

## 1ª Reunión Virtual de la ASAC

# Comunicaciones orales

### CO001. DIVERTICULITIS INTESTINAL AGUDA: ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL.

L Navarr-Morales, S Dios-Barbeito, E Perea-Del Pozo, V Durán-Muñoz, F Pareja-Ciuro, D Aparicio-Sánchez, J Padillo-Ruiz

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

**Introducción:** La diverticulitis intestinal aguda (DIA) yeyuno-ileal (DYI) y duodenal (DD) es una enfermedad rara y potencialmente grave que afecta principalmente a pacientes de edad avanzada. Puede presentarse con complicaciones como obstrucción, perforación o hemorragia. El diagnóstico está basado en imágenes, dado que la mayoría de los pacientes cursan asintomáticos.

El propósito de este estudio es describir las características clínicas, analíticas y de imagen, así como el análisis de los resultados de los pacientes con diverticulitis aguda yeyunoileal y duodenal en nuestro centro.

**Material y métodos:** Se identificaron retrospectivamente los casos de DIA yeyunoileal y duodenal manejados en el Hospital Universitario Virgen del Rocío desde enero de 2017 hasta julio de 2020. El diagnóstico final se basó en una revisión de datos clínicos y radiológicos en consonancia con los hallazgos intraoperatorios. El seguimiento postoperatorio incluye la estancia hospitalaria, revisión en consultas externas, necesidad de reingreso y reintervención.

**Resultados:** Identificamos 7 casos de DIA, 42,9% hombres (3/7 pacientes) frente a 57,1% (4/7) mujeres, con una edad media de 70,86+/-12,02. En seis se identificó afectación de yeyuno o íleon (n=85,7%) y 1 en duodeno (14,3%). El 100% presentaron dolor abdominal agudo como motivo de consulta, 71,4% (5/7) dolor localizado, frente a 28,6% (2/7) dolor generalizado. La localización más frecuentemente observada fue centro abdominal y ambas fosas ilíacas. Se identificaron en la tomografía computerizada: engrosamiento mural del asa afecta con cambios inflamatorios de la grasa periférica y múltiples adenopatías reactivas en el 57,1% (4/7) pacientes, neumoperitoneo y líquido libre en 28,6% (2/7) y colección abscesificada en 14,3% (1/7). La diverticulitis fue leve y se resolvió con manejo conservador en 57,1% (4/7), y grave en 42,9% (3/7) requiriendo cirugía urgente. A dos de los tres pacientes se les realizó resección y anastomosis y al otro cirugía de control de daños con abdomen abierto necesitando posteriormente 2 reintervenciones sucesivas. La estancia media postoperatoria fue de 11 días (3-30 días). La evolución fue favorable en 85,7% (6/7) pacientes, frente a 14,3% (1/7), requiriendo reintervención 1 paciente, el ya comentado por manejo del abdomen abierto. Se identificó también una paciente reintervenida 7 años más

tarde por nuevo brote de DIA perforada, sin considerarse por tanto complicación de la cirugía anterior.



**Conclusiones:** La diverticulitis intestinal aguda es una afección rara y generalmente no grave. En nuestro caso, la clínica del paciente junto con la imagen del TC fueron mandatorias para el manejo posterior. De acuerdo con lo descrito en la literatura, se realizó un tratamiento quirúrgico en aquellos pacientes con DIA complicada con perforación, con favorable evolución.

### CO002. REHABILITACIÓN MULTIMODAL Y APENDICITIS AGUDA PERFORADA: EXPERIENCIA TRAS CINCO AÑOS

JA Blanco Elena<sup>1</sup>, A Alberca Páramo<sup>2</sup>, J Granados García<sup>1</sup>, P Ruiz Navarro<sup>1</sup>, R del Rosal Palomeque<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra. <sup>2</sup>UGC Cirugía General. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

**Introducción:** La perforación del apéndice ileocecal inflamado se asocia con mayor morbilidad y aumento de la estancia hospitalaria. Se han diseñado protocolos de rehabilitación multimodal para acortar la estancia hospitalaria sin aumentar la morbilidad del proceso. Con este estudio evaluamos nuestros resultados en la aplicación de una guía

de rehabilitación multimodal para el manejo del paciente intervenido mediante apendicectomía por apendicitis aguda perforada.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de las apendicitis intervenidas en nuestro hospital en un periodo de 5 años. Se evalúa el tipo de cirugía realizada, los hallazgos quirúrgicos, el tratamiento antibiótico y analgésico realizado así como la estancia hospitalaria y la morbilidad asociada. Se usó el bloqueo del plano transversal del abdomen (TAP) en cirugía abierta y la infiltración de los puertos de laparoscopia con bupivacaína al 0,5%, combinado con el uso de analgésicos no opiáceos. El antibiótico se administró por vía intravenosa hasta la tolerancia oral del paciente manteniéndose durante 7 días desde la intervención.

