

XVI Reunión de la ASAC

Comunicaciones videoforum

220010. A PROPÓSITO DE UN CASO: USO DE MALLAS PERINEAL Y PERIESTOMAL PROFILÁCTICA EN AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL LAPAROSCÓPICA

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

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

Introducción: La escisión abdominoperineal extraelevadora (ELAPE) ha permitido una disminución sustancial del margen de resección circunferencial y de la perforación intraoperatoria. También se asocia a un defecto perineal considerable que puede provocar un aumento de la morbilidad perineal. La hernia periestomal es una complicación común de la colostomía final cuya incidencia varía entre el 16 y el 57%.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 71 años diagnosticada de neoplasia de recto inferior, tratada inicialmente con radioquimioterapia neoadyuvante. Se realizó una ELAPE laparoscópica, se completó la transección del colon izquierdo guiada por verde de indocianina y se extrajo el extremo proximal a través de una malla cilíndrica sintética paraestomal (Dynamesch® -IPST, Feg-Textil, Aachen, Alemania) para crear un estoma final.

Se realiza una incisión perineal en forma de raqueta de tenis y la disección se lleva a cabo a lo largo de los bordes exteriores del esfínter externo y los músculos elevadores. Se entra en la cavidad abdominal por la parte posterior tras la transección del cóccix. El gran defecto perineal se reconstruye con una malla sintética (Ventralax®-MVX, BARD-BD, New Jersey, Estados Unidos) suturada a la pequeña parte restante de los músculos elevadores.



Discusión: La reconstrucción perineal después de la ELAPE laparoscópica es un reto importante, al igual que la prevención de la hernia periestomal. Nuestra técnica de ELAPE laparoscópica estandarizada con el uso rutinario de malla profiláctica paraestomal y perineal puede disminuir el riesgo de hernia paraestomal y perineal.

220085. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA, DEBUT DE LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL

M Ortega Castán¹, NS Ávila García², R Soler Humanes¹, JL Fernandez Serrano¹, DJ Morales García¹, LT Ocaña Wilhelmi¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra.

Introducción: Los liposarcomas constituyen los tumores retroperitoneales más frecuentes con ligero predominio en varones. La prueba de elección para el diagnóstico, la determinación del tamaño, la relación con estructuras vecinas y la estadificación es la tomografía computarizada. En los liposarcomas reseccables el tratamiento de elección sigue siendo la cirugía, beneficiándose además algunos pacientes de una terapia neoadyuvante con radioterapia asociada o no a quimioterapia.

Caso clínico: En el vídeo se expone el caso de un varón de 73 años diagnosticado de un liposarcoma de la cadena iliaca izquierda a raíz de una trombosis venosa profunda (TVP) en el miembro inferior izquierdo que compromete las venas iliaca externa y femoral común izquierdas. Para el tratamiento de la trombosis, a parte de la anticoagulación, colocan un filtro de vena cava y en un angioTC de control previo a su retirada evidencian una masa de 6,5x5cm en cadena iliaca izquierda que engloba vasos y uréter distal y contacta con músculo psoas. La biopsia es compatible con liposarcoma desdiferenciado grado 2, Ki67 20%. Se presenta en comité multidisciplinar de sarcomas decidiendo RTQT neoadyuvante, embolización de tronco hipogástrico izquierdo

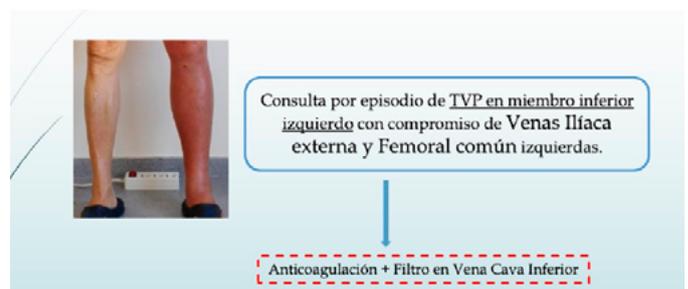


Figura 1

Caso clínico: Varón de 73 años hipertenso, dislipémico y con HBP.



Figura 2

Angio-TC.

