcto desarrollo de la actividad quirúrgica, minimizando riesgos y siendo eficientes en la gestión de los recursos. Uno de los seis indicadores clínicos básicos de calidad definido por la Internacional Association for Ambulatory Surgery (IAAS) es la tasa de cancelaciones. La implantación de una llamada previa a la cirugía en la que se aclaran y/o resuelven aspectos básicos preoperatorios como la toma de medicación o el ayuno, favorece la identificación de pacientes que deben posponerse y por tanto pueden ser sustituidos por otros, optimizando así las sesiones quirúrgicas. Desde el año 2017 se ha implantado este método en nuestro centro. Se realiza 24h antes de la cirugía por personal de enfermería; tiene como fin identificar enfermedades intercurrentes que impidan la intervención; además recuerda la correcta preparación que todo paciente debe presentar de cara a la cirugía, agilizando de esta manera el circuito. En este estudio se han analizado los resultados en cuanto a tasas de suspensiones habiendo realizado la llamada previa a la cirugía en todos los casos.

Resultados: Durante el año 2018 en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, en la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, se realizaron un total de 1831 cirugías en régimen de CMA. En todos los casos se realizó la llamada 24h antes. La tasa de suspensión fue del 1,7% (31 pacientes).

Conclusiones: Una llamada a las 24-48 horas previa a la cirugía es una herramienta útil y sencilla de cara a evitar suspensiones esperables en quirófano. Se considera criterio de calidad una tasa de suspensiones entre el 1 y el 4%.

CPO017. RECONSTRUCCIÓN PREPECTORAL EN MASTECTOMÍA PROFILÁCTICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y EXPOSICIÓN DE UN CASO.

I Teruel, Á Pareja, B Estébanez, R Torres, S López, JM Rodríguez

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

Introducción: revisar la literatura acerca de la reconstrucción mamaria con prótesis prepectoral para tratar de unificar las indicaciones, la selección del implante o la técnica estandarizada.

Material y métodos: Hemos realizado una revisión de la literatura disponible sobre este tipo de reconstrucción de los últimos dos años. Las fuentes consultadas han sido: Pubmed y Cochrane.

Resultados: Entre las ventajas del bolsillo prepectoral están la disminución del dolor postoperatorio, una menor estancia hospitalaria y una recuperación más rápida de la intervención. En tres de los estudios se estudiaba el efecto de la radioterapia postmastectomía. En ninguno se encontró mayor índice de complicaciones que con la prótesis subpectoral. Además, se evita el riesgo de contractura del pectoral. En otro estudio se valoró el paso de la prótesis de posición subpectoral a prepectoral con resultados favorables en cuanto a la deformidad dinámica. Ninguno de los estudios valoraba la técnica en mujeres obesas. En nuestro centro empleamos esta técnica en una paciente de 36 años a la cual se le realizó el estudio genético por antecedentes familiares de cáncer de mama. La paciente resultó ser portadora del gen BRCA1. Se realizó una ooforectomía bilateral y se derivó a nuestra consulta para mastectomía bilateral profiláctica. Se reconstruyó en el mismo acto quirúrgico colocando prótesis prepectoral recubierta con malla y fijándose con puntos sueltos de PDS 3/0. La paciente se fue de alta a los 4 días de la intervención tras una recuperación satisfactoria. En el postoperatorio la única complicación que surgió fue una solución de continuidad de la herida de pocos milímetros que se resolvió con tratamiento conservador. A los tres meses de la intervención la paciente fue dada de alta por nuestra parte.

Conclusiones: La reconstrucción prepectoral no se acompaña de mayor tasa de complicaciones a corto plazo y los resultados son comparables a aquellos obtenidos con la reconstrucción tradicional subpectoral. Son necesarios estudios que evalúen los resultados a largo plazo. Conocer esta técnica y sus potenciales complicaciones, así como homogeneizar las indicaciones, nos confiere un recurso importante para ofrecer a las pacientes candidatas a mastectomía, especialmente en el caso de las mutaciones BRCA.

CPO018. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO PROSPECTIVO CON PERCLOT EN LA REDUCCIÓN DE LOS SEROMAS EN LAS EVENTRACIONES MENORES DE 10 CM.