**Resultados:** Entre enero de 2015 y diciembre de 2020, 637 pacientes fueron intervenidos por apendicitis aguda en nuestra institución. Presentaron apendicitis gangrenosa perforada 67, siendo 36 hombres y 31 mujeres. La edad media fue de 46,68 años (14-86). Las comorbilidades preexistentes incluyeron hipertensión (22%), diabetes mellitus (4%), EPOC (2%), dislipemia (9%) y enfermedad cardíaca (5%). Nuestra serie recoge de 2 pacientes gestantes. 49 apendicectomías fueron laparotómicas, 13 laparoscópicas y 5 reconvertidas a cirugía abierta. La estancia media hospitalaria fue de 7 días (r:1-19). La morbilidad postoperatoria fue del 26,92%: absceso intraabdominal (4), íleo paralítico (5), infección urinaria (3), infección herida quirúrgica (9) y seroma (2).



**Conclusiones:** Las apendicitis perforadas suponen una complejidad añadida en la aplicación de un protocolo de recuperación

intensificada debido a una mayor incidencia de complicaciones infecciosas. La administración de antibióticos por vía oral así como una analgesia oral pautada permite un alta más precoz con el consiguiente ahorro.

## CO003. URGENCIAS QUIRÚRGICAS DURANTE EL CONFINAMIENTO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

**A García Vico, A Román Rando, J Cañete Gómez, V Briceño Agüero**

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

**Introducción:** El estado de alarma para hacer frente a la expansión del virus SARS COV 2 supuso la prohibición de movimiento de los ciudadanos. Desde el momento en el que se tomaron estas medidas, nos pareció observar una tendencia a consultas más tardías así como una reducción de las consultas realizadas por patologías quirúrgicas menores.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo realizado en el servicio de cirugía general del hospital de Valme de Sevilla, que compara las urgencias quirúrgicas durante el confinamiento comparados con el mismo periodo del año anterior.

**Resultados:** Durante el periodo de confinamiento se atendieron 215 urgencias.

Se atendieron 7 urgencias por patología herniaria, de las cuales requirieron intervención 2 hernias incarceradas (una crural y una umbilical).

Fueron atendidos 15 pacientes con diverticulitis aguda. Sólo un paciente precisó intervención realizándose Hartmann.

Se atendieron 47 pacientes por patología hepatobiliar. 21 colecistitis aguda, de las cuales se intervinieron 17. Se atendieron 3 cólicos biliares que se manejaron de forma conservadora y 2 coledocolitiasis que se trataron con CPRE.

Tuvimos un total de 21 pacientes con patología apendicular, de los que se intervinieron 19 (4 perforadas, 7 gangrenosas y 8 flemonosas).

Atendimos a 25 pacientes por patología obstructiva:

- 13 obstrucciones de intestino delgado de las cuales 4 requirieron adhesiolisis laparoscópica y 1 resección intestinal por isquemia.

- 12 obstrucciones colónicas: un vólvulo que se resolvió con endoscopia y 11 casos de neoplasias estenosantes, se realizó cirugía en todos los casos excepto una colocación de stent como puente para cirugía electiva posterior.

Durante el mismo periodo del pasado año se atendieron 409 urgencias en nuestro servicio.

Se atendieron 23 pacientes por patología diverticular, 19 Hinchey I, 4 grado II.

34 colecistitis de las cuales se intervinieron 22 (11 necrotizantes, 10 edematosas y 1 alitiásica).

Acudieron 38 pacientes por patología apendicular, de los cuales se intervinieron 37 pacientes.

19 pacientes con obstrucción intestinal fueron atendidos:

- 12 Obstrucciones de intestino delgado: dos requirieron adhesiolisis.
- 7 Obstrucciones de colon por neoplasias estenosantes en las que se realizó cirugía en todos los casos.