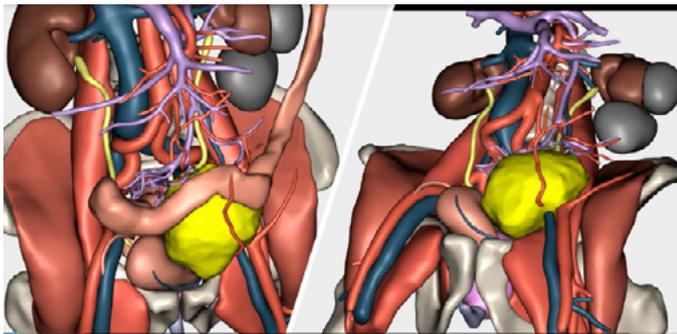


Figura 3

Reconstrucción 3D.



Figura 4

Tiempo intestinal.

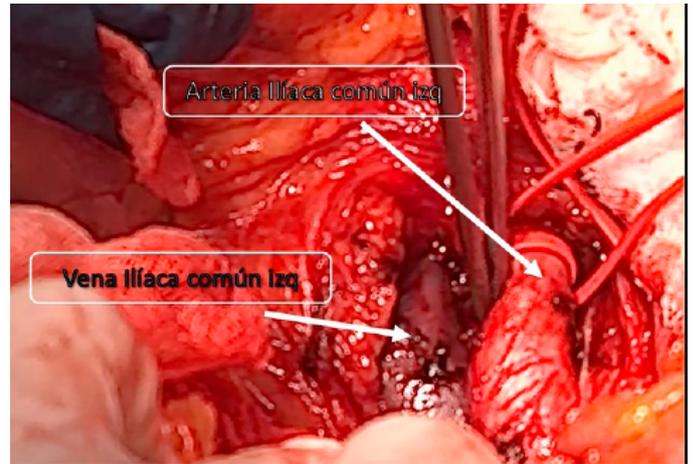


Figura 5

Tiempo vascular.

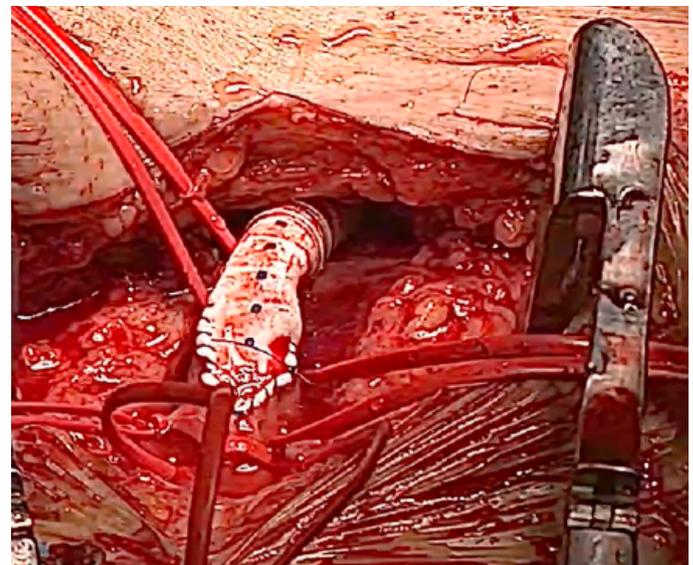


Figura 6

Tiempo vascular: bypass.

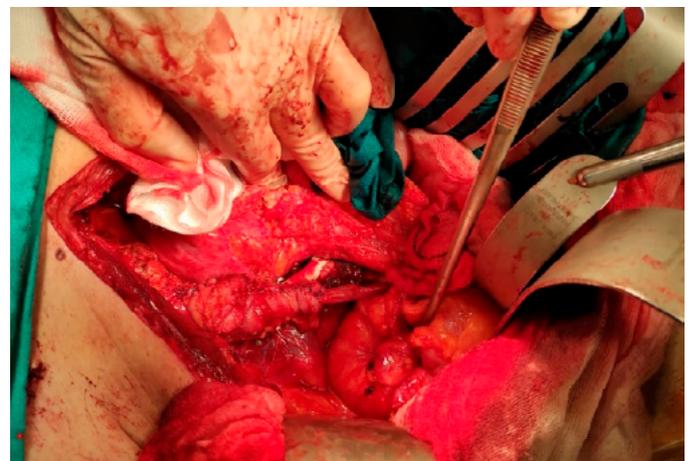
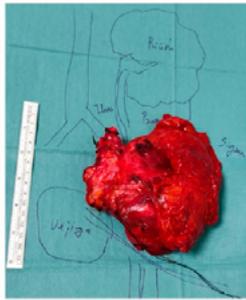


