

Comunicaciones orales

220007. NECESIDAD DE ABORDAJE TORACOSCÓPICO EN LA HERNIA DE HIATO GIGANTE POR MAL ACCESO ABDOMINAL, ¿COMO LO MEDIMOS?

FJ Perez Lara, R Zubizarreta Jiménez, T Prieto-Puga Arjona, P Gutierrez Delgado, JM Hernandez Carmona, JM Hernandez Gonzalez, M Pitarch Martinez

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

Introducción: Las hernias de hiato gigante suponen hoy día un desafío para los cirujanos digestivos. El enfoque (laparoscópico o toracoscópico) depende en gran medida de las preferencias y habilidades de cada cirujano, aunque hoy día prácticamente la gran mayoría utilizan el abordaje laparoscópico.

Planteamos una simulación preoperatoria para valorar en nuestra serie retrospectiva si los pacientes con un mal acceso al saco herniario intratorácico tienen peores resultados postoperatorios que el resto, para sopesar la necesidad de abordaje toracoscópico en este tipo de pacientes.

Material y métodos: Realizamos una simulación preoperatoria con pruebas de imagen en las tres dimensiones y calculo con fórmulas físicas del campo de visión (visibilidad de la cámara) y campo de trabajo (acceso del instrumental al saco intratorácico) que vamos a tener en cada paciente con el abordaje laparoscópico.

Calculamos estos campos de visión y de trabajo en la serie retrospectiva de pacientes intervenidos en nuestro hospital por hernia de hiato (n=112). Establecemos 3 grupos: A hernias menores de 2 cm, B hernias mayores de 2 cm accesibles y C hernias mayores de 2 cm no accesibles. Valoramos si los casos de hernias no accesibles vía laparoscópica (grupo C) han tenido peores resultados que el resto (grupos A y B).

Resultados: El grupo de pacientes con hernias de hiato gigante en los que calculamos preoperatoriamente que con la vía laparoscópica no podemos acceder a todas las zonas del saco intratorácico (Grupo C) muestra un mayor índice de complicaciones perioperatorias (23,1 Vs 16,7% (B) y 1,8% (A)), complicaciones en seguimiento (76,9% Vs 40,5% (B) y 36,8% (A)) y recidivas (69,2% Vs 16,7% (B) y 5,3% (A)), con significación estadística. Además, el hecho de colocar malla en este grupo no mejora los resultados.

Conclusiones: La determinación preoperatoria del área de visión y el área de trabajo en los pacientes con hernias de hiato gigante es fundamental. Los pacientes en los que se determine que hay zonas del saco intratorácico no accesible por vía laparoscópica debería plantearse un abordaje toracoscópico.

220008. NUEVA TECNICA DE SUTURA BASADA EN PRINCIPIOS FISICOS CUYO PUNTO DE ROTURA DUPLICA AL DE LAS TECNICAS CONVENCIONALES

FJ Perez Lara, M Pitarch Martinez, JM Hernandez Gonzalez, F Moya Donoso, T Prieto-Puga Arjona

Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera

Introducción: Desde hace miles de años se vienen usando las suturas en medicina para reparar heridas. Teniendo en cuenta que cuando una cuerda une dos puntos en posición perpendicular es como más tensión soporta, hemos propuesto una técnica de sutura cuya disposición contiene 8 ángulos de 45º, con la idea de reducir ostensiblemente esta tensión (30% por ángulo) y por tanto aumentar la resistencia de la misma.

Material y métodos: Hemos realizado un primer estudio en el que hemos comparado las tensiones que desde el punto de vista de la física soportan el hilo y los orificios de los dos tipos de sutura que se usan clásicamente: sutura con puntos sueltos (Grupo 1) y sutura continua (Grupo 2) con la sutura que nosotros proponemos "sutura en doble diábolo" (Grupo 3).

Posteriormente hemos realizado un segundo estudio observacional donde comparamos estos tres tipos de sutura mediante un dispositivo que tensiona la sutura hasta su rotura y mide la tensión de esta tracción. Las variables que contemplamos son: tensión de desgarrar de orificios, tensión de separación de bordes y tensión de rotura de sutura. Comparamos 30 suturas con puntos sueltos (Grupo 1) 30 suturas continuas (Grupo 2) y 30 suturas en "doble diábolo" (Grupo 3).

Resultados: En el estudio físico teórico la tensión mínima sobre el hilo se produce en el Grupo 3 (prácticamente una reducción del 65% con respecto al Grupo 1 y del 50% con respecto al Grupo 2). La tensión mínima sobre los agujeros también se produce en el Grupo 3 (prácticamente una reducción del 33% en comparación con el Grupo 1 y del 50% en comparación con el Grupo 2).

En la fase observacional la media de la fuerza que tenemos que aplicar para las tres variables (desgarro, separación y rotura) es más elevada en el Grupo 3 (14.56, 18.28 y 21.39), seguido por el Grupo 1 (7.36, 10.38 y 12.81) y por último los menores valores se registraron el Grupo 2 (5.77, 7.7 y 8.71).

Para las tres variables se han demostrado diferencias estadísticamente significativas (p-valor<0.001) entre los tres grupos.

Conclusiones: Por tanto, en la sutura en “doble diábolo” hay que aplicar el doble de fuerza con respecto a las suturas convencionales para que se produzca la rotura de la misma. Creemos que si se confirman estos resultados en la fase 3 de nuestro estudio (fase clínica) esta técnica puede reducir los fallos de sutura sobre todo en los casos con una importante tensión (cierre de laparotomía, cierre de toracotomía, sutura diafragma, cierre orificio herniario, ...).

220009. ¿QUÉ RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA APORTA EL USO DEL PET-TC EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LAS RECIDIVAS DE NEOPLASIAS COLORRECTALES?

MP Gutierrez Delgado, I Gonzalez Poveda, S Mera Velasco, M Ruiz López, J Carrasco Campos, JA Toval Mata, I Mirón Fernández, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Analizar la utilidad del PET-TC en el diagnóstico de las masas pélvicas de origen CCR.

Material y métodos: Se han analizado un total de 70 pacientes intervenidos en la unidad de cirugía colorrectal del Hospital Regional Universitario de Málaga durante un periodo de 15 años (2007-2022)

Resultados: Las recidivas tratadas se dividieron en intraabdominales (61.4%), anastomóticas (31.4%) y otras (7.1%). En relación a las recidivas intraabdominales (n=43), se realizó PET-TC a un 76% de los pacientes y se analizó los valores de Antígeno Carcinoembrionario (CEA) siendo la media de la muestra analizada de 10 ± 11.8 ng/ml. La anatomía patológica confirmó la presencia de neoplasia en 32 pacientes (76.1%), frente a la ausencia de neoplasia en 10 pacientes (23.8%). Se realizó un análisis comparativo de la presencia de marcadores tumorales patológicos frente a neoplasia confirmada histológicamente sin encontrar diferencias estadísticamente significativas ($p=0.523$), con una sensibilidad del 68,7%, un valor predictivo positivo (VPP) del 70% y un área bajo la curva para el PET-TC (AUC) de 0,567. Incluyendo exclusivamente aquellos pacientes con histología de adenocarcinoma (n=32), se confirmó la presencia de neoplasia en el 68,7%, frente a un 31.3% de los pacientes intervenidos donde se descartó la neoplasia. El análisis comparativo de la histología frente al CEA patológico no encontró diferencias estadísticamente significativas ($p=0.79$), con una sensibilidad del 69,5%, un VPP del 64% y un AUC para el PET-TC de 0,623

Conclusiones: El PET-TC puede ser una prueba de imagen útil para discernir recidivas pélvicas de fibrosis residual en el adenocarcinoma colorrectal

220015. USO DE MALLAS PROFILACTICAS COMO PREVENCIÓN DE LA HERNIA PARAESTOMAL Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES

Al Fernández Sánchez, J Carrasco Campos, M Ruiz López, J González Cano, I González Poveda, S Mera Velasco

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

Introducción: Analizar si la colocación de una malla profiláctica durante la confección de una colostomía terminal previene de la aparición de una hernia paraestomal. También evaluar la incidencia de otras complicaciones relacionadas con el estoma.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que analiza los pacientes intervenidos en nuestro centro entre enero 2018-Febrero 2021, sometidos a una cirugía de resección colónica con confección de una colostomía terminal permanente. Se compararon dos grupos de pacientes: el grupo “A”, pacientes intervenidos con malla periestomal profiláctica intraabdominal según la técnica Keyhole, y un grupo “B”, pacientes intervenidos sin malla.

Resultados: Se incluyeron un total de 55 pacientes en el grupo A y 35 en el grupo B. No hubo diferencias entre los dos grupos en cuanto a sexo, edad y comorbilidades. El seguimiento medio fue de 22 meses. Se evidenció una hernia paraestomal en el 16.36% de pacientes del grupo A (9/55) y el 40% del grupo B (14/35), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0.012$). Además, dos pacientes desarrollaron una necrosis del estoma (2.18%), un paciente estenosis del estoma (1.09%), y tres pacientes desprendimiento de colostomía (3,02%), uno de ellos asociando una colección paraestomal (1.09%), sin diferencias estadísticamente significativas entre el grupo A y B y acorde a la literatura.

Conclusiones: La hernia paraestomal es la complicación más frecuente tras la confección de un estoma, con una incidencia de hasta el 50% en algunas series. El tratamiento de la hernia paraestomal es a menudo complejo, y hasta el 65% de los pacientes requerirán una reparación quirúrgica. Considerando esto, el uso de mallas profilácticas para disminuir su incidencia es motivo de debate. Este estudio demuestra que el uso de malla profiláctica es seguro y disminuye la aparición de hernia paraestomal en pacientes colostomizados, con diferencia estadísticamente significativas.

220030. MANEJO DEL CARCINOMA DE PARATIROIDES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L Sobrino Brenes, E Guarnieri, C Marín Velarde, C Sacristán Pérez, M Díaz Rodríguez

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

Introducción: El carcinoma de paratiroides es una patología muy infrecuente (0,005% de todos los cánceres). Supone menos del 1% de los casos de hiperparatiroidismo primario. Es igual de frecuente en ambos sexos, y la media de edad al diagnóstico es de 45-50 años. Suelen presentar síntomas relacionados con la hipercalcemia severa (>14 mg/dl) y niveles de PTH de 5 a 10 veces por encima del límite superior de la normalidad. La localización del tumor se realiza combinando dos pruebas de imagen (habitualmente gammagrafía con MIBI y ecografía), y ante la sospecha de carcinoma se debe evitar la PAAF por al riesgo de diseminación y recidiva local.

Material y métodos: Presentamos una serie de 5 casos de carcinoma de paratiroides intervenidos en nuestro centro entre enero de 2011 y marzo de 2021, en seguimiento hasta la actualidad.

Resultados: Cuatro de los cinco pacientes son hombres. La media de edad es de 46 años (rango: 37-52). Ninguno presentaba antecedentes patológicos de interés al diagnóstico.

En 4 pacientes se objetivó una calcemia >14 mg/dl y una PTH >1.000 pg/ml, se realizó gammagrafía con MIBI y ecografía cervical para localizar la glándula patológica, y se hizo una monitorización intraoperatoria de la PTH, con un descenso de más del 50% a los 15 minutos de la paratiroidectomía. Dos de los cuatro pacientes debutaron con crisis paratiroidea hipercalcémica; los dos restantes se diagnosticaron en el contexto de dolores osteomusculares generalizados, y molestias digestivas inespecíficas y astenia. El diagnóstico de un paciente fue un hallazgo en el estudio anatomopatológico de una hemitiroidectomía por citología con proliferación folicular.

Dos pacientes permanecen con PTH en rango de normalidad y sin recurrencias en las pruebas de imagen durante un periodo de seguimiento de 10 y 1 año. Dos pacientes se han reintervenido hasta en 4 ocasiones por recidivas en un periodo de 10 y 8 años; uno de ellos actualmente en tratamiento con Cinacalcet. Un paciente continúa en estudio por nueva elevación de la PTH tras paratiroidectomía en marzo de 2021.

Conclusiones: El carcinoma de paratiroides tiene un bajo potencial maligno y con una supervivencia a los 10 años de hasta el 77%. Se caracteriza por su alta tasa de recurrencia local (aproximadamente el 50%), por lo que precisan seguimiento a largo plazo. El único tratamiento con intención curativa es la paratiroidectomía con loboistmectomía ipsilateral en bloque. El procedimiento puede estar guiado por la medición de PTH intraoperatoria.