A García León, MJ Tamayo López, M Bustos Jiménez, F Docobo Durantez, A Sánchez Arteaga, E Perea del Pozo, J Tíno González, V Duran Cruzado, FJ Padillo Ruiz, L Tallón Aguilar

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

Introducción: determinar la reducción de los hematomas y seromas en pacientes intervenidos de eventraciones menores de 10 cm.

Material y métodos: pacientes intervenidos de eventraciones en la unidad de cirugía de pared. Planteamos un trabajo prospectivo aleatorio para analizar y evaluar lo que habíamos percibido en la revisión retrospectiva en cuanto a la reducción y evolución de los hematomas, seromas post cirugía de la eventración (sin cambiar las indicaciones del producto en cuanto a la hemostasia). Se decide aplicar hemostático Perclot y evaluar la aparición de seromas, así como el número de días de permanencia del drenaje. Se crea una base de datos para la recogida de los datos demográficos, factores de riesgo, tamaño de la hernia, número de días del drenaje, complicaciones. (Tabla 1). Estudiamos a 30 pacientes con Perclot y 30 sin Perclot, en los que, según criterio del cirujano, la necesidad del uso de un hemostático postquirúrgico.

Tabla 1

Sexo	
Edad	
IMC	
Factores de riesgo	
Tamaño de la hernia (área)	
Localización de la hernia	
Numero de recidivas previas	
Numero de Mallas	
Tipo de malla	
Numero de drenajes	
Días de drenaje	
Presencia de complicaciones	Seroma
	Infección
	Recidiva
	Dolor

Resultados: El grupo total de pacientes válidos para el estudio, con eventraciones menores de 10 cm fue de 51; con perclot 23, sin perclot 28. Las características de los 2 grupos fueron similares salvo en cuanto IMC que fue mayor en el grupo del Perclot P (0,01). El análisis de la estancia postoperatoria en pacientes con eventraciones menores de 10 cm fue casi significativo (P=0,02) con una disminución en el grupo con perclot. En el grupo del Perclot se pudo retirar el drenaje un día antes.

Conclusiones: 1) se pudieron retirar antes los drenajes en el grupo del Perclot con una reducción de la estancia hospitalaria. 2) Necesitaríamos más trabajos para proponer la no utilización de drenajes en algunas hernias según el tamaño. 3) Necesitaríamos más trabajos para determinar la dosis eficaz del producto con objeto de actuar en la prevención de los seromas en las eventraciones.

CPO019. TAR, ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA.
R Pérez Quintero¹, A Becerra Toro¹, Á Rodríguez Padilla², G Morales Martín², A Utrera Gonzalez¹

¹Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva. ²Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal Infanta Elena, Huelva

Introducción: El abordaje ideal para la reparación de hernias incisionales complejas continúa siendo tema de debate debido a la alta morbilidad y elevado índice de recurrencias.

La técnica TAR (Transversus abdominis muscle release), descrita por primera vez por Novitsky en 2012 es una modificación de la clásica técnica Rives-Stoppa que combina una amplia disección retromuscular/preperitoneal y avance medial consistente de la fascia y musculatura de pared abdominal, permitiendo un avance significativo de la fascia posterior del recto, amplia disección lateral, preservación neurovascular y menor deterioro del tejido subcutáneo.

Actualmente, las indicaciones se centran en hernias con amplios defectos, pérdida de derecho a domicilio y uso preoperatorio de Toxina botulínica y/o neumoperitoneo progresivo. Debido a los buenos resultados, con bajo índice de recurrencia del 4%, su uso se está extendiendo, apareciendo modificaciones con mejores resultados, además del uso de nuevas vías de abordaje como la laparoscópica y robótica.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo de pacientes intervenidos de hernia incisional mediante la técnica TAR entre Enero de 2017 y Diciembre de 2018. Se analizan variables sociodemográficas, aspectos quirúrgicos, estancia, complicaciones asociadas y recurrencia, realizando el análisis estadístico con SPSS vs 21.

Resultados: Presentamos una serie de 24 pacientes, 17 varones y 7 mujeres, con una mediana de edad de 60,5 (intervalo de 27-82) y de IMC de 33. La mediana del diámetro transversal del defecto es 10cm, siendo un 79% hernias de línea media.