Figura 7

Tiempo urológico.

vía endovascular con coils y cirugía R0 por parte del servicio de Cirugía General, Cirugía Vascular y Urología. Se exponen en el video los pasos fundamentales de la intervención: resección en bloque del liposarcoma, incluyendo sigma, cordón espermático izquierdo y uréter distal izquierdo (unos 8cm), bypass ilio-femoral con PTFE, colostomía terminal y plastia vesical tipo Boari. La anatomía patológica fue concordante con la biopsia.

Discusión: Es necesaria una adecuada planificación en la terapia neoadyuvante y en la estrategia quirúrgica por equipos multidisciplinares en centros de referencia ya que es crucial a la hora de conseguir nuestro objetivo: una cirugía R0, con menor riesgo de recidiva local y aumento en la supervivencia del paciente.



Masa tumoral de 9 x 9 x 7 cm.
Liposarcoma desdiferenciado grado 2.
 Tumor residual 32%. Necrosis 20%.
 Márgenes de resección no afectados.

Figura 8
 Pieza quirúrgica.

hallazgos compatibles con hepatocarcinoma. Los marcadores de AFP fueron de 3,8ng/ml.

Se presentó en comité de trasplantes y se decidió resección hepática.

El abordaje fue laparoscópico. Los hallazgos intraoperatorios fueron: hígado cirrótico y una lesión en el segmento VII de 5 cm que había aumentado de tamaño con respecto al último estudio de imagen, apoyado sobre el pedículo posterior y rama del segmento VII de la vena suprahepática. Se empleó el verde indocianina (ICG). Se realizó una seccionectomía posterior derecha anatómica con disección pedicular. Fue necesaria la utilización de maniobra de Pringle, sin presentar repercusión hemodinámica.

El postoperatorio evolucionó favorablemente, sin presentar complicaciones. Fue dado de alta al 4º día sin complicaciones en el postoperatorio.

El resultado anatomopatológico fue de carcinoma hepatocelular moderadamente diferenciado de 5cm, con patrón trabecular y áreas de necrosis (30%), con invasión linfovascular de pequeño vaso. Los bordes de resección libres de tumor. pT2N0M0.

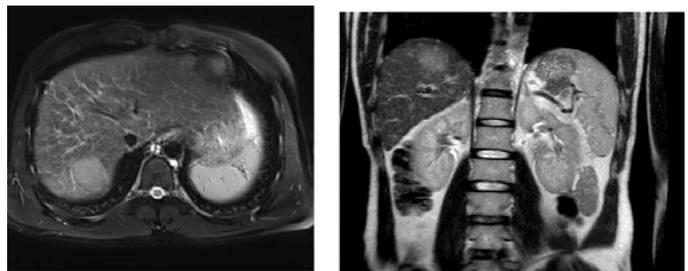


Figura 1
 RMN hepática: Hepatocarcinoma.



[Acceder al vídeo](#)

220089. SECCIONECTOMIA POSTERIOR DERECHA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CIRRÓTICO

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

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

Introducción: El hepatocarcinoma es la principal indicación de cirugía hepática en pacientes cirróticos. El único tratamiento potencialmente curativo es la resección hepática o el trasplante hepático.

Caso clínico: Presentamos un varón de 35 años, natural de Mali, con antecedentes personales de cirrosis hepática por VHB en tratamiento con tenofovir, con DNA indetectable sin datos de hipertensión portal ni descompensaciones. Child A5. MELD 6. Exbebedor desde hacía 7 años.

Durante el seguimiento en consulta de aparato digestivo se detecta una lesión hepática compatible con hepatocarcinoma.