220035. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN CÁNCER COLORRECTAL. INFLUENCIA DE LOS PARÁMETROS NUTRICIONALES EN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TRAS SU IMPLANTACIÓN

JA Toval Mata, MP Gutiérrez Delgado, J Carrasco Campos, I Mirón Fernández, M Ruiz López, I González Poveda, S Mera Velasco, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Es conocida la relación entre el estado nutricional y la prevalencia de complicaciones postoperatorias. Pero es importante saber si los parámetros nutricionales siguen relacionándose con las complicaciones en cirugía de cáncer colorrectal incluso tras la implantación de un protocolo de intervención nutricional, siendo éste el objetivo del presente trabajo.

Material y métodos: En nuestra unidad de coloproctología hemos establecido un protocolo en el que a todos los pacientes intervenidos de manera programada de cáncer colorrectal se les determina preoperatoriamente albúmina, pre-albúmina, proteínas totales y proteína C reactiva (PCR). Después, son evaluados por el servicio de endocrinología y nutrición, que realiza intervención con suplementos nutricionales en caso necesario

Hemos realizado una recogida de datos de manera prospectiva en una base de datos SPSS y analizado la relación entre estos parámetros y las complicaciones postoperatorias entre septiembre de 2018 y enero de 2022, buscando puntos de corte que puedan ser útiles en la práctica clínica.

Hemos registrado todas las complicaciones postoperatorias observadas (infección de herida quirúrgica, fuga anastomótica, infección de órgano-espacio, evisceración, íleo postoperatorio), así como el índice de reingresos, reintervenciones y la mortalidad.

Resultados: Los niveles de albúmina menores 3,3 g/dl se relacionaron de manera significativa con un mayor índice de complicaciones postoperatorias de manera global; de hecho, podemos destacar que en este grupo encontramos un porcentaje mayor de fuga anastomótica (7,5% frente a 5,4%) y de infección de órgano-espacio (8,6% frente a 6,26%).

Igualmente, los niveles de PCR preoperatoria mayores de 6 mg/dl se relacionaron también de manera significativa con un mayor índice de complicaciones de manera global y con un mayor índice de infección de órgano-espacio (10,7% frente a 4,9%) sin que hubiera diferencias significativas en fuga anastomótica, evisceración, infección de herida quirúrgica, íleo postoperatorio, reintervenciones, reingresos ni mortalidad.

No se encontró asociación entre estas complicaciones y la pre-albúmina ni las proteínas totales.

Conclusiones: Los puntos de corte mencionados en la albúmina y PCR preoperatorias pueden ser útiles en la práctica clínica para detectar pacientes de alto riesgo incluso realizándose intervención nutricional.

220062. CIRUGÍA REVISIONAL TRAS GASTRECTOMIA VERTICAL A LOS 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

JA Aragón Encina, Á Ortiz Sánchez, A Fierro Aguilar, A Maestu Fonseca, A Bengoechea Trujillo, MÁ Mayo Ossorio, JM Pacheco García

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

Introducción: La Gastrectomía vertical (GV) es la técnica de cirugía bariátrica más realizada. Ese incremento va acompañado de un aumento de la cirugía revisional, siendo en el caso de la GV las causas más frecuentes, ERGE de Novo, reganancia ponderal y fuga. Presentamos los resultados de cirugía de revisión de la GV del Hospital Universitario Puerta del Mar tras 5 años de seguimiento.

Material y métodos: Desde marzo de 2012 a enero de 2022 hemos intervenido 430 pacientes de obesidad mórbida, realizando 396 GV. Hemos revisado los pacientes que cumplían 5 años de seguimiento. Criterios de inclusión cumplir seguimiento anual en consulta de bariátrica y aceptar la cirugía revisional mediante consentimiento informado. Cumplen 210 pacientes. Hemos analizado las causas de cirugía revisional, interviniendo a 21 pacientes (10%): 16 ERGE sintomático. 1 acalasia de novo, y 2 reganancia ponderal y ERGE asintomático, 1 fuga tardía, y 1 cáncer esofágico (carcinoma

epidermoide). A todos ellos se les ha realizado EDA, Phmetría y manometría preoperatoria.

Resultados: Hemos intervenido 14 mujeres y 7 hombres. En cuanto a la cirugía revisional, 17 conversiones a bypass estándar, 1 bypass gástrico y esofagomiotomía asociada, 2 BAGUAS por reganancia ponderal y reflujo asintomático, una esofagectomía con coloplastia. No hemos tenido complicaciones precoces ni tardías y la estancia media tras cirugía revisional fue de 3,5 días. IMC medio antes de la cirugía revisional de 32,25. Reflujo sintomático en 16 pacientes confirmado por Phmetría. Reganancia ponderal del 30% en 2 sin clínica de reflujo, aunque con confirmación de su presencia en Phmetría. La clínica más frecuente de reflujo, fue por orden de frecuencia: pirosis, regurgitación, sialorrea, dolor tras ingesta y un caso de tos irritativa. El paciente con carcinoma epidermoide se intervino tras neoadyuvancia. La paciente con fuga tardía presentó colecciones intraabdominales.

A los 15 días de la cirugía todos los pacientes presentan adecuada tolerancia oral, sin clínica de reflujo ni otra sintomatología. A los 6 meses continuaban sin reflujo y un IMC medio 28,8. EDA y EGD al año sin hallazgos patológicos.

Conclusiones: La GV es la técnica bariátrica más empleada. No obstante, presenta una elevada incidencia de cirugía revisional (20-36%). Las causas más frecuentes son las complicaciones, ERGE de novo, reganancia ponderal, esófago de Barrett y los trastornos funcionales. En nuestra serie la cirugía revisional a los 5 años supone un 10%. Pensamos que es conveniente EDA y estudio a los pacientes intervenidos de GV a los 5 años para diagnosticar estas patologías.

220063. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID 19 EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA. NUESTRA EXPERIENCIA

JA Aragón Encina, Á Ortiz Sánchez, A Maestu Fonseca, A Fierro Aguilar, A Bengoechea Trujillo, M Á Mayo Ossorio, JM Pacheco García

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

Introducción: La pandemia COVID-19 ha tenido un gran impacto en la cirugía programada en los dos últimos años. La obesidad por otro lado es un factor de riesgo para padecer COVID-19. El objetivo de nuestro trabajo es analizar los resultados y la seguridad de la cirugía bariátrica programada durante los años 2020-21 y la incidencia de COVID19 en los pacientes intervenidos en el HUPM Cádiz.

Material y métodos: Hemos revisado de forma retrospectiva los pacientes intervenidos desde enero de 2020 a diciembre de 2021. Se intervinieron a 59 pacientes de forma programada, la mayoría durante los periodos de valle de incidencia de COVID-19. En 2020 de enero a marzo y de junio a noviembre (23 pacientes), y en 2021 de abril a diciembre (36 pacientes). Los pacientes intervenidos fueron optimizados según nuestro protocolo con dieta hipocalórica un mes antes de la cirugía y en seguimiento telefónico por enfermera de cirugía bariátrica, que daba recomendaciones para evitar contagio previo a la cirugía. 72 horas antes del ingreso se realizaban PCR. Se han intervenido 43 mujeres y 16 hombres con edad media de 47,4. Peso medio preoperatorio 133,31 kg y tras optimización 119,35 kg. IMC medio preoperatorio 50,65 y tras optimización de 43,15.

Resultados: En 2020 hemos realizado 20 cirugías primarias (16 gastrectomías verticales y 4 bypass) y 3 cirugías revisionales. En 2021 se han realizado 28 cirugías primarias (20 GV y 8 Bypass) y 8 cirugías de revisión 6 por ERGE (2 de ellas GV realizadas en otros centros) 1 por reganancia ponderal y ERGE y 1 por fistula crónica. Ninguno presentó COVID preoperatoriamente. La mayoría acudieron a revisión al mes de la cirugía con adecuada tolerancia oral y solo 1 paciente presentó COVID en el postoperatorio con síntomas leves. Solo un paciente presentó complicación postoperatoria con fuga a los 15 días de la cirugía, manejado de forma conservadora con sonda nasoyeyunal. No tuvimos mortalidad y la estancia media fue de 4,7 días.

Conclusiones: El análisis de los resultados de nuestra serie revela que la CB se puede realizar de forma segura durante la pandemia de COVID-19 con protocolos perioperatorios adecuados. No hubo relación entre las pruebas preoperatorias para COVID-19 y el autoaislamiento con COVID-19 postoperatorio sintomático en nuestra serie. Puede ser que estos resultados sean debidos a que la cirugía se produjo en los periodos entre picos de olas de incidencia, y a la eficacia del seguimiento telefónico de los pacientes por enfermería.

220071. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PREDICTORES DE DISFAGIA POSTOPERATORIA TRAS CIRUGÍA ANTIRREFLUJO: DIFERENCIAS ENTRE DISFAGIA AUTOLIMITADA Y PROLONGADA Y RELACIÓN CON LA RECIDIVA DEL REFLUJO

M Arteaga Ledesma, J Triguero Cabrera, M Mogollón González, M Santidrián Zurbano, MJ Álvarez Martín, JM Villar Del Moral

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

Introducción: Nuestro objetivo fue evaluar los factores de riesgo para el desarrollo de disfagia tras cirugía antirreflujo laparoscópica (CARL) y su relación con la recidiva del reflujo.

Material y métodos: Estudio observacional y unicéntrico sobre una cohorte de pacientes sometidos a CARL entre enero 2014-Diciembre 2019.

La disfagia postoperatoria se evaluó según su permanencia en el tiempo: autolimitada (6 meses).

Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes, las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. Se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: De los 232 pacientes incluidos en el estudio, 20 (8,6%) presentaron disfagia prolongada (DP) y 64 (27,6%) autolimitada. Las diferencias en cuanto las variables analizadas se muestran en la **tabla 1**.

Cuando se realizó el análisis solo para el grupo de DP, se apreció una relación con tendencia a la significación con el uso de malla hiatal ($p = 0,069$) y estadísticamente significativa con el uso de nylon para la hiatooplastia (0,023).

		Disfagia ≤6m n=64	Disfagia >6m n=20	Disfagia- n=212	p
PARÁMETROS PREOPERATORIOS	Género				0,010
	-Varón	20(31,2)	5(25)	74(50)	
	-Mujer	44(68,8)	15(75)	74(50)	
	DM II	3(4,7)	1(5)	17(11,5)	0,229
	Síntomas RGE:				0,002
	-Asintomático	2(3,1)	0	6(4,1)	
	-Típicos	42(65,6)	13(65)	96(65,8)	
	-Atípicos	11(17,2)	1(5)	38(26)	
	-Mixtos	9(14,1)	6(30)	6(4,1)	
	Disfagia orofaríngea	1(1,5)	2(10)	0	0,002
PARÁMETROS QUIRÚRGICOS	Disfagia esofágica preoperatoria	14(21,9)	4(20)	16(10,9)	0,090
	Complicación preoperatoria (sangrado, estenosis, volutación)	3(4,7)	0	18(12,2)	0,074
	Tipo hernia tránsito				0,838
	-Axial	37(71,2)	11(61,1)	72(64,9)	
	-Mixta-moderada	4(7,7)	3(16,7)	18(13,5)	
	-Mixta-grande	7(13,5)	4(22,2)	17(15,3)	
	-Paroesofágica	2(3,8)	0	5(4,5)	
	-No hernia	2(3,8)	0	2(1,8)	
	EDA saco herniario				0,207
	-Inexistente	20(31,7)	5(25)	41(28,5)	
PARÁMETROS PREOPERATORIOS	-Pequeña	20(31,7)	8(13,8)	30(20,8)	
	-Mediana	7(11,1)	4(20)	17(11,8)	
	-Grande	7(11,1)	2(10)	23(17,6)	
	Esofagitis	17(30,4)	5(26,3)	39(31,5)	0,901
	Barret	4(7,3)	0	10(8,1)	0,441
	Anillo Schatzki	3(4,8)	0	7(4,7)	0,609
	Manometría	5(9,1)	2(10)	11(9,1)	0,991
	-Motilidad deficiente				
	-Obstrucción a la salida				
	pHmetría patológica	32(97)	11(84,6)	57(90,5)	0,334
PARÁMETROS PREOPERATORIOS	Tamaño intraoperatorio hernia:				0,140
	-pequeña(<2cm)	40(65,6)	10(50)	20(71,4)	
	-moderada(2-5)	6(9,8)	1(5)	8(28,6)	
	-grande(5-10)	5(8,2)	4(20)	4(20)	
	-gigante(>10)	10(16,4)	5(25)	5(25)	
	No Sección vasos cortos	10(15,6)	3(15)	19(13,9)	0,945
	Hiatoplastia anterior y posterior	30(48,4)	6(31,6)	53(40,5)	0,365
	Tipo sutura hiatoplastia				0,667
	-Seda				
	-Nylon	31(53,4)	6(31,6)	74(60,7)	
PARÁMETROS PREOPERATORIOS	Calidad pilares				0,284
	-Buena	23(39,7)	13(68,4)	43(35,2)	
	-Débil				
	-Buena	58(90,6)	16(80)	116(85,3)	
	-Débil	5(7,8)	4(20)	20(14,7)	
	Malla hiato	16(25,4)	9(45)	38(26,8)	0,203
	Calibración Fouchet	19(29,7)	4(20)	56(39,7)	0,126

Tabla 1

Variables analizadas.