**Conclusiones:** El retraso en la consulta de patologías urgentes, secundario al miedo a ser contagiado en el área de urgencias, ha conllevado una mayor evolución de las patologías quirúrgicas

### CO004. 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN DE NUESTRA UNIDAD DE CIRUGÍA COLORRECTAL

**P Gutiérrez Delgado , I Mirón Fernández , M Ruiz López, J Carrasco Campos, JA Toval Mata, I González Poveda**

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

**Introducción:** Las unidades de coloproctología surgen para impulsar la mejora en el tratamiento de la patología colorrectal, debido a la súper-especialización quirúrgica, a la incorporación de cirugía mínimamente invasiva y de protocolos Fast-track.

Nuestro objetivo es valorar la mejora en los indicadores de calidad en la cirugía de cáncer colorrectal en nuestro centro.

**Material y métodos:** Se incluyeron 1351 pacientes intervenidos de forma electiva en la unidad de coloproctología del Hospital Regional de Málaga desde enero 2009 a diciembre 2018. Los datos fueron obtenidos de la base de datos propia de la unidad y fueron analizados mediante el programa SPSS Statistics 15.0

**Resultados:** Se establecieron dos grupos, el primero los pacientes intervenidos de 2009-2013 (primer periodo) y el segundo los pacientes intervenidos de 2014-2018 (segundo periodo), analizando variables demográficas, perioperatorias y de morbimortalidad. El número total de pacientes intervenidos en el segundo periodo con respecto al primero se incrementó en 210 pacientes. Se objetiva un aumento de porcentaje de pacientes con mayor ASA del segundo periodo (52,1% ASA III) con respecto al primer periodo (41,2% ASA III). El porcentaje del abordaje laparoscópico se incrementó del 25,6% al 38,8% en el segundo grupo, disminuyendo a su vez el porcentaje de conversión a cirugía abierta del 5,3% al 3,8%. Con respecto a las complicaciones destaca un descenso del 14% al 11% en infección del sitio quirúrgico, un porcentaje de dehiscencias anastomóticas que se ha mantenido estable en ambos periodos y una disminución de éxitos preoperatorio de un 13,5% a un 5,6%.

**Conclusiones:** Una unidad de coloproctología se considera acreditada si cumple los índices de calidad establecidos por la Asociación Española de Coloproctología (AECOP). Con los resultados mostrados podemos afirmar que nuestra unidad de coloproctología, ha impulsado su mejora cumpliendo en la actualidad con los índices de calidad establecidos por la AECOP.

### CO005. DIAGNÓSTICO DE ÍLEO PARALÍTICO VS DEHISCENCIA ANASTOMOSIS EN POSTOPERATORIO DEL CCR

**FJ Almoguera González, I Ramallo Solís, S Martínez Núñez, J Tíno González, F de la Portilla de Juan**

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

**Introducción:** Llevamos a cabo un estudio prospectivo de los pacientes intervenidos de CCR entre octubre de 2017 y octubre de 2019 en un hospital de tener nivel, con el fin de analizar el impacto del IPP en los resultados en el postoperatorio (PO) inmediato del CCR.

**Material y métodos:** Confeccionamos una base de datos incluyendo variables demográficas habituales (edad, sexo, FRCV, hábitos tóxicos, comorbilidad y ASA) así como las variables de interés para este estudio (IPP, dehiscencia anastomótica, reactantes de fase aguda (leucocitos y PCR) en distintos días del PO, realización de pruebas de imagen (TAC), tasa de reintervención, estancia hospitalaria y gravedad de las complicaciones según escala de Clavien-Dindo.

Se realizó una comparación de estas variables entre la cohorte de pacientes que desarrollaron IPP y aquellos que no.

**Resultados:** En los dos años analizados se intervinieron 451 pacientes de CCR, de los cuales 68 presentaron un IPP.

El IPP fue más frecuente en varones (20,36% vs 4,97% en mujeres,  $p < 0,001$ ) y en pacientes con ASA  $\geq$  III (19,81% vs 10,85% en ASA I-II,  $p = 0,017$ ). Los consumidores de alcohol presentaron mayor tasa de IPP (20,72% vs 10,25% en no bebedores,  $p < 0,001$ ).

En los pacientes con IPP se solicitaron más tomografías computarizadas (60,71% vs 9,04% en pacientes sin IPP,  $p < 0,001$ ), y se encontró más IPP radiológico, no obstante no se identificaron diferencias en otros hallazgos radiológicos de dehiscencia (líquido libre, burbujas perianastomóticas)

Presentar IPP no influyó de forma significativa en la tasa de infección de herida, infección intraabdominal, hemorragia, estancia en UCI o reingreso. Sí se relacionó el IPP con la dehiscencia anastomótica (66,67% vs 11,37% en pacientes sin IPP,  $p < 0,001$ )

En cuanto a la estancia hospitalaria, fue significativamente mayor en los pacientes con IPP que en aquellos que no lo desarrollaron (15,26 días vs 7,48,  $p < 0,001$ )

Por otra parte, la elevación de RFA fue mayor en los pacientes que presentaron IPP (PCR al tercer día PO de 187, 103 grupo no IPP ( $p < 0,001$ ), así como en complicaciones PO ( $p < 0,001$  en PCR de tercer y cuarto DPO, y leucocitos de tercer DPO).