Se detecta en una resonancia magnética un hígado con signos de hepatopatía crónica y una lesión focal en el segmento VII de 4,2 x 3,5 con hipercaptación en fase arterial y lavado precoz en fase portal,



[Acceder al vídeo](#)

Discusión: En pacientes cirróticos es importante realizar una exhaustiva evaluación de la función hepática para decidir realizar una resección dado el mayor riesgo de mortalidad y complicaciones graves en el postoperatorio, como insuficiencia hepática, sangrado e insuficiencia renal.

El desarrollo de la cirugía hepática laparoscópica ha permitido el acceso a la resección hepática a este grupo de pacientes, puesto que se ha demostrado su viabilidad, seguridad y ventajas en comparación con la cirugía abierta como menos dolor, morbilidad, estancia hospitalaria más corta y con resultados oncológicos comparables.

Si bien, en pacientes con hepatopatía crónica, se recomienda realizar hepatectomías limitadas, en este caso se decidió resección anatómica por estar apoyado el tumor sobre el pedículo posterior, evitando dejar tejido desvitalizado que pudiera ser origen de complicaciones durante el postoperatorio.

220093. HEPATECTOMIA DERECHA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON HÍGADO QUIMIOTÓXICO

M Pérez Reyes, B Sánchez Pérez, JA Pérez Daga, P Fernández Galeano, F Botello García, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Los esquemas de quimioterapia han permitido la posibilidad de cirugía de rescate a pacientes con metástasis inicialmente irresecables.

Caso clínico: Paciente de 61 años con antecedentes de HTA. Historia oncológica de adenocarcinoma de unión recto-sigma estadio IV (metástasis hepáticas).

Al diagnóstico se realizó TAC toraco-abdominal que informó neoplasia de sigma y metástasis hepáticas múltiples. Las biopsias por colonoscopia fueron de adenocarcinoma infiltrante (mutación KRAS+). Los marcadores tumorales fueron CEA:5,64ng/mL y Ca19.9:104,3 U/mL.

Se presentó en comité oncológico y se decidió quimioterapia paliativa. Tras recibir 8 ciclos de FOLFOX-Bevacizumab, se repitió el TAC abdominal objetivando progresión de enfermedad por lo que se decidió segunda línea de tratamiento (FOLFIRI-Aflibercept). Al finalizar el 10º ciclo, se realizó un TAC que informaba de una lesión hepática en segmento VII de 12,5mm (previamente: 21mm) y quistes hepáticos simples (previamente informados como metástasis). Se completó el estudio con RMN que informó dos lesiones hepáticas en segmento VIII de 20,5mm(previo:18mm) y 25,5 mm(previo:25mm) y una lesión en segmento VII de 16mm (previo: 14,5mm).

Se presentó en comité, observando que la enfermedad era resecable. Como el paciente estaba asintomático a nivel digestivo se decidió terapia inversa realizando primero la cirugía hepática.

Los hallazgos intraoperatorios fueron: dos metástasis en el segmento VIII, una de 2cm apoyada sobre el confluente portal, y otra de 25mm con extensión al segmento V y una metástasis en el segmento VII de 16mm. Se realizó hepatectomía derecha laparoscópica.

El postoperatorio evolucionó favorablemente, solo destacar insuficiencia hepática grado A en base a datos analíticos. Posteriormente ingresó por insuficiencia hepática manejada de forma conservadora con buena evolución.

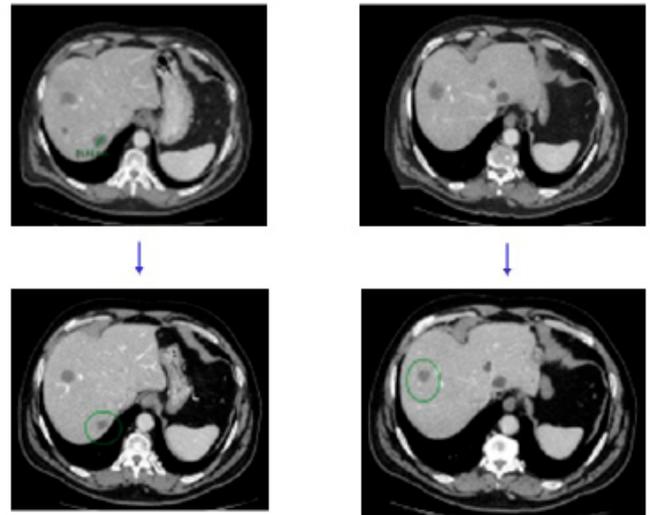


Figura 1 Metástasis hepáticas: imágenes superiores previo a neoadyuvancia e inferiores posterior a neoadyuvancia.