La disfagia postoperatoria se relacionó con la recidiva de síntomas postoperatorios ($p=0,004$) y con la recidiva radiológica ($p=0,037$).

Conclusiones: En nuestra serie, el género femenino, la presencia de síntomas de reflujo mixtos y la disfagia orofaríngea fueron los factores preoperatorios relacionados con la aparición de DP. Los resultados de las pruebas preoperatorias no nos ayudaron a predecir el desarrollo de esta complicación. Durante la cirugía, el tamaño herniario y la hiatoplastia anterior no mostraron asociación con la disfagia, estableciéndose una relación estadísticamente significativa tan solo entre el uso de nylon y la DP. El uso de malla hiatal parece relacionarse con una mayor tasa de DP. La presencia de disfagia postoperatoria ayuda a predecir una futura recidiva del reflujo y de la hernia hiatal.

220075. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO E IMPACTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PORTAL TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO

M Arteaga Ledesma¹, M Mogollón González¹, J Triguero Cabrera², M Fernández Baeza¹, MT Villegas Herrera¹, JM Villar Del Moral¹

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

Introducción: La trombosis portal (TP) es una de las complicaciones que genera mayor morbilidad tras el trasplante hepático (TH). Nuestro objetivo fue identificar factores de riesgo (FR) para el desarrollo de TP y evaluar su impacto en la morbilidad y supervivencia tras TH.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye pacientes sometidos a TH entre enero 2010-abril 2020.

Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos, quirúrgicos y de seguimiento en pacientes con y sin TP tras TH. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. El análisis de supervivencia se realizó mediante la prueba de Log Rank. Se consideró significativo un valor $p<0,05$.

Resultados: De los 339 pacientes sometidos a TH, 19 (5,6%) desarrollaron TP: 5 casos con TP de novo y 14 retrombosis tras trombectomía quirúrgica. Un 73,7% de las TP fueron precoces (14 casos) y 26,3% tardías (5 casos), siendo en ambos casos la anticoagulación el tratamiento de elección.

La **tabla 1** resume las variables analizadas estratificadas.

	TP+ (n=19)	TP- (n=320)	p
-Edad(años)	55(48-61)	55(50-61)	0,285
-IMC(kg/m ²)	28(25-31)	27(24-30)	0,446
-MELD	15(10-18)	15(12-20)	0,146
-CHILD-PUGH			
A	2(12,5%)	99(32,8%)	
B	9(56,3%)	152(50,3%)	0,146
C	5(31,3%)	51(16,9%)	
-HTA	4(21%)	72(22,5%)	0,988
-DM tipo II	3(15,8%)	87(27,2%)	0,730
-Tiempo lista espera(días)	151(73-301)	161(60-286)	0,565
-TP tumoral	5(26,3%)	82(25,7%)	0,565
-TP preTH	16(84,21%)	45(14%)	0,005
-Tratamiento intraoperatorio			
Trombectomía simple	14(100%)	39(90,7%)	0,312
Trombectomía por evasión	0	4(9,3%)	
-Tipo donante			
Muerte encefálica	17(89,5%)	271(85,0%)	0,406
Anatolia	2(10,5%)	45(14,2%)	
-Edad donante(años)	67(54-72)	61(49-74)	0,276
-Shunt portocava	7(36,8%)	173(54,1%)	0,276
-Síndrome postperfusión	6(31,6%)	108(34,4%)	0,509
-Flujo portal(ml/min)	1557 (1300-2300)	1900 (1421-2293)	0,346
-Concentrados hematíes	6(4-7)	2(0-4)	0,001
-INR 1-3ª día postoperatorio	1,82(1,4-2,3)	1,6(1,3-1,9)	0,017
-Reintervención quirúrgica	11(57,9%)	51(15,9%)	0,001
-Disfunción renal postTH	13(68,5%)	144(50,5%)	0,032
-Infección			
Bacteriana	5(26,4%)	62(23,9%)	0,398
Viral	4(21,5%)	52(20,2%)	0,468
Fúngica	2(10,8%)	29(9,0%)	0,403
-Clavien-Dindo			
I-II	6(31,6%)	24(52,2%)	
III	6(31,6%)	16(34,0%)	0,165
IV	6(31,6%)	5(2,2%)	
V	1(5,3%)	1(2,2%)	
-Estancia (días)			
UCI	6(4-12)	3(2-5)	0,001
Hospitalaria	20(12-59)	19(15-32)	0,064
-Reintervención	3(15,8%)	29(9,0%)	0,137
-Disfunción injerto	9(47,4%)	27(8,5%)	0,001
-Mortalidad	13(68,4%)	155(33,3%)	0,003
-Supervivencia del injerto (meses)	21(6-49)	37(12-75)	0,005
-Supervivencia global			
1º año	63,2%	81,1%	
3º año	45,9%	72%	0,001
5º año	27,6%	57,9%	
10º año	-	27,5%	

Tabla 1

Variables analizadas.

El desarrollo precoz de TP postTH no aumentó los casos de disfunción del injerto ($p=0,444$), la tasa de reTH ($p=0,624$) y no influyó en la supervivencia del paciente ($p=0,328$).

Conclusiones: En nuestra serie, la presencia de TP preTH, la transfusión de hemoderivados durante la intervención y cifras de INR elevadas en los primeros tres días tras el TH, aumentaron el riesgo de TP postTH. Además, la TP postTH se relacionó con mayor

tasa de reintervención quirúrgica, disfunción renal, fallo del injerto y estancia en UCI prolongada, afectando significativamente a la tasa de mortalidad con una menor supervivencia global.

220077. MANEJO DE LA ACALASIA EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES: EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

C Mestre Ponce, M Domínguez Segovia, JL Arroyo Vélez, M Barrionuevo Gálvez, A Hendelmeier, C Murube Algarra, MC de la Vega Olías, V Vega Ruiz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: Acalasia resulta de la disminución de las células del plexo de Auerbach, la alteración de la regulación inhibitoria y la indemnidad de la actividad excitatoria, entre otros. Esto condiciona la aperistalsis esofágica y la relajación incompleta/ausente del EEI. La manometría de alta resolución es el método diagnóstico más eficaz y permite su clasificación. El tratamiento es paliativo basado en medidas farmacológicas, endoscópicas o quirúrgicas para disminuir el tono basal del EEI. Su incidencia es 2-3/100.000 habitantes, diagnosticándose entre 25-60 años sin distinción por sexo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional descriptivo entre 2017-2021 en un Hospital de Especialidades, incluyendo todos los pacientes con diagnóstico de acalasia ingresados en cualquier servicio.

Resultados: Se incluyen 13 pacientes, 8 varones y 5 mujeres, diagnosticados entre 35-85 años (69'2% > 42 años). 92.3% presentan disfagia; 61.5%, regurgitaciones; 30.8%, dolor retroesternal; y 46.2%, pérdida de peso. Con esto, el 76.9% tienen un Índice de Eckardt inicial ≥ 3. Solo 2 de los casos son secundarios a neoplasia de UEG.

En su mayoría el diagnóstico es endoscópico, con un 53.8% de manometrías y solo 3 MAR (clasificados como Chicago I ó II). El esofagograma se realiza en el 61.5%.

3 pacientes reciben tratamiento farmacológico. 76.9% se someten a tratamiento endoscópico: 2 pacientes añosos pluripatológicos, a varias infiltraciones de toxina botulínica; 7 pacientes, a dilataciones; y 1 paciente con neoplasia de UEG, a prótesis. Se registran 46.2% de recurrencias y 23.1% de persistencias; 1 paciente se complica con perforación esofágica resuelta endoscópicamente. Se intervienen 38.5%: 2 pacientes por recurrencia/persistencia de la clínica tras 3 dilataciones endoscópicas; otros 2, por recurrencia tras 1 dilatación; y otro paciente, directamente ante el fracaso del tratamiento farmacológico. En todos los casos la técnica quirúrgica es miotomía Heller + funduplicatura Dor. No se producen complicaciones. Tras la intervención, todos los pacientes son seguidos en consulta, objetivándose 1 caso de persistencia de la clínica con Eckardt 1.

La mortalidad es del 15.4%, coincidiendo con los 2 pacientes con acalasia secundaria.

Conclusiones: La acalasia es infrecuente y su incidencia está aumentando con el uso de MAR. La principal limitación de esta tecnología es su falta de accesibilidad, por lo que en nuestro centro

el diagnóstico se ha apoyado tradicionalmente en endoscopia y manometría convencional.

Coincidiendo con la bibliografía, se demuestra un mejor control sintomático a largo plazo con miotomía quirúrgica (vs dilatación endoscópica), constatándose en el seguimiento 1 solo caso de persistencia sintomática (con Eckardt inicial de 7 y evolutivo de 1).

220082. CIRUGÍA BARIÁTRICA EN RÉGIMEN DE CORTA ESTANCIA. ACORTANDO EL TIEMPO DE INGRESO

R Soler Humanes, L Ocaña Wilhelmi, JL Fernandez Serrano, D Morales Garcia, R Luna Díaz

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

Introducción: Presentar nuestro protocolo quirúrgico en cirugía bariátrica, así como los resultados de los últimos 3 años haciendo especial hincapié en la disminución de tiempo de ingreso

Material y métodos: Los pacientes que van a ser intervenidos de cirugía bariátrica han sido valorados previamente por un equipo multidisciplinar tanto médico como de enfermería. Acuden al hospital el mismo día de la intervención quirúrgica, estando en ayunas desde las doce de la noche del día previo y habiendo realizado una dieta basada en líquidos junto con 2-3 batidos/día de nutrición enteral desde los 7 días antes. La cirugía se realiza bajo anestesia general mediante una técnica libre de opiáceos y las técnicas quirúrgicas realizadas son la Gastrectomía vertical o el By-Pass laparoscópicos en función de IMC y comorbilidades asociadas. El mismo día de la intervención quirúrgica por la tarde comienzan a movilizarse. A las 24 horas se realiza test de azul de metileno y se inicia tolerancia oral. Si el día transcurre sin incidencias son dados de alta a las 48 horas postoperatorias. Posteriormente son citados para valoración a los 10 días aproximadamente en el cuarto de curas de cirugía y al mes en consulta tanto de Cirugía, como de Endocrinología y Psicología de la obesidad.

Resultados: Desde abril de 2018 a abril de 2022, se han intervenido 178 pacientes de cirugía bariátrica en nuestro centro. Paulatinamente se ha ido acortando el tiempo de ingreso hospitalario, pasando de 5 días al inicio del programa a las 48 horas desde septiembre de 2021 a la actualidad, tiempo en el que se han intervenido 46 pacientes. No hubo diferencias significativas en cuanto a la edad, tiempo de cirugía y morbilidad entre ambos periodos. En 5 pacientes la estancia se demoró más allá de las 48 horas por complicaciones postoperatorias (un episodio de dolor torácico, 2 sangrados por drenaje en relación con línea de grapas autolimitados, un cuadro vertiginoso y una dehiscencia que precisó colocación de endoprótesis).

Conclusiones: La cirugía de la obesidad mórbida se realiza cada vez con un menor tiempo de hospitalización. Una adecuada selección de pacientes, la existencia de unidades de referencia certificadas de alto volumen y la existencia de equipos multidisciplinarios, favorecen la ambulatorización de estos pacientes. Los programas de rehabilitación favorecen claramente la recuperación precoz. No hay diferencias significativas en cuanto a tiempo de cirugía o morbilidad en los periodos de tiempo analizados, pero es necesario un mayor

volumen de cirugía, así como estudios prospectivos para lograr acortar los tiempos.