**Conclusiones:** El IPP es más frecuente en varones, en pacientes con comorbilidades (ASA  $\geq$  III) y en aquellos con dehiscencia anastomótica, y supone una causa frecuente de prolongación de la estancia PO.

El IPP se asocia con elevación de RFA en el PO, y con la dehiscencia de sutura. En las TC de pacientes con IPP es muy frecuente encontrar



## DIAGNÓSTICO DE ÍLEO PARALÍTICO VS DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA EN POSTOPERATORIO DEL CCR

**Autores:**

- ▣ Francisco José Almoguera González
- ▣ Irene Ramallo Solís
- ▣ Sara Martínez Núñez
- ▣ José Tinoco González
- ▣ Fernando de la Portilla de Juan

Unidad de Coloproctología  
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo  
Hospital Universitario Virgen del Rocío  
Sevilla (España)

[Acceder al vídeo](#)

signos de íleo radiológico, no así mayor tasa de signos de dehiscencia de sutura (líquido libre, burbujas perianastomóticas) respecto a pacientes sin IPP.

fueron mayores en el CCD ( $p < 0,01$ ) incluyendo aumento de infección de sitio quirúrgico, absceso intraabdominal e íleo postoperatorio, con el consecuente aumento de la estancia media ( $p < 0,01$ ). En cuanto a la mortalidad no hubo diferencias significativas ( $p = 0,088$ ) si bien la mediana de supervivencia fue mayor para los pacientes con CCI ( $p < 0,01$ ).



[Acceder al vídeo](#)

### CO006. IMPACTO DE LA LATERALIDAD EN LOS RESULTADOS TÉCNICOS Y QUIRÚRGICOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLÓNICO

JA Blanco Elena<sup>1</sup>, A Alberca Páramo<sup>2</sup>, R del Rosa Palomeque<sup>2</sup>, P Ruiz Navarro<sup>2</sup>, J Granados García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC Cirugía General. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra.  
<sup>2</sup>UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

**Introducción:** El cáncer de colon representa la tercera causa de muerte por neoplasia en España. Se han observado diferencias entre la forma de presentación del cáncer de colon según su localización.

Este trabajo se propone analizar si existen diferencias entre el cáncer de colon de localización derecha, CCD (ciego hasta transversal, inclusive) y el de localización izquierda, CCI (ángulo esplénico hasta sigma).

**Material y métodos:** Se plantea un estudio observacional prospectivo, entre enero de 2015 a enero de 2020. Criterios de inclusión: cánceres intervenidos de forma programada, 15 cm por encima del margen anal, mayores de edad y cirugía de inicio R0. Se excluyeron cirugías urgentes, cánceres sincrónicos o metacrónicos, recidivas y cirugías R1 o R2. Las variables se categorizaron por edad, sexo, IMC (índice de masa corporal), comorbilidades, cirugías previas, histología, ganglios aislados y mortalidad. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0 considerando diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Se analizaron 129 pacientes, con emparejamiento 1:1. Predominó el adenocarcinoma en ambos grupos, con mayor aislamiento de ganglios en localizaciones derechas ( $p < 0,05$ ) sin que hubiese diferencias en la afectación de estos. Las complicaciones

**Conclusiones:** Encontramos que CCD y CCI son significativamente diferentes en cuanto a su perfil epidemiológico, de complicaciones postoperatorias y de supervivencia a largo plazo. Los pacientes con CCD tienen peor pronóstico. El hallazgo de estas diferencias podría implicar cambios en el tratamiento de estos pacientes.

### CO007. ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO FRENTE AL ABORDAJE ABIERTO EN LA ESOFAGUECTOMÍA ONCOLÓGICA. RESULTADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J Sánchez Segura, F Botello García, C Montiel Casado, A Rodríguez Cañete, JL Fernández Aguilar, FJ Moreno Ruiz, M Pérez Reyes, J Santoyo Santoyo

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

**Introducción:** El objetivo principal del estudio es evaluar si la esofaguectomía mínimamente invasiva (EMI), aplicada al tratamiento del cáncer de esófago, reduce la morbi-mortalidad asociada a la intervención respecto a las técnicas convencionales.