El uso combinado de toxina botulínica y neumoperitoneo preoperatorio se realizó en 4 pacientes (16,7). En el 91,7% de los casos se realizó la técnica mediante la asociación de una prótesis bioabsorbible y una malla de polipropileno, con una duración mediana de intervención de 188 minutos. Los resultados muestran un 4,2% de recidiva, presentando complicaciones el 45,8% siendo la infección de herida la más frecuente en un 21%, un 8,3% necrosis cutánea y un 4,3% perforación intestinal. La mediana de días de ingreso fue de 8 y el índice de mortalidad 0. El intervalo de seguimiento realizado fue de 6-12 meses.

Conclusiones: actualmente el TAR es una opción para la reparación de hernias primarias o incisionales con una baja morbilidad y menor tasa de recurrencias, evitando la denervación y devascularización de la pared permitiendo la restauración de las propiedades fisiológicas de la misma. Los resultados publicados basados en estudios prospectivos y retrospectivos son buenos. Una revisión recientemente publicada en 2018 por Wegdam *et al.* lo corroboran.

CPO020. TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN PERINEAL CON COLGAJOS.
JA Toval Mata¹, M Pitarch Martínez¹, J Carrasco Campos¹, S Mera Velasco¹, M Ruiz López¹, I González Poveda¹, J Torres Corpas², J Santoyo Santoyo¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. ²Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: Las complicaciones del periné tras la amputación abdominoperineal tienen un elevado impacto sobre la calidad de vida del paciente, la duración de la hospitalización, los costes, e incluso los resultados oncológicos a largo plazo. Con el aumento del uso de la quimiorradioterapia preoperatoria, la difusión de la amputación abdominoperineal extraelevadora y el incremento de la frecuencia de exenteraciones pélvicas, la tasa de complicaciones del cierre perineal ha aumentado. En los últimos años se han publicado diversos estudios que sugieren el uso de diferentes tipos de mallas o colgajos. Sin embargo, aún existe escasa evidencia que nos permita establecer cuál es el tipo de técnica más apropiada en cada caso. Presentamos nuestra experiencia en los últimos 5 años con el uso del colgajo VRAM, gracilis, gúteo y Singapore.

Caso clínico: En los últimos años 4 pacientes de nuestra unidad han precisado la realización de colgajos para el cierre perineal por la presencia de defectos perineales postoperatorios tras resección abdominoperineal, todos ellos en colaboración con el servicio de cirugía plástica.

- Mujer de 63 años a la que se realizó una reconstrucción perineal con colgajo VRAM derecho.
- Mujer de 42 años que fue sometida a un colgajo de músculo gracilis con reconstrucción de tercio distal de vagina.
- Varón de 55 años al que se realizó disección de colgajo de músculo gracilis, hallándose variante anatómica con inserción de su pedículo vascular anormalmente bajo, que impedía la transposición del colgajo a la zona receptora. Finalmente se decidió realizar un colgajo Singapore de la región inguinal derecha.
- Varón de 21 años que tras resección abdominoperineal por enfermedad de Crohn perianal severa precisó un colgajo de avance V-Y de la región glútea.

En todos los casos la evolución postoperatoria fue favorable y con un alto grado de satisfacción.

Discusión: En este tipo de pacientes de alta complejidad es necesario tener presente la realización de colgajos perineales, aunque la evidencia científica es todavía baja y el tratamiento quirúrgico debe ser individualizado tras su discusión en un grupo quirúrgico multidisciplinar que incluya al servicio de cirugía plástica. En el cierre habitual tras AAP extraelevadora el uso de una malla parece suficientemente seguro, pero al enfrentarnos a defectos extensos, el colgajo VRAM parece la mejor opción. Si el defecto cutáneo no es amplio, el colgajo de músculo gracilis es una técnica adecuada. Cuando no podemos realizar un colgajo de pared abdominal o de gracilis tenemos la alternativa del colgajo glúteo o el colgajo Singapore.

CPO021. ¿PODEMOS DISMINUIR EL DOLOR EN LA EVENTRACIÓN LAPAROSCÓPICA CON CIERRE DEL DEFECTO?

JM Suárez Grau, J Gómez Menchero, A Gila Bohórquez, J García Moreno, I Durán Ferreras, P Landra Dulanto, J Ferrufino

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

Introducción: La reparación de la hernia ventral vía laparoscópica con cierre del defecto posee muchas virtudes que sin embargo contrastan en lo referente a la ausencia de disminución del dolor postoperatorio. Solamente han surgido avances en la disminución del dolor usando métodos de fijación atraumáticos (colocación preperitoneal con pegamentos o mallas autoadhesivas). Proponemos una nueva variación técnica basada en la introducción de catéteres de infusión de anestésico local.