220105. EL ABDOMEN ABIERTO EN PACIENTES NO POLITRAUMATIZADOS: NUESTRA SERIE DE CASOS.

I Lorence Tomé, Al Aguilar Márquez, E Romero Vargas, MÁ Gil-Olarte Márquez, J Reguera Rosal, FJ Jiménez Vega, JA López Ruiz

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

Introducción: El manejo del abdomen abierto en pacientes politraumatizados permite la correcta resucitación y posteriormente completar la cirugía en condiciones óptimas. Recientemente, se ha extrapolado su uso a pacientes no politraumatizados en situación clínica similar con descenso de la mortalidad y menor tasa de estomas definitivos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes no politraumatizados que han requerido el uso de un sistema de abdomen abierto desde 2015 hasta la actualidad en nuestro centro. Todos presentaban un deterioro fisiológico importante, que ha sido analizado con varias escalas (POSSUM, APACHE II). El cierre temporal del abdomen se ha realizado con sistema de presión negativa con o sin tracción fascial.

Resultados: 22 pacientes con una edad media de 61,5 años, siendo 11 mujeres y 11 varones. Se decide manejo con abdomen abierto por isquemia mesentérica (31,82%), síndrome compartimental (13,54%), perforación de víscera hueca (13,54%), evisceración (9,09%), hernia interna (9,09%), hemorragia digestiva baja (9,09%), obstrucción intestinal (9,09%) y dehiscencia de sutura (4,55%). Se utilizaron sistemas de presión negativa con o sin tracción fascial en 20 casos, en los restantes vacuum-pack y bolsa de Bogotá. La media de recambios fue de 1,54. Cierre primario en 14 pacientes, sin tracción fascial en 64,28% de los casos. Hubo un caso de cierre por segunda intención, debido a fístulas enteroatmosféricas. La estancia media fue de 23,5 días. La mortalidad fue del 45,46%, con un score medio de APACHE II y POSSUM de 27,31 y 69,45%, respectivamente. En 7 pacientes se realizaron anastomosis, frente a 5 estomas y una reconstrucción del tránsito precoz. En dos casos existió dehiscencia de sutura posterior al cierre. Las complicaciones menores que se observaron son: 7 íleos postoperatorio (31,82%), 4 infecciones de herida (18,18%), 3 seromas (13,63%), 3 hematomas (13,63%), 3 colecciones intrabdominales (13,63%). Las complicaciones médicas más frecuentes fueron respiratorias (59,09%), cardíacas (59,09%) y renales (50%).

Conclusiones: El uso del abdomen abierto en pacientes no politraumatizados es efectivo para disminuir la tasa de estomas definitivos, y la mortalidad, observándose en nuestra serie una disminución de la misma en un 10% y 24% según la esperada por los scores APACHE II y POSSUM, respectivamente. Sin embargo, la selección del paciente y el cierre definitivo precoz es una prioridad, ya que no se trata de una situación fisiológica y presenta una alta tasa de complicaciones, tal y como describimos en nuestra serie.

220124. EVOLUCIÓN DE LA RESECCIÓN HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA EN HEPATOCARCINOMA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

B Sánchez Pérez, M Pérez Reyes, M Neuhaus Nevado, JA Pérez Daga, R Pérez Rodríguez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: El papel de la resección hepática laparoscópica (RHL) como tratamiento inicial del hepatocarcinoma (HC) ha ido reganando indicaciones de forma progresiva en la última década. Se aplica en pacientes con función hepática conservada (Child-A) y ausencia de hipertensión portal (HTP), preferiblemente con lesiones únicas. Sin embargo, el desarrollo de la vía laparoscópica está permitiendo aumentar límites de resección hepática sin detrimento en los resultados a corto y largo plazo.

Objetivos: Analizar los resultados a corto y largo plazo de la RHL en los últimos 5 años en un hospital de tercer nivel y en el seno de una unidad de cirugía hepática laparoscópica avanzada y con programa de trasplante hepático activo.

Material y métodos: Analizamos una serie de 51 pacientes, intervenidos por HC durante el periodo enero 2017-diciembre 2021. Estudiamos variables demográficas, estado funcional (Child-Pugh), HTP, tamaño y número de lesiones. Intraoperatorias: vía de abordaje, tipo de resección, tiempo quirúrgico, transfusión y drenaje. Postoperatorias: complicaciones globales y Clavien ≥ III, mortalidad a 90 días y reingreso. Anatomopatológicamente: grado de diferenciación tumoral, satelitosis, infiltración microvascular y borde de resección. A largo plazo: supervivencia global (SG) y libre de enfermedad (SLE), recidiva, lugar y tratamiento de la misma.

Resultados: El 95% de la muestra fue Child A, sin embargo, el 23% presentaban un MELD ≥ 10. Un 25% de lesiones eran >5cm, 10% presentaban multifocalidad, 24% tenían signos indirectos HTP y el 14% sobrepasaban Up-to-seven. El 96% se intervino vía laparoscópica con un 7% de conversión. Realizamos 41% de resecciones anatómicas y un 17% de resecciones mayores. El tiempo quirúrgico medio fue 236 minutos y un 6% de transfusión. Las complicaciones globales fueron un 44% y ≥ III Clavien fue 3.8%, el reingreso un 4% y la mortalidad fue 1.9%. Anatomopatológicamente un 4% fueron indiferenciados, el 10% presentaron infiltración microvascular y un 6% satelitosis.

El seguimiento medio de la serie global fue 23.30 meses (4 - 63). La mediana de seguimiento de la recidiva fue 9.50 meses (2 - 46). El 62.7% de la muestra presentó recidiva tumoral. El 71% fue local, estas se trataron mediante trasplante (31.4%) y re-resección (12.5%). Sin embargo, un 34.4% precisaron tratamiento paliativo directamente. La SG de la serie al año fue 82% y a los 3 años 70%. La SLE al año y a los 3 años 79% y 42% respectivamente. Encontramos diferencias (p: 0.034) en la SG y SLE entre los pacientes con y sin recidiva.

Conclusiones: El desarrollo de la vía laparoscópica permite obtener resultados a corto y medio plazo excelentes a pesar del ligero aumento en los clásicos límites para el HC. Con un seguimiento adecuado, casi un 45% de los pacientes pueden ser rescatados mediante cirugía o trasplante con un seguimiento adecuado.

220125. NUEVAS APROXIMACIONES TERAPÉUTICAS PARA LA DIVERTICULITIS AGUDA Y SUS RESULTADOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA CON UNIDAD DE TRAUMA Y CIRUGÍA DE URGENCIAS

AI Fernández Sánchez¹, F Botello García¹, L Romacho López², I Cabrera Senra¹, A Titos García¹, JM Aranda Narvaez¹

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

Introducción: Presentamos los resultados de la aplicación de las nuevas aproximaciones terapéuticas en relación a la diverticulitis aguda con criterio de ingreso hospitalarios propuestas por la evidencia científica en un centro de tercer nivel con Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias.

Material y métodos: Estudio descriptivo sobre la actividad relacionada con la DA en pacientes que precisan ingreso hospitalario durante el periodo En2018-Dic2021, en base a un protocolo multidisciplinar y estadiaje según la WSES.

Resultados: 312 pacientes con edad mediana de 62(24-96) años, 157(50.3%) mujeres y 155(49.7%) hombres, con ingreso hospitalario. 192(61.6%) ingresaron por grados 0 sin criterios de manejo ambulatorio o Ia, de los cuales solo 17(8.9%) precisaron tratamiento quirúrgico (resección y anastomosis, 9 por laparoscopia), predominantemente (10,58.8%). 70(22.4%) requirieron hospitalización por episodios grado Ib o IIa, con punción percutánea necesaria en 14 ocasiones, y necesidad de cirugía en 23(32.9%), mayoritariamente con resección y anastomosis (18, 78.2%), 12 de ellas por laparoscopia; en 2 pacientes de estos estadios fue necesario considerar CCD. De los 22(7.1%) pacientes ingresados por estadios IIb solo 2 precisaron cirugía. Excluyendo 2 éxitos por limitación de esfuerzo terapéutico y 1 paciente con discordancia clínico-radiológica, el resto de los 28(9%) pacientes con DA III/IV se intervinieron, realizando resección y anastomosis en 14(56%), Hartmann en 8(32%) y CCD en 3(12%). En 4 de los 5 pacientes con indicación de CCD por hemodinamia en diferentes estadios se realizó finalmente una anastomosis. En resumen, 67(21.5%) pacientes precisaron cirugía del global de la serie, mayoritariamente por la UTCU (68.7), realizada en 23(34.3%) por vía laparoscópica, con una tasa de anastomosis global del 79.1% y cumpliendo con los estándares de calidad publicados (dehiscencia 9.4%, morbilidad Clavien-Dindo ≥III 6%, reingreso 2.2%).

Conclusiones: Las directrices emitidas por las distintas sociedades sobre el abordaje terapéutico de la DA permite definir pacientes para MNO o para cirugía con alta tasa de éxito. En estos últimos, debe considerarse la resección y anastomosis como técnica estándar, dejando el Hartmann como último recurso, incorporando el abordaje laparoscópico en cualquier estadio y la CCD para los pacientes inestables. Las UTCU constituyen la herramienta ideal para la protocolización de estos nuevos enfoques conceptuales.

220142. HERNIA INGUINAL Y CRITERIOS EXTENDIDOS

Á de Jesús Gil, M Álvarez Aguilera, A Sánchez Arteaga, JM Suárez Grau, J Tinoco González, D Díaz Gómez, L Tallón Aguilar, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: Analizar morbilidad precoz postoperatoria en pacientes intervenidos de hernia inguinal en régimen de Cirugía Sin Ingreso (CSI) en nuestro hospital respecto a pacientes con ingreso.

En nuestro hospital, la cirugía CMA tiene lugar en un circuito independiente en un "centro satélite" que no permite ingresos, por eso la importancia de un circuito CSI para pacientes sin criterios CMA que podrían ser alta en el mismo día.

Material y métodos: Estudio de casos y controles retrospectivo (n=743) incluyendo pacientes intervenidos de forma programada de hernia inguinal en régimen CSI (grupo A, 344) entre 2018 y 2021, apareando con un grupo control, de características basales y comorbilidades similares, (grupo B, 399) de pacientes con ingreso postoperatorio.

Resultados: Se incluyeron 743 pacientes, 344 en el grupo A y 399 en el grupo B.

En la **Tabla 1**. se describen las principales características basales y quirúrgicas de ambos.

VARIABLE	GRUPO A	GRUPO B	
N muestral	344 (46.3%)	399 (53.7%)	
Sexo	H: 257 (74.7%) M: 87 (25.3%)	H: 363 (91%) M: 36 (9%)	p=0.000
Edad	61.67±14.893 años (rango: 16-91)	62.21±14.481 años (rango: 16-89)	p= 0.483
ASA	I-II: 247 (71.8%) III: 97 (28.2%)	I-II: 262(65.7%) III: 137 (34.3%)	p=0.072
Bilateralidad	- 72 (20.9%) bilateral - 272 (79.1%) unilateral (derecha más frecuente)	- 127 (31.8%) bilateral - 272 (68.2%) unilateral (derecha más frecuente)	p=0.001
Intervención	Abierta: 154 (44.8%) Laparoscópica: 190 (55.2%)	Abierta: 228 (57.1%) Laparoscópica: 171 (42.9%)	p=0.001

Tabla 1

Características basales y quirúrgicas.

En cuanto a morbilidad postoperatoria, el grupo A presentó una tasa de complicación del 2.3% (8 pacientes) y el B del 3.5% (14 pacientes), sin diferencias significativas (p=0.343). Analizando por subtipos de complicación (conversión, fistula entérica, infección sitio quirúrgico, colección intraabdominal, evisceración, sangrado, infección respiratoria y complicación cardiológica), tampoco se encontraron diferencias significativas. El sangrado/hematoma postoperatorio (2% vs 1.5%, p=0.582) fue la complicación más frecuente.

En el grupo A se reintervino 1 paciente (0.3%) y 4 reingresaron (1.2%) mientras que en el B se reintervinieron 2 pacientes (0.5%) y reingresaron 3 (0.8%), ambos procesos sin diferencias significativas (p=0.652 y p=0.563).