Como objetivos secundarios, se analiza el impacto de la EMI sobre el tiempo de estancia en UCI, el tiempo de hospitalización y los reingresos.

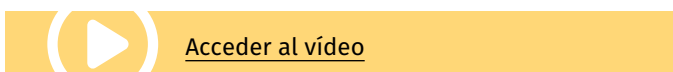
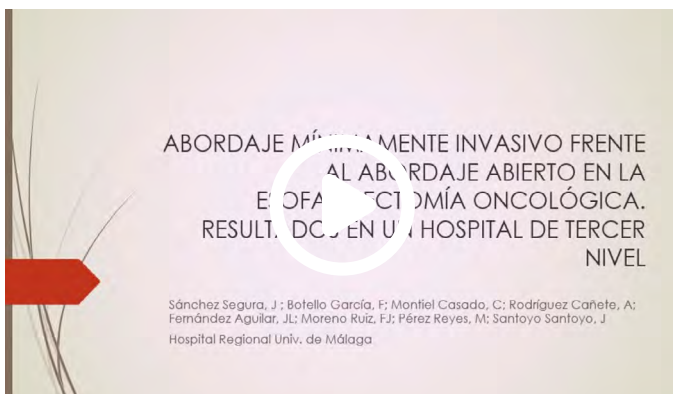
**Material y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo sobre una muestra de 55 pacientes intervenidos en nuestro centro entre 2015 y 2018 de cáncer de esófago mediante esofagectomía tradicional o EMI. Fueron excluidos aquellos con tumor irreseccable o carcinomatosis peritoneal.

En ambos grupos, esofagectomía tradicional y EMI, se analizaron características del paciente, ubicación del tumor, técnicas diagnósticas y terapéuticas previas a la intervención, resultado anatomopatológico, complicaciones postoperatorias, reintervención, reingreso, tiempo de estancia en UCI, tiempo de hospitalización y mortalidad. El seguimiento tras la intervención fue de tres meses.

**Resultados:** Se incluyeron en total 51 pacientes. El 47.1% se intervino mediante técnica mínimamente invasiva; el 52,9% restante, por vía abierta. Las variables preoperatorias fueron comparables en ambos grupos. Las técnicas más empleadas fueron la esofagectomía de Ivor-Lewis (70,6%) y la esofagectomía por triple vía (29,4%).

El análisis de los datos mostró una disminución estadísticamente significativa del tiempo de estancia en UCI (8,1 vs 14,9;  $p=0.01$ ) y de estancia hospitalaria (20,1 vs 31,3;  $p=0,006$ ) en el grupo EMI. La incidencia de complicaciones postoperatorias fue menor en el grupo EMI que en la esofagectomía tradicional (70,3% vs 41,7%;  $p=0,039$ ). Las más frecuentes fueron las respiratorias, en especial el derrame pleural, siendo más frecuentes en pacientes intervenidos vía abierta (66,7% vs 16,7%;  $p=0,001$ ). La incidencia de dehiscencia de sutura fue mayor en la técnica abierta (33,3% vs 8,3%;  $p=0,03$ ).

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al analizar los reingresos al mes y a los tres meses ( $p=0,94$  y  $p=0,06$ , respectivamente), la mortalidad a 30 días ( $p=0.62$ ) o la necesidad de reintervención ( $p=0,29$ ). El número de ganglios aislados fue mayor en aquellos intervenidos por vía abierta, sin ser dicha diferencia estadísticamente significativa (10,11 vs 8,73;  $p=0,12$ ).



**Conclusiones:** El abordaje mínimamente invasivo se emplea cada vez más en la cirugía oncológica esofágica. Los resultados obtenidos en nuestro estudio corroboran que es una técnica segura que no compromete la calidad oncológica de la intervención. Aunque no supone un descenso de la mortalidad, la EMI muestra una reducción

significativa de la estancia hospitalaria y en UCI, así como una menor morbilidad respiratoria y menor porcentaje de dehiscencia anastomótica.