[Acceder al vídeo](#)

La anatomía patológica informó metástasis por adenocarcinoma colónico pobremente diferenciado multifocal.

Discusión: En pacientes con tumor primario asintomático y metástasis hepáticas irresecables, lo más aconsejable es comenzar con quimioterapia de conversión y si la enfermedad hepática se vuelve resecable, realizar primero la cirugía hepática y después la colorrectal.

Sin embargo, la quimiotoxicidad hepática conlleva un mayor riesgo quirúrgico y mayor morbimortalidad postoperatoria debido a la insuficiencia hepática. Los efectos adversos pueden ser desde alteraciones leves a esteatosis hepática, pseudocirrosis, síndrome de obstrucción sinusoidal, esclerosis biliar, necrosis hepática y trombosis portal, estos dos últimos menos frecuentes. Por ello la resecabilidad de las metástasis hepáticas debe ser valorado por un cirujano experto de hepatobiliopancreático, para asegurar correctamente un remanente hepático funcional del 30-40% en pacientes con hígado tóxico por la quimioterapia.

220106. HEPATECTOMIA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA CON DISECCIÓN PEDICULAR EXTRAGLISSONIANA

M Pérez Reyes, B Sánchez Pérez, JA Pérez Daga, P Fernández Galeano, R Pérez Rodríguez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La resección hepática anatómica mediante el aislamiento del pedículo extraglissonianos es un procedimiento seguro.

Caso clínico: Paciente de 61 años sin antecedentes de interés, con historia oncológica de neoplasia de sigma-recto superior estadio IV por metástasis hepáticas. En el TAC al diagnóstico presentaba una neoplasia de la unión recto sigmoidea uropatía obstructiva por atrapamiento de uréter derecho y lesión hepática en segmento IVa de 5,1x3,8cm hipodensa compatible con metástasis.

Se presentó en comité oncológico, y, como el tumor primario estaba asintomático, se decidió iniciar tratamiento neoadyuvante, seguido de cirugía del tumor primario y posteriormente cirugía hepática.

Tras 4 ciclos con XELOX se realizó un nuevo TAC que mostraba disminución del engrosamiento parietal con reducción de la masa tumoral y del tamaño de las adenopatías, así como disminución de la lesión hepática, con tamaño de 3,3cm. Los marcadores tumorales fueron CEA 5,67ng/mL y Ca19.9 62U/mL. Se intervino del primario, realizando resección anterior laparoscópica y resección del uréter derecho con reimplante del mismo. El postoperatorio fue favorable. Al mes de esta intervención se realizó un nuevo TAC observando disminución del tamaño de la metástasis hepática, con tamaño de 2,7cm y quiste simple en segmento III. Los marcadores tumorales fueron CEA 0,53ng/mL y Ca 19.9 19,4U/mL. Se intervino por laparoscopia, realizando una hepatectomía izquierda anatómica con disección pedicular extraglissonianos con necesidad de maniobra de Pringle.

El postoperatorio evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al tercer día sin presentar complicaciones.

La anatomía patológica fue de metástasis de adenocarcinoma de origen colorrectal con cápsula hepática libre de neoplasia.

Posteriormente recibió 4 ciclos de XELOX postoperatorio, presentando buena evolución.

Discusión: Basándonos en la descripción de Sugiyoka, es conocido un plano virtual entre los pedículos glissonianos, rodeados por la cápsula de Glisson, y el parénquima hepático, rodeado por la cápsula de Laennec, que permite acceder a este espacio, rodear los pedículos glissonianos y clamparlos sin tener que acceder al tejido hepático y así evitar la destrucción parenquimatosa. Existen unas "puertas" de acceso al hígado que permitirán rodear el pedículo glissoniano posterior derecho, anterior derecho o izquierdo.