Respecto a la estancia postoperatoria del Grupo A vs Grupo B, se objetivó tanto una estancia postoperatoria (0±0 vs 1.19±1.087) y total

(0.12 ± 0.321 vs 1.68 ± 1.194) significativamente menor en los pacientes del Grupo A con un valor $p = 0.000$ [IC95% (1.078-1.292)] y $p = 0.000$ [IC95% (1.441-1.685)], respectivamente.

Sólo un paciente, perteneciente al grupo B, requirió ingreso en UCI y en ninguno de los grupos fallecieron pacientes, no objetivándose diferencias significativas.

Conclusiones: La cirugía en régimen CSI mejora de forma significativa la estancia hospitalaria de los pacientes con hernia inguinal sin objetivarse diferencias en cuanto a la morbilidad precoz.

La ampliación de los criterios CMA y expansión de la CSI en la hernia inguinal podría considerarse segura con una adecuada selección de pacientes.

220146. TROPIS, NUEVA ESPERANZA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA

F Hinojosa Ramírez, ML Reyes Díaz, JM Vázquez Monchul, IM Ramallo Solís, RM Jiménez Rodríguez, J Pintor Tortolero, F de la Portilla de Juan, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: La fístula perianal constituye el 30% de las intervenciones coloproctológicas. Hallar el tratamiento óptimo que proporcione buenas tasas de curación, sin recurrencia, y nulas complicaciones se ha convertido en la fístula perianal compleja en un verdadero reto. La recurrencia se debe principalmente a la persistencia de infección en el plano interesfintérico. Las complicaciones, principalmente las más temida, la incontinencia fecal, es secundaria a la lesión del complejo esfinteriano.

Nuestro objetivo es evaluar los resultados iniciales de nuestra serie de casos realizados mediante la técnica Trasanal Opening of Intersphincteric Space (TROPIS) que trabaja en el espacio interesfintérico sin afectar al complejo esfinteriano

Material y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo y observacional, sobre la serie de casos intervenidos mediante la técnica TROPIS en la Unidad de Coloproctología, analizándose los resultados a los 6 meses tras la implantación de la técnica. Las variables estudiadas han sido demográficas, quirúrgicas y relativas a las complicaciones asociadas al tratamiento de esta patología.

Resultados: Desde enero del 2021 se han realizado 12 técnicas TROPIS. Fueron intervenidos 9 hombres (75%) y 3 mujeres (25%). La edad media fue de 54.74 años y el IMC 29.61. En cuanto a las comorbilidades preoperatorias no hubo diferencias estadísticamente significativas (1 paciente ASA I, 9 ASA II y 2 ASA III). La cirugía se realizó en régimen ambulatorio en 8 pacientes (66.6%). Solo un paciente necesito reintervención en el postoperatorio inmediato por un absceso perianal.

El 100% de los casos fueron fístulas perianales complejas criptoglandulares diagnosticadas mediante EE3D: 2 FTE medio-baja, 1

FTE alta con dos trayectos, 5 FTE con prolongación en hemiherradura, 3 FTE con cavidad posterior y 1 FTE con trayecto supraelevador. El 75% de los casos presentaban fístula recidivada reintervenida en varias ocasiones.

Actualmente el 66.6% de casos tratados mediante técnica TROPIS presentan a los 6 meses una curación total de la fístula y un 33.3% no curado. En la revisión en consultas evidenciamos un caso de persistencia al mes, otro de recidiva a los 3 meses y dos casos de recidiva a los 6 meses. En ninguno de los casos existió afectación de la continencia ni lesión del complejo esfinteriano tras la intervención.

Conclusiones: La técnica TROPIS, es una técnica segura y factible para el tratamiento de la fístula perianal compleja, con resultados esperanzadores, pero se precisa de estudios con mayor tiempo de evolución y seguimiento.

220147. RESULTADOS A CORTO PLAZO DEL EMPLEO DEL BAGUA COMO CIRUGÍA REVISIONAL, EN PACIENTE CON ERGE Y REGANANCIA PONDERAL TRAS GASTRECTOMIA VERTICAL.

Á Ortiz Sánchez, JA Aragón Encina, A Fierro Aguilar, A Bengoechea Trujillo, MA Mayo Ossorio, JM Pacheco García

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

Introducción: La reganancia ponderal es uno de los problemas a largo plazo de la gastrectomía vertical (GV). Hasta el momento, el bypass gástrico (BG) estándar es la opción más empleada como cirugía revisional, sobre todo en los pacientes que presentan enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) de novo. Presentamos nuestra experiencia en el empleo del BAGUA como cirugía de revisión en pacientes con reganancia ponderal y ERGE de novo tras GV.

Material y métodos: Desde marzo de 2012 a enero de 2022 hemos realizando 396 GV. De los pacientes que cumplían 5 años de seguimiento, dieciocho pacientes presentaron ERGE y dos de ellos, además, reganancia ponderal superior al 50%. Paciente1: Mujer 50 años, GV hace 5 años (IMC inicial 51,2). Peso antes de cirugía revisional 115,7kg e IMC 49,5. Paciente2: Hombre 43 años, GV hace 4 años (IMC inicial 57,1). Peso antes de la cirugía revisional: 140Kg e IMC 52,2. Ambos presentaban clínica de ERGE con phmetría positiva y esofagitis grado A de los Ángeles.

Resultados: Se les realizó BG de una anastomosis con asa biliar a 2m del ángulo de Treitz y con reservorio gástrico de unos 7cm de longitud. Anastomosis mecánica con EndoGIA de 45mm y cierre de gastroenteroanastomosis con sutura barbada. Uno de los pacientes precisó recalibración y fundectomía por ensanchamiento de la manga gástrica. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones postoperatorias e iniciaron tolerancia a las 6h de la cirugía, siendo dados de alta a las 48h. Al mes de la cirugía refieren desaparición de la clínica de reflujo y adecuada pérdida ponderal. Al año de la cirugía permanecen asintomáticos respecto al reflujo y refieren episodios de diarrea ocasional relacionada con la ingesta de alimentos ricos en grasas. Ambos tienen adecuada pérdida ponderal. El grado de satisfacción con la cirugía según la escala de BAROS es de 5 en ambos casos.

Conclusiones: La reganancia ponderal y la ERGE son dos problemas frecuentes a largo plazo tras la GV. Tras el reconocimiento de la IFSO en 2020 del BAGUA como técnica bariátrica primaria, nos planteamos la posibilidad de emplear dicha técnica en cirugía revisional en el caso de pacientes que tienen reganancia ponderal y ERGE, por sus características, ya que tiene un componente malabsortivo y metabólico que favorece la pérdida ponderal y además soluciona la ERGE. Aunque los resultados de los pacientes que hemos intervenido son satisfactorios, se necesitaría seguimientos más largos y un mayor número de pacientes, para confirmarlos.

220152. CIRUGÍA ROBÓTICA EN PARED ABDOMINAL, EXPERIENCIA INICIAL

F Hinojosa Ramírez, A López Huerta, L Tallón Aguilar, J Tinoco González, A Sánchez Arteaga, JM Suárez Grau, D Díaz Gómez, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: El abordaje robótico de la pared abdominal es un procedimiento en auge, debido a que dota al cirujano de mayor ergonomía, precisión y rango de movimientos, lo cual permite realizar técnicas más complejas.

Evaluar los resultados iniciales de nuestra serie de casos realizados mediante abordaje robótico de Pared Abdominal.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo y observacional, sobre la serie de casos intervenidos mediante abordaje robótico en Pared abdominal en los primeros 6 meses tras la implantación del programa. Las variables estudiadas han sido demográficas, quirúrgicas y relativas a las complicaciones asociadas al tratamiento de esta patología.

Resultados: Desde octubre del 2021 se realizaron 27 intervenciones robóticas. Fueron intervenidos 19 varones (70,37%) y 8 mujeres (29,63%). La edad media fue de 61 años en varones y de 59 años en mujeres. La media de estancia postoperatoria fue de 1.11 días. No hubo diferencias significativas en las comorbilidades preoperatorias (2 pacientes ASA I, 21 pacientes ASA II y 4 pacientes ASA III). En todos los casos se utilizaron trócares de 8mm. En un único caso se tuvo que convertir a cirugía abierta dadas las adherencias que impedían realizar la intervención con seguridad. Durante el seguimiento el 25,92% de los pacientes presentaron seroma/hematoma. Se ha evidenciado un caso de recidiva a los tres meses tras la intervención.

Se han realizado 13 rTAPP, de los cuales 12 han sido intervenciones sobre hernias inguinales bilaterales y 1 en una eventración. 4 de las hernias inguinales eran recidivadas. La mediana del BMI fue 26.13. La mediana del tiempo de intervención fue de 80 minutos en las hernias bilaterales primarias y de 90 min en las recidivas.

Por otro lado, se han realizado 7 TARUP con una mediana de BMI 35.65, y de tiempo de intervención 130 minutos. Además, se

han realizado 2 eTEP con una mediana de BMI 31.76 y de tiempo de intervención de 165 minutos; 1 rPOM+ (BMI 31.29 y 125min de intervención); 1 rRives (BMI 24.57 y 260min); 1 TARUP-Stoppa (BMI 24,49 y 315 min); y 1rTAR (BMI 24,57 y 185min)

Conclusiones: El abordaje robótico de la pared abdominal es un proceso seguro y eficiente principalmente en pacientes obesos o con hernias complejas. Facilita la realización de técnicas retromusculares. Se recomienda comenzar con técnicas sencillas rTAPP e rPOM+ y progresar a técnicas más complejas reTEP o rTAR al mejorar la curva de aprendizaje.

220166. IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ANUSCOPIA DE ALTA RESOLUCIÓN: NUESTRA EXPERIENCIA

G Gómez Dueñas, R Barrios Campal, A Moreno Navas, C Díaz López, FJ Briceño Delgado

Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La incidencia de neoplasia intraepitelial anal está en aumento en determinados grupos con conductas de riesgo, por lo que ha sido necesario la puesta en marcha de un programa de cribado para prevenir el desarrollo del mismo sobre lesiones precursoras. El objetivo de esta comunicación es explicar el protocolo de screening llevado a cabo en nuestro centro junto al Servicio de Enfermedades Infecciosas, así como el funcionamiento de la consulta y el algoritmo diagnóstico-terapéutico que llevamos a cabo en la misma tras una citología anormal.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 58 casos vistos en la consulta desde la instauración de la misma en enero de 2021 tras ser derivados desde la consulta de Enfermedades Infecciosas tras un resultado anormal de la citología

Resultados: En esta comunicación llevamos a cabo una presentación de la consulta de cribado de alto riesgo, para favorecer su promoción e implantación en centros con alto volumen.

En esta serie, exponemos el manejo y el tratamiento en función de los resultados obtenidos tras la realización de la anoscopia de alta resolución y toma de biopsias llevadas a cabo en la consulta

Conclusiones: Aunque el número de pacientes vistos en consulta todavía es insuficiente para poder llevar a cabo un estudio comparativo, sí que podemos afirmar que el diagnóstico precoz de los mismo puede disminuir o incluso evitar su progresión hacia el carcinoma epidermoide anal. Por otro lado, queremos recalcar la importancia de la realización de citologías anuales a pacientes de alto riesgo y derivar ante un resultado anormal, pues no existe correlación entre los hallazgos de la citología y los de la biopsia.

220167. ESTUDIO DE LA DOSIS DIARIA DEFINIDA (DDD) DE ANTIMICROBIANOS ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA MAYOR ABDOMINAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL.

F Aguilar del Castillo¹, M Alvarez Aguilera¹, J Tinoco González¹, JM Cisneros², FJ Padillo Ruiz¹, RM Jiménez Rodríguez¹

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

Introducción: El propósito de este estudio fue analizar el uso de antimicrobianos en el mismo trimestre de los años 2019 (pre-COVID-19), 2020 (inicio de la pandemia COVID-19) y 2021 (COVID-19 establecida) de acuerdo con el sistema "DDD" ("Dosis Diaria Definida") en pacientes que se sometieron a cirugía gastrointestinal en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva creada en el marco del Programa de Control Antimicrobiano de nuestro hospital. Se analizaron los datos de los pacientes intervenidos de forma electiva o urgente en el segundo trimestre de 2019, 2020 y 2021 y que fueron tratados con al menos uno de los 7 antimicrobianos más frecuentes.