## CO008.COMPARATIVADELOSDATOSHEMODINÁMICOS Y GASOMÉTRICOS DE LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA ASOCIADA A LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA DE FORMA LAPAROSCÓPICA FRENTE A LAS TÉCNICAS CONVENCIONALES

A Alberca Páramo<sup>1</sup>, M Amo Salas<sup>2</sup>, P Villarejo Campos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra. <sup>2</sup>Departamento Matemática aplicada y estadística. Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real. <sup>3</sup>UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico San Carlos, Madrid

**Introducción:** Nuestro grupo de trabajo planteó la posibilidad de mejorar la técnica de cirugía citorreductora (CCR) asociada a Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica(QIPH) al realizarla de forma laparoscópica.

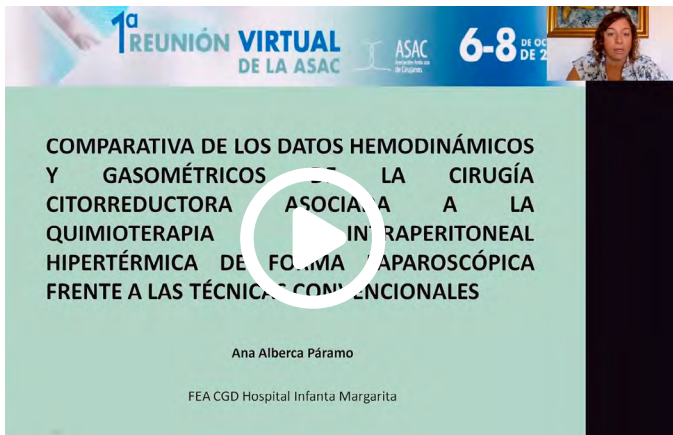
**Material y métodos:** Nuestra experimentación se realiza en un modelo porcino(15) divididos en 3grupos, en los cuales se realizan las diferentes técnicas: Grupo 1(G1: formado por 5 cerdos a los cuales realizamos CCR laparoscópica y posterior QIPH laparoscópica), Grupo2(G2: formado por 5 cerdos a los cuales realizamos CCR laparotómica y posterior QIPH laparoscópica) y Grupo3 (G3: formado por 5 cerdos a los cuales realizamos CCR y QIPH abierta). En todos los modelos realizamos determinaciones sanguíneas, peritoneales y de líquido libre intraabdominal tras la recirculación del quimioterápico (QT) con el objetivo de valorar si se trata de una técnica eficaz y segura.

**Resultados:** Los datos hemodinámicos se obtuvieron a partir de la monitorización invasiva con el sistema PiCCO. Las diferencias significativas objetivadas se dan entre G1 y G3, al inicio de la QIPH en el parámetro de SVV( $G1= 24,4 \pm 7,93$  vs  $G3= 11,5 \pm 5,8$  con  $p=0,03$ ), a la mitad de la QIPH en VPP ( $G1= 21 \pm 6,16$  vs  $G3= 8,25 \pm 4,27$  con  $p=0,03$ ) y al final del tratamiento QIPH en la frecuencia cardíaca( $G1= 94,4 \pm 22,31$  vs  $G3= 122,25 \pm 5,06$  con  $p=0,04$ ). Esto podría deberse al aumento de la presión intraabdominal en G1, así como a la exposición de asas intestinales y menor homogeneidad térmica en G3.

En el análisis gasométrico objetivamos diferencias significativas en el parámetro de ácido láctico arterial al finalizar el tratamiento QIPH con diferencias significativas entre G1 y G2 ( $G1= 25,25 \pm 3,5$ ;  $G2= 39,75 \pm 6,89$ ) con  $p= 0,01$ , así como de Exceso de Bases en la muestra venosa en mitad de la QIPH ( $G1=1,8\pm 2,1$ ;  $G2= -2,1\pm 1,37$ ) con  $p=0,01$ . Lo cual podría deberse a un aumento de la concentración de QT en algunas áreas secundario a una mala distribución que produciría necrosis tisular.

También se aprecia diferencias significativas en la concentración de potasio en las muestras venosas durante la QIPH, al comparar G1( $4,5\pm 0,6$ ) con G3 ( $3,7\pm 0,3$ ) con  $p= 0,05$ , lo cual podría explicarse por


un incremento de la isquemia secundaria a la exposición de las asas intestinales al frío, a la no renovación de CO<sub>2</sub> y a un mayor tiempo quirúrgico en G3.



**1ª REUNIÓN VIRTUAL DE LA ASAC** ASAC 6-8 DE OCT DE 2020

**COMPARATIVA DE LOS DATOS HEMODINÁMICOS Y GASOMÉTRICOS DE LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA ASOCIADA A LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA DE FORMA LAPAROSCÓPICA FRENTE A LAS TÉCNICAS CONVENCIONALES**

Ana Alberca Páramo  
FEA CGD Hospital Infanta Margarita

 [Acceder al vídeo](#)

**Conclusiones:** Podemos afirmar que la realización de CCR + QIPH laparoscópica es una técnica segura y eficaz desde el punto de vista hemodinámico y gasométrico.