Material y métodos: Realizamos estudio prospectivo, no aleatorizado, por bloques, con ciego en la revisión, entre dos grupos de pacientes sometidos a eventroplastia laparoscópica con cierre el defecto laparoscópico (hernia M2-3W2 clasificación EHS, usando cierre con V-Lock 1 y malla Dynamesh IPOM 15x20 cm y doble corona de tackers), en los cuales tenemos un grupo objeto del estudio (n:20 rango de edad de 33-65) donde colocamos un catéter anetésico de infusión continua de ropivacaina durante 48 horas entre la propia malla y el defecto) y el grupo control (n:20 rango de edad 36-55) en los cuales no se colocó el cateter. El presente estudio se ha realizado durante Febrero del 2015 hasta Febrero del 2017. Seguimiento medio de 12 meses (6-14 meses). Análisis de factores: se han comparado los resultados entre los dos grupos de pacientes (20 controles y 20 pacientes objeto del estudio) con similares criterios de inclusión y exclusión y similares hernias reparadas de igual forma (cierre del defecto y eventroplastia laparoscópica).

Realización de medición del dolor mediante escala analógica visual (EVA), y de posibles complicaciones (tumoración, seroma, hematoma, infección) en:

- Postoperatorio inmediato.
- En la primera semana (TAC de pared abdominal).
- Al mes , 6 meses y al año.

No existió aumento del seroma postoperatorio, existiendo el mismo tipo de seroma (Tipo I-II) que en intervenciones sin uso de catéter (en exploración y control por TAC). NO existieron infecciones sin otras alteraciones (hematomas, enrojecimiento...). Existió una clara disminución del EVA postoperatorio inmediato (disminución del 50% aproximadamente en todos los casos con catéter al alta y a la semana, tras estudio estadístico con $p < 0,01$, al compararlo con el grupo control) y prácticamente ausencia del dolor en la primera revisión en consulta al mes y a los 6 meses.

Conclusiones: Todo ello parece que hace útil esta nueva variación técnica no solo en un mejor control y confort postoperatorio, sino en su aplicación de cara a régimen CMA o corta estancia. En el análisis contrastado con el grupo control hay una disminución del 50% aproximadamente del dolor en todas las revisiones precoces frente al grupo control.

XVI Congreso de la ASAC

Comunicaciones videoforum

VF001. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE OCLUSIÓN POR BRIDAS EN PACIENTE TRANSPLANTADA DE PÁNCREAS-RIÑÓN

I Mirón Fernández, C Montiel Casado, P Galeano Fernández, M Pérez Reyes, I Cabrera Serna, L Romacho López, M Pitarch Martínez, D Cabañó Muñoz, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: la mayoría de las oclusiones de intestino delgado en pacientes previamente operados se producen por bridas o adherencias. Mayoritariamente una única banda que precisa sección simple de la misma para resolver el cuadro. Es por ello que la laparoscopia en estos pacientes ha de tenerse en cuenta como alternativa viable y eficaz; además de aportarles las ventajas del abordaje mínimamente invasivo, disminuye la probabilidad de nuevas adherencias consecuencia de una nueva laparotomía.

Caso clínico: mujer de 37 años, transplantada de páncreas riñón hace un año por diabetes tipo 1 y enfermedad renal crónica secundaria con necesidad de hemodiálisis. Cirugía sin incidencias con postoperatorio tórpido en cuidados intensivos con necesidad de traqueostomía por imposibilidad de extubación. Buena evolución posterior con funcionalidad normal de ambos injertos. Ingresos con cuadro oclusivo secundario a bridas que se maneja inicialmente de forma conservadora, con sonda nasogástrica y protocolo de gastrografín. Por fracaso del mismo, se decide cirugía con abordaje laparoscópico. Se realiza disección de varias adherencias sin incidencias. Es dada de alta y seguida en consulta, sin evidencia de complicaciones y conservando la funcionalidad de los injertos.

Discusión: El abordaje laparoscópico en los pacientes transplantados es seguro y les disminuye el dolor y la estancia postoperatoria, aunque en última instancia se debe individualizar la forma de abordaje según cada caso.