Resultados: Un total de 2975 pacientes fueron intervenidos en el segundo trimestre de 2019, 2020 y 2021; 1154 (38,79%) en 2019, 653 (21,95%) en 2020 y 1168 (39,26%) en 2021. (Figura 1)

De ellos, 503 (16,9%) pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano postoperatorio con uno de los fármacos considerados; 195 (16,89%) en 2019, 126 (19,29%) en 2020 y 182 (15,55%) en 2021. Encontrándose diferencias significativas tanto en 2019 vs 2020 ($p=0,013$), como 2019 vs 2021 ($p=0,00001$). Los antimicrobianos más frecuentemente administrados fueron ciprofloxacino (235, 46,7%) y metronidazol (132, 26,2%), tanto individualmente como en combinación (68 (36,6%) de 187 combinaciones administradas).

Se prescribieron un total de 874 DDD de antimicrobianos. Observándose una mediana de 8 DDD por paciente (Media $13,07 \pm 17,21$, IC 95%: 11,93 - 14,21). De nuevo, metronidazol y ciprofloxacino fueron los antimicrobianos con más DDD administradas, 337 DDD (38,55%) y 154 DDD (17,96%), respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticas al comparar el número de DDD prescritas por año entre los 7 antimicrobianos.

Los pacientes que se sometieron a cirugía urgente estuvieron más expuestos a antimicrobianos que cualquier otro paciente ($p=0,0000$), seguido de los que requirieron un procedimiento hepatobiliopancreático y una cirugía colorrectal.

En los tres años encontramos el mismo patrón; los pacientes intervenidos por la unidad de Cirugía de Urgencias fueron los que más antimicrobianos y DDD necesitaron, seguidos de Cirugía Hepatobiliar y Coloproctología, observándose entre ellos una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,01923$ en 2019, $p=0,00027$ en 2020 y $p=0,00007$ en 2021) Los procedimientos realizados en un entorno ambulatorio no requirieron antimicrobianos.



Figura 1

Pacientes incluidos en el estudio, distribución de prescripción antimicrobiana y DDDs.

Conclusiones: Los programas de Control Antimicrobianos nos ayudan a optimizar la prescripción en pacientes quirúrgicos y evitar futuras resistencias. La cirugía urgente parece ser el principal reto para perfeccionar el tratamiento antimicrobiano de nuestros pacientes.

220169. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA MORBI-MORTALIDAD A CORTO PLAZO ASOCIADA A CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL ELECTIVA VS URGENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

F Aguilar del Castillo, S Borrego Casanova, A Sánchez Arteaga, JM Suarez Grau, J Tinoco González, D Díaz Gómez, L Tallón Aguilar, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: Analizar la morbilidad y mortalidad a corto plazo en pacientes sometidos a cirugía de pared abdominal de forma electiva en comparación con aquellos operados de forma urgente en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes intervenidos de cirugía de pared abdominal de manera urgente y electiva en nuestro centro en el periodo de tiempo comprendido entre Enero de 2011 y Diciembre de 2021.

Resultados: Un total de 5278 pacientes han sido intervenido de cirugía de pared abdominal en nuestro centro en el intervalo de tiempo estudiado.

De estos, 4254 (80.6%) pacientes fueron intervenido de forma programada y 1024 (19.4%) se intervinieron de urgencias.

La estancia media postoperatoria es superior en la cirugía urgente, con una media de 5.57 días en cirugía urgente versus 2,08 días en cirugía programada.

Con respecto a la vía de abordaje, la cirugía abierta es la predominante en toda la serie. La cirugía laparoscópica solo alcanza un 20.61% de procedimiento programado versus al 4.98% de procedimientos urgente. El abordaje robótico ha sido desarrollado

	CIRUGÍA ELECTIVA (n=4254)	CIRUGÍA URGENTE (n=1024)	Valor p
SSI	54 (1.27%)	83 (8.1%)	< 0.00001
Evisceración	5 (0.12%)	7 (0.68%)	0.000639
Dehiscencia de sutura	8 (0.19%)	7 (0.68%)	0.007491
Hemorragia	52 (1.22%)	1 (0.1%)	0.000856
Ingreso en UCI	22 (0.52%)	64 (6.25%)	< 0.00001
Reintervención	55 (1.29%)	41 (4.01%)	< 0.00001
Reingreso	50 (1.18%)	21 (2.05%)	0.029028
Mortalidad	13 (0.31%)	38 (3.71%)	< 0.00001

Tabla 1. Complicaciones postoperatorias.

Tabla 1

Complicaciones postoperatorias.

en los últimos meses del 2021, realizándose solo 13 procedimientos (0,31%) de la cirugía programada.

La tasa de infección de herida quirúrgica ha sido superior en el grupo de cirugía urgente, con 83 (8,1%) casos, comparando con la cirugía programada con 54 (1,27%) casos.

La dehiscencia de sutura también ha sido una complicación más frecuente en el grupo de cirugía urgente, con 7 (0,68%) casos respecto a 8 (0,19%) en cirugía programada.

Por el contrario, la hemorragia es una complicación más frecuente en nuestra serie en la cirugía programada, encontrando 52 (1,22%) casos de hemorragia en la serie de cirugía programada y solo un caso (0,1%) en la cirugía urgente.

La reintervención ha sido necesaria en 55 (1,29%) pacientes de cirugía programada y 41 (4,01%) de cirugía urgente.

Se han producido 38 (3,71%) éxitos en la serie de cirugía urgente y 13 (0,13%) en la serie programada.

Conclusiones: La cirugía de pared abdominal son procedimientos frecuentes en el día a día del cirujano general.

Como cabe esperar, las intervenciones realizadas en el contexto de urgencias presentan mayor tasa de morbilidad y mortalidad comparándolo con las tasas de la cirugía de forma programada.

Las tasas de complicaciones postoperatoria tras una cirugía de pared abdominal se encuentran dentro de los estándares de calidad publicados en la literatura.

220189. DIVERTICULITIS APENDICULAR COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO DIFÍCILMENTE INDISTINGUIBLE DE LA APENDICITIS AGUDA

C Gras Gómez¹, J Ruiz Pardo¹, B Estébanez Ferrero², I Teruel Lillo¹, A Reina Duarte²

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

Introducción: Determinar la presentación clínica, diagnóstica, tratamiento y resultados anatomopatológicos de pacientes diagnosticados con diverticulitis apendicular comparándolos con un grupo de pacientes con apendicitis aguda.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohortes donde se incluyen 24 casos de diverticulitis apendicular comparándolos con 78 casos de apendicitis aguda analizando las características clínicas, las pruebas diagnósticas, el procedimiento, complicaciones y hallazgos anatomopatológicos.

Resultados: 24 pacientes se han diagnosticado tras el resultado anatomopatológico de diverticulitis aguda apendicular desde el 2014. Han sido comparados con 78 casos de apendicitis aguda extraídos de manera aleatoria intervenidos en el 2021. En la Tabla 1, comparando ambos grupos no objetivamos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, siendo en el grupo DAA un 62% hombres y un 35% mujeres. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la edad de los pacientes, siendo la edad de presentación de los pacientes con DAA más tardía, con una media de 43,54 años frente a los 37,28 años de media en los pacientes con AA.

Al analizar como se muestra en la tabla 2 los días hasta consultar en el Servicio de Urgencias, los pacientes con AA consultan antes.

En cuanto a las pruebas de imagen vemos diferencias significativas requiriendo el grupo de DAA el uso de TC en muchos más casos para el diagnóstico. Como vemos en la tabla 2 el abordaje quirúrgico principal en ambos grupos fue el abordaje laparoscópico (95% en DAA y 91% en AA).

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes

	Diverticulitis apendicular N= 24	Apendicitis aguda N= 78	p
Edad (años)	43.54 (14.36)	37.28 (18.10)	0,037
Sexo			
Mujer	9 (38%)	54(59%)	0,543
Hombre	15 (62%)	32 (41%)	
Riesgo quirúrgico:			0,938
ASA I	9 (37,5%)	56 (71,80%)	
ASA II	11 (45,83%)	11(14,10%)	
ASA III	3 (12,5%)	5 (6,41%)	
ASA IV	1 (4,1%)	5 (6,41%)	

Tabla 1

Complicaciones postoperatorias.

Tabla 2. Resultados estudio, procedimiento y estancia

	Diverticulitis apendicular N= 24	Apendicitis aguda N= 78	p
Días antes de consulta ^a	2,28 ± 2,941	2,01 ± 2,838	0.034
Diagnóstico			0.003
Ecografía	50% (12)	83% (65)	
TC	21% (5)	6.4% (5)	
Ecografía-TC	29% (7)	9.0% (7)	
Abordaje quirúrgico			0.077
Laparoscopia	92 % (22)	91% (71)	
Convencional	8.3 % (2)	1.3% (1)	
Conversión	0 % (0)	7.7% (6)	
Complicaciones	25% (6)	7.7% (6)	0.022
Estancia hospitalaria ^a	3,71 ± 3,47	3,83 ± 3,339	0,250

^a Tiempo en días

Tabla 2

Resultados.

Tabla 3. Resultados análisis de sangre

	Diverticulitis apendicular N= 24	Apendicitis aguda N= 78	p
Hemoglobina	13,91 ± 1,87	13,86 ± 2,48	0,051
Leucocitos	14,068.21 ± 4,773.11	16,365.85 ± 8,516.98	0,034
Neutrófilos (%)	83% ± 14%	85% ± 17%	0,105
Proteína C Reactiva	11.43 ± 12.01	17.54 ± 13.09	0,237
Plaquetas	257,825.00 ± 65,924.63	224,576.43 ± 70,623.89	0,133

Tabla 3

Análisis sangre.

Tabla 4. Resultados de anatomía patológica.

Anatomía patológica	Diverticulitis apendicular
Divertículos verdaderos	7 (29,17%)
Pseudodivertículos	17 (70,83%)

Tabla 4

Resultados ap.

220213. IMPACTO DEL SCORE APACHE II EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON ABDOMEN ABIERTO

BÁ Ruiz García, M Álvarez Aguilera, MJ Cuevas López, V Durán Muñoz-Cruzado, F Pareja Ciuró, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: El objetivo de este estudio fue analizar la supervivencia y morbilidad postoperatoria de los pacientes que se sometieron en 2020 y 2021 a una intervención quirúrgica que requirió un cierre temporal de pared abdominal con un sistema de abdomen abierto en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva continua sobre Técnica de Abdomen Abierto en nuestro centro.

Se incluyeron todos los pacientes intervenidos en 2020 y 2021 que requirieron un cierre temporal de pared abdominal con un sistema de abdomen abierto. Se analizaron tanto las características basales y quirúrgicas de los pacientes como su morbilidad postoperatoria y supervivencia hasta el 15 de abril de 2022 (fecha fin de seguimiento).

Resultados: En 2020 y 2021, se intervinieron 85 pacientes requiriendo un sistema de abdomen abierto, 30 en 2020 y 50 en 2021. Del global de pacientes, 45 (44.7%) presentaron complicaciones postoperatorias intraabdominales y 65 (74,7%) no intraabdominales. Fallecieron 40 pacientes (47.1%) de los cuales 19 (22.4% del total), fallecieron en las primeras 48 horas.

Las principales indicaciones quirúrgicas fueron: Abdomen séptico (33/85, 38.8%), "Second Look" de origen isquémico o hemorrágico (31/85, 36.5%), Síndrome Compartimental (14/85, 16.5%) y Cirugía Control de Daños de origen traumático (7/85, 8.2%).

Se observó una asociación significativa entre APACHE II y mortalidad observada tanto a fin de estudio (p=0.016) como en las primeras 48 horas (p=0.049). Los 32 pacientes con un Score "Alto" (APACHE II>25) presentaron una mortalidad del 62.5%, significativamente mayor al 38.5% de los 52 pacientes con un Score "Bajo" (APACHE II <25) (p=0.032).

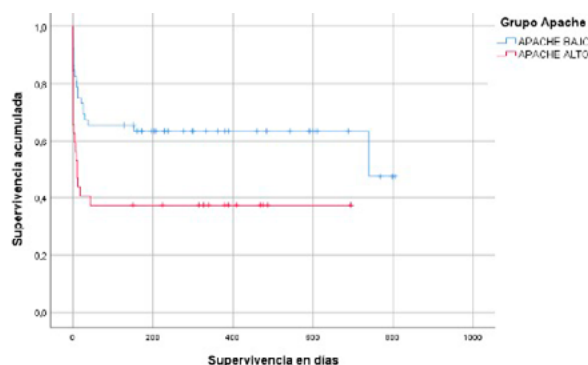
Además, los pacientes con un Score "Alto" presentaron una mediana de supervivencia de 11 días, en contraposición a una mediana de supervivencia de 740 días para los pacientes con Score "Bajo" (p=0.006).