### CO009. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL: CIRUGÍA CITORREDUCTORA ASOCIADA A LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA LAPAROSCÓPICA

A Alberca Paramo, P Villarejo Campos, M Amo Salas, J Martin Fernandez

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

**Introducción:** La Cirugía Citorreductora(CCR) junto a la Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica(QIPH) es el tratamiento actual de la carcinomatosis peritoneal(CP)resecable, así como el tratamiento adyuvante de patologías de alto riesgo de CP. Dicho tratamiento se inició mediante un acceso abierto, pasando posteriormente a cerrado, con las ventajas que aporta: menor toxicidad, mayor homogeneidad térmica y distribución de la solución QT.

La laparoscopia aporta beneficios a todo tipo de cirugía realizada, por ello, nuestro grupo de trabajo planteó la posibilidad de realización en este tipo de técnicas.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio experimental en modelo porcino(15 cerdos) diferenciando 3 grupos de trabajo: Grupo1(G1) formado por 5 cerdos a los que se realizó linfadenectomía retroperitoneal y pélvica laparoscópica y posterior QIPH con

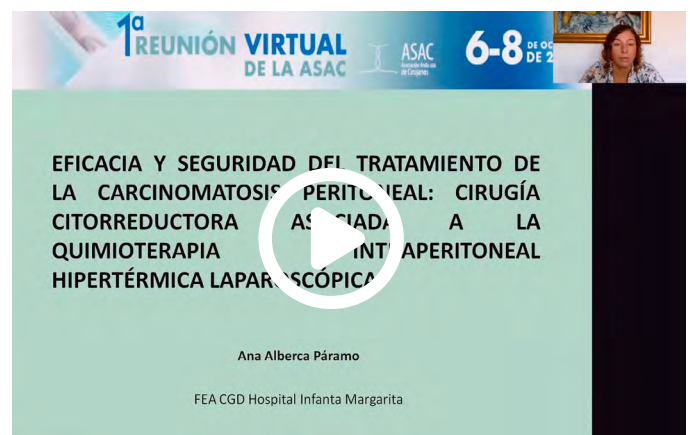
recirculación con CO<sub>2</sub> de forma laparoscópica, Grupo2(G2) formado por 5 cerdos sometidos a linfadenectomía pélvica y retroperitoneal con acceso laparotómico más QIPH cerrado y Grupo3(G3) formado por 5 cerdos(CCR+QIPH abierta). Se realizaron determinaciones sanguíneas, peritoneales y de líquido libre intraabdominal tras recirculación del fármaco(60 min).

**Resultados:** Uno de los objetivos de nuestra experimentación era comprobar la seguridad y eficacia de la técnica utilizada en G1 frente G2 y G3. El agente quimioterápico(QT) utilizado fue el Paclitaxel.

Desde el punto de vista del análisis farmacológico, objetivamos diferencias estadísticamente significativas si comparamos la concentración del QT a nivel sérico en G1(5,1 ± 1,4) frente a G2 (23,28 ± 11,18) con p=0,01 y G3(24,46 ± 15) con p=0,02. Esta disminución de los valores de QT en G1 nos indican una menor toxicidad sistémica secundaria al mismo, que conlleva una menor morbilidad, además de plantear esta técnica como un tratamiento seguro.

A nivel peritoneal objetivamos también diferencias estadísticamente significativas entre G1 (14380.04 ± 3260.68) y G2(24711.27 ± 5712.13) con p=0.02, sin embargo no se objetivan diferencias significativas al compararla con G3(19981.35 ± 11362.99). Esta menor cantidad de QT en cavidad peritoneal en G1 podría evitar la absorción del mismo y disminuir las comorbilidades derivadas de su paso a vía sistémica.


En cuanto al QT que penetra en los tejidos diafragmáticos derecho, izquierdo y pélvico podemos objetivar una distribución homogénea en las tres técnicas, sin diferencias significativas, por lo que podemos concluir que se trata de un tratamiento eficaz.