No se observaron diferencias significativas entre el APACHE II y el desarrollo de complicación intraabdominal, aunque sí se asoció significativamente al desarrollo de complicaciones no intraabdominales (p=0.024).

No se observó asociación significativa entre los grupos de edad, el año de intervención ni la indicación quirúrgica y la mortalidad global o a las 48 horas de los pacientes, así como con el desarrollo de complicaciones intraabdominales o no intraabdominales.

Tras analizar los resultados en la tabla 3 de los análisis de sangre no encontramos diferencias en las cifras de hemoglobina entre ambos grupos. Tampoco en el % de neutrófilos ni los valores de proteína C reactiva o plaquetas. Encontramos diferencias en recuento linfocitario, siendo más bajo en el grupo de DAA (14,068.21 ± 4,773.11) que en el grupo AA (16,365.85 ± 8,516.98) con una p= 0,034.

Conclusiones: Aunque clínicamente el cuadro entre la apendicitis aguda y la diverticulitis apendicular parezca indistinguible, ambos presentan diferencias epidemiológicas, clínicas y anatomopatológicas, haciendo importante tener este cuadro presente como diagnóstico diferencial en un abdomen agudo con dolor en FID.

**Figura 1**

Función de supervivencia según subgrupo de Score APACHE II alto vs bajo.

Conclusiones: El Score APACHE II en pacientes con técnica de Abdomen Abierto influye significativamente en la supervivencia y en el desarrollo de complicaciones no intraabdominales.

220236. FACTORES PREDICTORES DE HIPOTIROIDISMO TRAS HEMITIROIDECTOMÍA

S Borrego Canovaca, M Rubio Manzanares Dorado, V Pino Díaz, M Pérez Andrés, JM Martos Martínez, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: El desarrollo de hipotiroidismo tras hemitiroidectomía es una complicación que, aunque conocida en la cirugía de tiroides, continúa siendo subestimada por los cirujanos. Su incidencia varía entre un 5,6% y un 48,9% y el momento de su aparición en el tiempo, así como los factores de riesgo para su desarrollo siguen sin estar claros.

El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia de hipotiroidismo en nuestro centro e identificar los factores de riesgo que conllevan el desarrollo del hipotiroidismo tras hemitiroidectomía.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo e inferencial en el que se han analizado 443 pacientes intervenidos mediante hemitiroidectomía en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla por la unidad de Cirugía Endocrina, entre 2016 y 2022. Se incluyeron aquellos pacientes funcionalmente eutiroideos en el preoperatorio (TSH > 0,4 y < 5,0 mUI/ml) y con lóbulo contralateral macroscópicamente sano. Las variables incluidas en el estudio han sido: edad, género, niveles pre y postoperatorios de hormona estimulante del tiroides (TSH), tiempo de desarrollo de hipotiroidismo, informe histopatológico definitivo, peso de la pieza quirúrgica y presencia de tiroiditis en la pieza. Se llevó a cabo un análisis bivalente para evaluar el riesgo de hipotiroidismo utilizando el modelo de riesgos proporcionales de Cox (significación si $p < 0,05$).

Resultados: De un total de 443 pacientes identificados, 407 (94,4%) se encontraban eutiroideos ($n=318$) o hipertiroides ($n=89$) previos a la cirugía. De ellos, a las 8 semanas tras la lobectomía, 226 (55,5%) pacientes requirieron tratamiento con levotiroxina. El

hipotiroidismo fue significativamente más frecuente con el aumento progresivo de la TSH prequirúrgica, siendo del 56,9%, 59,5% y del 83,07% para niveles de TSH prequirúrgica de 1,0-2, 2,01-3, y > 3,01 μ U/ml respectivamente, comparado con el 37% de los pacientes con niveles de TSH prequirúrgica 3,01 μ U/ml). La presencia de tiroiditis en la pieza quirúrgica fue también un factor predictor independiente de hipotiroidismo (OR = 5,74; IC 95% 1,97-16,7, $p < 0,001$). La edad, el sexo, el ASA no fueron factores predictores de hipotiroidismo.

Conclusiones: La incidencia global de hipotiroidismo en nuestra serie tras la hemitiroidectomía fue del 55,5%, la mayoría de los casos se desarrollaron en los primeros 6 meses tras la cirugía. Los factores de riesgo para desarrollar hipotiroidismo incluyen la presencia de tiroiditis, así como una TSH prequirúrgica en el límite alto de la normalidad.

220239. ABORDAJE NUTRICIONAL PRECOZ EN CÁNCER ESÓFAGO-GÁSTRICO Y SU IMPACTO EN LA DISMINUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA

A de Laguno de Luna¹, I Cacace², L Rey Fernández², J Avilés Osinaga²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²UGC Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospital Costa del Sol, Marbella.

Introducción: Evaluar la efectividad del abordaje nutricional precoz y la suplementación perioperatoria en pacientes candidatos a cirugía mayor digestiva (CMD) por cáncer esófago-gástrico, comparando un grupo incluido en el cribado precoz (grupo2) y un control histórico (grupo1)

Material y métodos: Se recogieron variables clínico-nutricionales, IMM y sarcopenia medida en TAC (L3) perioperatorio. Se evaluaron complicaciones a 30/60 días P.O, estancia hospitalaria y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes (grupo1 34, grupo2 36) con una edad media de $62 \pm 19,4$ (64,3% hombres). Apreciamos una pérdida de peso >5% en el 55,9%(grupo1) y 66,7%(grupo2). Nutriscore+ en el 35,5%(grupo1) y 72,2%(grupo2) y criterios de Glim de desnutrición moderada-severa en el 64,7%(grupo1) y 83,3%(grupo2) con diferencias significativas ($p < 0,002$ OR 4,75 y $p < 0,02$) Se observó IMM preoperatorio ($p < 0,167$) de 46,01(grupo1) y 49,37(grupo2); y sarcopenia preoperatoria ($p < 0,345$) en el 54,5%(grupo1) y 45,5%(grupo2). Así como IMM P.O. ($p < 0,009$) de 43,73(grupo1) y 49,372(grupo2) y sarcopenia P.O. ($p < 0,00$) 79,3%(grupo1) y 20,7%(grupo2). No se encontró significación estadística al comparar PCR/Prealbúmina pre y postoperatorio, morbilidad P.O. y estancia hospitalaria de ambos grupos. Se encontraron diferencias al comparar en ambos grupos la presencia de sarcopenia P.O. y mortalidad $p < 0,018$; PCR/Prealbúmina P.O. y morbilidad P.O. ($p < 0,004$ y $p < 0,002$)

Conclusiones: La desnutrición preoperatoria, la sarcopenia y el cociente PCR/Prealbúmina bajo aumentan la morbilidad PO en pacientes sometidos a CMD.

Ambos grupos presentan similar morbilidad PO. Dado que el grupo 2 presentaba un mayor grado de desnutrición preoperatoria y un menor grado de sarcopenia PO podemos concluir que el abordaje nutricional precoz reduce/igual la morbilidad al grupo1.

Además, aquellos pacientes con una media mayor de PCR/Prealbumina PO presentaron menor morbilidad PO.

220245. ¿DEBEMOS REALIZAR UNA ENDOSCOPIA PREOPERATORIA RUTINARIA EN TODOS LOS PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA?

E Ferre Ruiz, P Fernandez Galeano, J Moreno Ruiz, JL Fernández Aguilar, C Montiel Casado, A Rodríguez Cañete

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

Introducción: El objetivo principal de este estudio es analizar la eficiencia de la endoscopia digestiva alta (EDA) preoperatoria en la indicación de la técnica quirúrgica bariátrica.

Material y métodos: Se analizaron de forma retrospectiva un total de 164 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en un Hospital de tercer nivel entre enero de 2016 y diciembre de 2019, a los cuales se les realizó de forma sistemática un EDA preoperatoria. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, IMC), sintomatología preoperatoria, hallazgos endoscópicos y repercusión en la indicación quirúrgica. Para la recogida y análisis de datos se empleó la herramienta SPSS 15.0.

Resultados: Del total de 164 pacientes, 27 presentaban algún síntoma (16,5%), 22 pirosis (13,4%), 14 regurgitación (8,5%) y 8 dispepsia (4,8%).

Se indicaron previo a la EDA 129 gastrectomías verticales (GV) (78,6%) y 35 Bypass gástricos (BGY) (21,3%).

La EDA fue normal en el 45,2% de los casos y patológica en el 54,8%. En el grupo de pacientes sintomáticos, la EDA fue normal en el 37% de los casos y patológica en el 63%. La presencia de síntomas preoperatorios no mostró una asociación estadísticamente significativa con hallazgos patológicos en la EDA.

El hallazgo más frecuente fue la presencia de gastritis (43 casos), seguido de la esofagitis y los pólipos (22 y 17 casos, respectivamente).

Estos hallazgos condujeron a un cambio en la indicación de la técnica previamente establecida en 6 casos (3,6%). Se cambió la indicación de GV a BGY en 5 casos (3 por esofagitis, 1 por metaplasia y otro por hernia de hiato gigante. De todos ellos, 3 no habían referido síntomas) y de BGY a GV en 1 caso (úlceras duodenales en paciente asintomático), realizándose finalmente un total de 125 GV (76,2%) y 39 BGY (23,7%).

Pese a la falta de correlación entre los síntomas y los hallazgos endoscópicos patológicos, el porcentaje de cambios de técnica quirúrgica fue mayor en pacientes sintomáticos (7,4%) que en aquellos asintomáticos (2,9%).

Por último, atendiendo a la edad, encontramos significación estadística comparando el porcentaje de EDA patológica en el grupo de 40 años (66%).

Conclusiones: Dados los resultados descritos, sugerimos la realización de EDA preoperatoria especialmente en aquellos pacientes sintomáticos, por encima de 40 años o que vayan a ser sometidos a una técnica que incluya una exclusión gástrica. Así pues, no encontramos justificación para la realización de EDA preoperatoria de forma sistemática, recomendando su realización en casos seleccionados.

220254. ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA HERNIA INGUINAL. COMPARATIVA ENTRE TÉCNICA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA

S Borrego Canovaca, F Almoguera González, F Aguilar del Castillo, L Tallón Aguilar, J Tinoco González, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: Las hernias inguinales forman parte de un grupo de debilidades de la pared abdominal que compromete tanto la zona inguinal como femoral. Respecto al manejo quirúrgico es conocido y confirmado así tras estudios que la colocación de malla está asociada a un menor tiempo quirúrgico, dolor postoperatorio, tiempo de estancia hospitalaria y tasa de reingresos. La tendencia temporal ha ido creciendo a favor al uso de técnica laparoscópica con respecto a la abierta.

El objetivo de este estudio es evaluar la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas y la morbilidad global en un corto período de tiempo en nuestro centro (30 días) comparando los pacientes intervenidos mediante cirugía laparoscópica y abierta determinando la influencia que desarrollan ambos abordajes.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo e inferencial en el cual se ha realizado el análisis de 2220 pacientes intervenidos de hernia inguinal programada tanto por vía laparoscópica como abierta entre 2011- 2021 en Hospital Virgen del Rocío de Sevilla por el Servicio de Cirugía de Pared Abdominal.

Se han tenido en cuenta determinadas variables como cola de estancia media, la necesidad de conversión intraoperatoria, traslado a UCI, reintervención o reingreso y el desarrollo posterior de colección intraabdominal o hematoma.

Para el análisis epidemiológico de los datos hemos usado el paquete informático de aplicación SPSS v 26.

Resultados: Se analizan hernias inguinales programadas de 2011-2021 intervenidas en nuestro servicio. El número total es de 2220 hernias inguinales de las cuales 1667 han sido por vía abierta (75%), 547 (24%) por abordaje laparoscópico y 6 (0,2%) por abordaje robótico. Media de estancia en días de 1.3 días con una desviación típica de 3.8 días. Valorando el porcentaje de cirugía laparoscópica año a año se ha pasado de un 6% (4 de 69) en 2011 a un 63% en el año 2021 (255 de 403) en un plazo de 10 años.

	ABIERTA	LAPAROSCÓPICA
Estancia media	1.33 +/- 4.11 días	0.94 +/- 1.92 días
Colección intraabdominal	4 (0.002%)	4 (0.007%)
Reingresos	11 (0.06%)	5 (0.009%)
Reintervención	14 (0.08%)	4 (0.007%)
Hematoma	18 (0.1%)	5 (0.009%)
UCI	2 (0.01%)	1 (0.001%)
Conversión	-	9 (0.016%)

Tabla 1

Resultados tras análisis estadístico de las complicaciones asociadas entre cirugía abierta y laparoscópica.

Conclusiones: Tras el análisis realizado se expone que el uso de la técnica laparoscópica para el tratamiento de hernias inguinales es cada vez mayor multiplicándose por 10 el número en nuestro Centro en 10 años convirtiéndose en la vía de elección de entrada con un alto nivel de evidencia recomendada debido a la menor morbilidad quirúrgica asociada.

220259. CIRUJANOS AL DÍA: UN NUEVO PROYECTO PARA COMPARTIR EXPERIENCIA QUIRÚRGICA A TRAVÉS DE INSTAGRAM

M Roldón Golet, CR Ramírez Plaza

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón, Málaga.

Introducción: Las nuevas tecnologías de la información y comunicación han revolucionado en la última década las estructuras docentes relacionadas con la Medicina. La incorporación de las redes sociales al mundo científico-médico define la llegada de la Salud 3.0. La cirugía no ha sido ajena a este cambio, asistiendo a una realidad virtual en la que los dispositivos electrónicos son los nuevos Madden, Skandalakis y Sabiston.

Material y métodos: La práctica del día a día nos presenta a los cirujanos detalles técnicos y experiencias que nos hacen pensar cuanto de interesante sería compartirlos con nuestros compañeros, residentes y, a veces, con una parte de la sociedad a la que se puede llegar con información básica. Sin embargo, las formas clásicas de aportación a la comunidad quirúrgica (cursos, congresos, publicaciones...) implican unos plazos de tiempo y adecuación del esfuerzo que con frecuencia no permiten poder dar este paso.

Resultados: Desde el Servicio de Cirugía General y Digestiva de Hospital Quirón Salud Málaga hemos querido usar los recursos de la inmediatez que el consumo de las redes sociales aporta para poder compartir la información quirúrgica que consideramos relevante para nuestros iguales a través de Twitter e Instagram, que son las redes que más consideramos que se adaptan al "Manual de buen uso y estilo de redes sociales para médicos" de la OMC. El proyecto se llama "Cirujanos al día", y vamos seleccionando casos clínicos y detalles técnicos para extraer los aspectos más significativos y hacer videos cortos con imágenes y videos a los que se añade un pequeño debate clínico, siempre sin superar los cinco minutos. Cada quince días, publicamos en Instagram un nuevo caso que luego adaptamos para su publicación en Twitter.

#CIRUJANOSALDÍA

Figura 1

Logo #Cirujanosaldía

Conclusiones: Estamos muy satisfechos de la respuesta inicial del proyecto, con una media de unas 350 visualizaciones y mucho "feedback" personal positivo recibido de forma directa de compañer@s de profesión. Creemos que aporta un valor añadido por el hecho de compartir nuestra experiencia de forma directa y casi a tiempo real y al mismo generamos un espacio de reflexión en el que la crítica externa y la autocritica tienen un rol esencial. Tras diez casos presentados, vamos a seguir adelante con el proyecto al que esperamos que con la visibilidad de congresos y reuniones como ésta, y basándonos en la casi universal adopción de las redes sociales como medio de comunicación para nuestros residentes y adjuntos jóvenes, nos permita poder aportar cada día nuestra experiencia y compartirla con más compañeros.

220263. CICATRIZ PATOLÓGICA QUELOIDEA DEFORMANTE EN EL CONTINENTE AFRICANO.

M Roldón Golet, P Muriel Álvarez, T Butrón, CP Ramírez Plaza

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón, Málaga.

Introducción: Un queloide es una cicatriz engrosada y elevada, siendo especialmente frecuente en los lóbulos auriculares, los hombros y el pecho. Los factores predisponentes conocidos son la raza negra, la edad menor de 30 años y el tener antecedentes familiares o personales de haberlos tenido. En su base fisiopatológica está la disfunción del colágeno, que prolifera en exceso y genera estas cicatrices tan típicas. De entre las distintas estrategias planteadas para evitar o minimizar su aparición, los cuidados de la herida y la inyección de corticoides en la herida tras su extirpación son las únicas que han demostrado eficacia.

Caso clínico: Se presentan tres casos de queloides gigantes y deformantes estéticamente de gran tamaño en dos mujeres jóvenes y un hombre, siendo la edad media de 26 y todos menores de 30 años y que han sido intervenidas en una campaña de cooperación quirúrgica internacional en Dangbo (Benín). Las localizaciones han sido en ambos lóbulos de la oreja en un caso tras perforación para aro de pendiente; en el cuello tras una exéresis previa de una verruga; y, en la cara posterior de un pabellón auricular tras una herida traumática inicial (ya intervenido en dos ocasiones del queloide). En todos los casos se ha realizado exéresis de todo el tejido patológico



Figura 1

Cicatriz queloide en lóbulo de oreja.



Figura 3

Cicatriz queloide en cuello.



Figura 2

Caso 1: Cara posterior del pabellón auricular.

y una reconstrucción plástica primaria tras inyección de los bordes las heridas con acetato de triamcinolona. El resultado estético ha sido satisfactorio y las heridas no han tenido complicaciones locales, quedando a la espera de la evolución a largo plazo.

Discusión: 1.- La cirugía de extirpación es el único tratamiento del queloide una vez que se ha establecido.

2.- Siempre va a ser precisa la reconstrucción alguna técnica de cirugía plástica o reconstructiva, motivo por el que es importante para el cirujano general tener conocimientos básicos de cirugía plástica; 3.- En las campañas de cooperación en África es muy frecuente encontrar este tipo de queloides, por lo que llevar corticoides inyectables de liberación lenta es siempre de mucha utilidad.

220267. MANEJO DE LOS TUMORES DE PARED ABDOMINAL, ¿CUÁNDO DEBEMOS INTERVENIR?

P Díaz Ríos, M Domínguez Bastante, FM Carbajo Barbosa, R Rejón López, A Mansilla Roselló

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

Introducción: Los tumores de pared abdominal pueden ser benignos o malignos, y primarios o metastásicos (alrededor del 50% cada grupo) aunque son poco frecuentes. Prácticamente cualquier tipo histológico puede asentarse en la pared abdominal, siendo la biopsia fundamental para el diagnóstico. El tratamiento dependerá del tipo de tumor: desde la observación hasta el tratamiento

sistémico o quirúrgico siendo la exéresis con márgenes libres el pilar fundamental en el tratamiento.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de tumor en pared abdominal desde enero de 2020 hasta marzo de 2022, analizándose las principales variables: sexo, edad, diagnóstico, intervención realizada, régimen de la intervención (hospitalización vs cirugía mayor ambulatoria), estancia tras la intervención y complicaciones postquirúrgicas.

DIAGNÓSTICO	SEXO	EDAD	INTERVENCIÓN	RÉGIMEN	ESTANCIA	COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS
Endometrioma	Mujer	42	Exéresis bajo marcaje con arpón	Hospitalización	0	No
Endometrioma	Mujer	47	Exéresis	CMA	1	No
Endometrioma	Mujer	37	Exéresis bajo marcaje con arpón	CMA	1	No
Endometrioma	Mujer	30	Exéresis y colocación de malla preperitoneal	CMA	0	No
Leiomioma	Mujer	44	Exéresis	CMA	0	No
Sarcoma	Hombre	72	Exéresis y colocación de malla preperitoneal	Hospitalización	23	No
Tumor desmoide	Mujer	19	Exéresis y colocación de malla preperitoneal	Hospitalización	5	No
Tumor desmoide	Mujer	43	Exéresis y colocación de malla preperitoneal	Hospitalización	2	No
Tumor desmoide	Mujer	65	Exéresis y separación anterior de componentes (TAR bilateral)	Hospitalización	7	No

Tabla 1

Principales variables analizada.

Resultados: Se incluyeron un total de 9 pacientes, todos ellos sometidos a intervención quirúrgica (exéresis o exéresis bajo marcaje con arpón asociada o no a técnicas de reconstrucción de pared abdominal).

La mayoría de los pacientes fueron mujeres (88,9%) con una media de edad global de 46 años (DS±20,280). La mayor parte de los tumores intervenidos fueron endometriomas (44,4%), encontrándose en segundo lugar el tumor desmoide (33,3%), seguidos del leiomioma y el sarcoma (11,1% cada uno) con una estancia media de 4,3 días (DS±7,416) tras la intervención. En el 55,6% de los pacientes se asoció a la exéresis la colocación de material protésico (malla de polipropileno). En el 22,2% de los casos se colocó también malla biosintética reabsorbible previa colocación de malla de polipropileno.

El manejo de estos pacientes en el 55,6% de los casos fue en régimen de hospitalización. No se observaron complicaciones postoperatorias en ninguno de los pacientes. Únicamente se ha objetivado recidiva en uno de los casos (con diagnóstico de leiomiomatosis peritoneal diseminada), asintomática y sin precisar más intervenciones quirúrgicas hasta el momento.

Conclusiones: Los tumores de pared abdominal suponen un desafío diagnóstico y terapéutico. La planificación del tratamiento requiere un abordaje multidisciplinar (comités de tumores, oncólogos, radiólogos, cirujanos generales, plásticos, patólogos, etc).

Resulta imprescindible valorar siempre el riesgo/beneficio entre las distintas opciones de tratamiento para conseguir los mejores resultados posibles. Según nuestra experiencia, a pesar de los avances existentes en el tratamiento sistémico, la resección quirúrgica con márgenes libres de tumor asociada o no a técnicas de reconstrucción de pared abdominal resulta primordial en el tratamiento de estos

pacientes ya que proporciona resultados favorables tanto oncológicos como funcionales (mejoría en la calidad de vida) y estéticos.

220273. CIRUGÍA DEL BOCIO GIGANTE GRADO IV EN CAMPAÑA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL: NUESTRA EXPERIENCIA.

M Roldón Golet¹, P Muriel Álvarez², T Butrón Vuka³, CP Ramírez Plaza¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón, Málaga.

²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, Lleida. ³Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El bocio multinodular es la patología endocrina más frecuente del mundo. Su prevalencia es aún mayor en zonas endémicas de deficiencia de Iodo como son los países de África occidental y subsahariana, en los que además es frecuente encontrar bocio grado IV estéticamente deformante que suele ser motivo de exclusión y aislamiento tribal para las mujeres. La cirugía es la única opción de tratamiento, siendo mucho más compleja técnicamente que las que realizamos habitualmente en nuestro medio y precisando, por ello, de cirujanos con experiencia y entrenamiento en cirugía endocrina cervical.

Material y métodos: Estudio observacional y descriptivo simple de los pacientes operados en la campaña quirúrgica de cooperación de la Fundación Cirujanos en Acción llevada a cabo en el Hospital Albergue del Amor Redentor de Dangbo (Benin) durante el periodo del 22 al 27 de mayo de 2022. La técnica quirúrgica utilizada para todos los tipos fue la tiroidectomía ajustada al tamaño del bocio y su localización, buscando siempre la preservación de los nervios recurrentes y de la mayor cantidad posible de tejido paratiroideo. Se ha empleado el sellador vascular Ligasure (Medtronic) y no se ha utilizado neuromonitorización del nervio laríngeo inferior en ningún caso. No se colocaron drenajes, de modo que las pacientes iniciaron la tolerancia al pasar a la zona de encame y se planteó el alta en menos de 24 horas.

Resultados: Se operaron un total de 38 pacientes, de los cuales en 22 casos se realizaron tiroidectomías totales (57,9%) y en 16 casos hemitiroidectomía e istmectomía (42,1%). La edad media de las pacientes fue de 34 años y el sexo dominante el femenino (94,7%). En cuanto a morbilidad, no ha habido ningún caso de hematoma asfíctico ni necesidad de reintervención, así como tampoco ningún síntoma de hipocalcemia registrado en el interrogatorio postoperatorio. La estancia postoperatoria fue de menos de 24 horas, siendo alta todas las pacientes a la mañana siguiente de la cirugía y se han registrado 5 episodios de disfonía de perfil recurrencial (13,15%).

Conclusiones: Cuando se hace por equipos bien entrenados y experiencia en cirugía endocrina, la cirugía del bocio gigante grado IV puede llevarse a cabo de forma segura y efectiva en las campañas de cooperación internacional cumpliendo en resultado con los estándares de calidad exigibles en nuestro medio.