**1ª REUNIÓN VIRTUAL DE LA ASAC** ASAC 6-8 DE OCT DE 2020

**EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL: CIRUGÍA CITORREDUCTORA ASOCIADA A LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA LAPAROSCÓPICA**

Ana Alberca Páramo  
FEA CGD Hospital Infanta Margarita

 [Acceder al vídeo](#)

**Conclusiones:** Podemos afirmar que la realización de CCR + QIPH laparoscópica es una técnica segura y eficaz al compararla con G2 y G3, encontrando aumento de la concentración QT a nivel locorregional así como disminución de concentración del QT a nivel sistémico.

## CO010. PROTOCOLO PARA LA DISMINUCIÓN DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO

Á de Laguno de Luna<sup>1</sup>, L Arrebola Luque<sup>1</sup>, Y Mokachir Mohsenin<sup>1</sup>, V Fuentes Gómez<sup>2</sup>, J Bercedo Martínez<sup>1</sup>, N Gándara Adán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospital Costa del Sol, Marbella. <sup>2</sup>Departamento Epidemiología. Complejo Hospital Costa del Sol, Marbella

**Introducción:** La infección de sitio quirúrgico (ISQ) es la segunda causa de infección nosocomial y la complicación más frecuente en cirugía. Su etiología es multifactorial y la mayoría se gestan durante la cirugía.

Las incisiones bien aproximadas, epitelizan generalmente en 24-48h en zonas bien vascularizadas, pero existen factores que alteran los mecanismos de defensa y asocian un incremento del riesgo de ISQ, algunos relacionados con el estado basal del paciente y otros con el procedimiento quirúrgico.

Los objetivos de nuestro trabajo son la identificación del paciente de riesgo, el establecimiento de medidas enfocadas a la prevención de ISQ; y la realización de un protocolo de actuación para la disminución de la ISQ en cirugía.

**Material y métodos:** Todas las medidas tomadas hasta ahora en nuestro centro en relación con la prevención de la ISQ han demostrado beneficios.

Entre enero y diciembre de 2010 se llevó a cabo el estudio "Impacto de una intervención multimodal sobre la incidencia de infección de sitio quirúrgico en cirugía de colon-recto en un hospital de nivel II". Demostró que la implantación de medidas de prevención de ISQ, no solo disminuyen la tasa de ISQ (en cirugía colorrectal de aproximadamente un 30% a un 12%), sino también la estancia hospitalaria, los costes y factores relacionados con la morbimortalidad.

Sabemos que las estrategias específicas y el uso de apósitos adecuados, que fijen la piel evitando tensiones, incrementen la vascularización, minimicen los cambios de apósito y mantengan la herida seca y aséptica, mejoran la cicatrización.

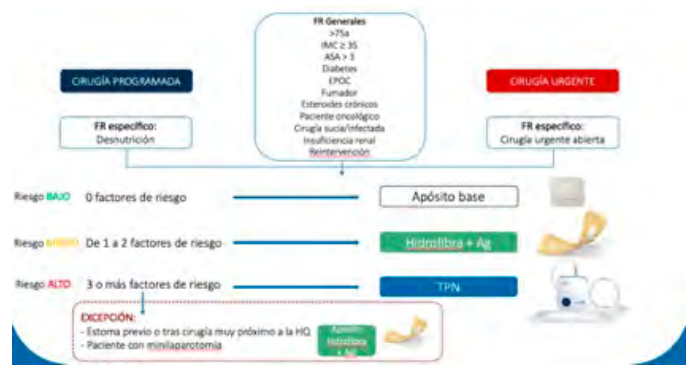
Sabiendo esto y en base a los factores de riesgo (FR) asociados a ISQ creamos un algoritmo, cuyo objetivo es clasificar a los pacientes en tres grupos de riesgo.

Bajo riesgo (0 FR): uso de apósito estándar

Riesgo medio (1-2 FR): uso de apósitos específicos que emplean hidrofibra de hidrocoloide y plata

Alto riesgo (>0=3 FR): uso de apósitos con terapia de presión negativa.

Creamos además un circuito de actuación prequirúrgico y un formulario de seguimiento.



**Figura 1** Protocolo de actuación para la disminución de la ISQ en cirugía general.



[Acceder al vídeo](#)

**Conclusiones:** Se ha demostrado que las medidas de prevención de ISQ son efectivas y eficientes.

El uso de la TPN está ampliamente avalado en la prevención de ISQ.

El uso de apósitos específicos supone no solo la disminución de la incidencia de ISQ, sino la disminución del número de cambios de apósito, el tiempo de visita y el gasto sanitario, así como permite el alta precoz, el seguimiento en consultas y un aumento del confort del paciente.