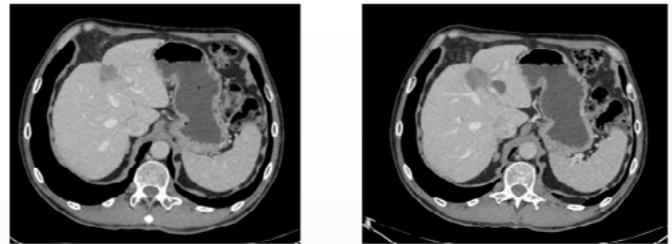


Figura 1

Fig 1a TAC ABD y Fig 1b TAC ABD: ambas muestran la lesión hepática metastásica y la 1b también muestra un quiste hepático.



220111. SEGMENTECTOMÍA ROBÓTICA S4B

MS Álvarez Escribano¹, LC Hinojosa Arco¹, M Ortega Castán¹, N Tapia Durán¹, P González Rojo¹, M Abu Hilal²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Internacional.

Introducción: El colangiocarcinoma es la segunda neoplasia hepática primaria más común después del hepatocarcinoma. Se clasifica en intrahepático y extrahepático (este último a su vez dividido en extrahepático distal y perihiliar o tumor de Klatskin). El colangiocarcinoma intrahepático es aquel que se origina en los ductos biliares dentro del parénquima hepático. Es una enfermedad agresiva que a menudo se relaciona con un mal pronóstico. Sin embargo, la resección quirúrgica completa, incluyendo una linfadenectomía del hilio hepático, es la opción de tratamiento que ofrece la mejor esperanza de supervivencia a largo plazo.

Caso clínico: Paciente de 67 años, hipertensa y fumadora, es estudiada por estreñimiento crónico. En la ecografía se detecta una lesión hepática, por lo que se realiza una tomografía computerizada y una resonancia magnética, identificándose una lesión de 3cm en el segmento IV. La biopsia hepática informa de neoplasia de vía biliar compatible con colangiocarcinoma intrahepático. La paciente se intervino con realización de una segmentectomía robótica del S4b

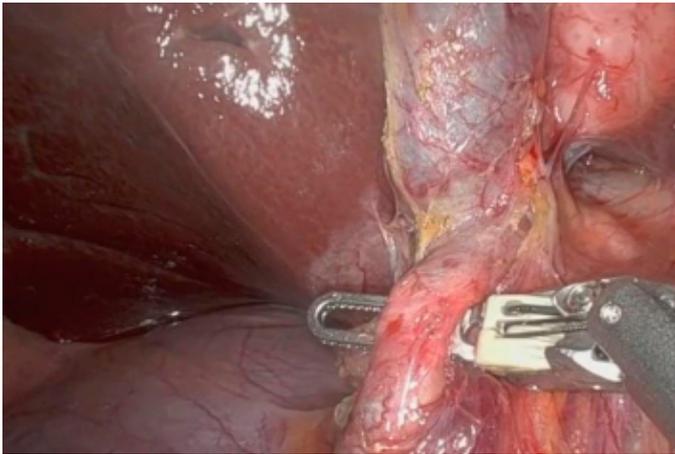


Figura 1

Identificación VB.

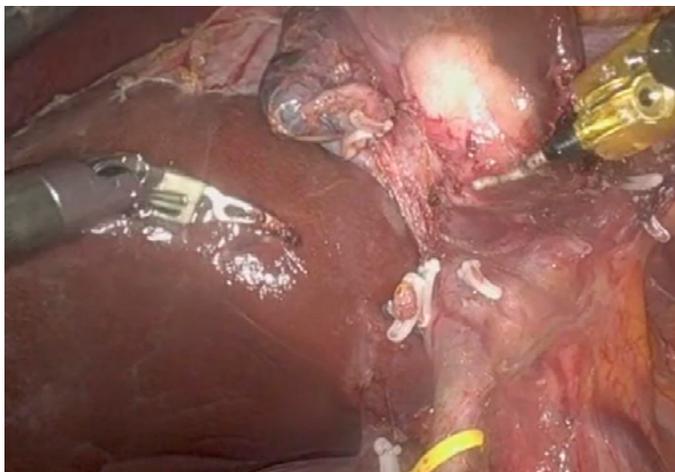


Figura 2

LOE S4b.



Figura 3

Linfadenectomía pedículo hepático.

con linfadenectomía del pedículo hepático y fue dada de alta sin incidencias a las 48 horas.

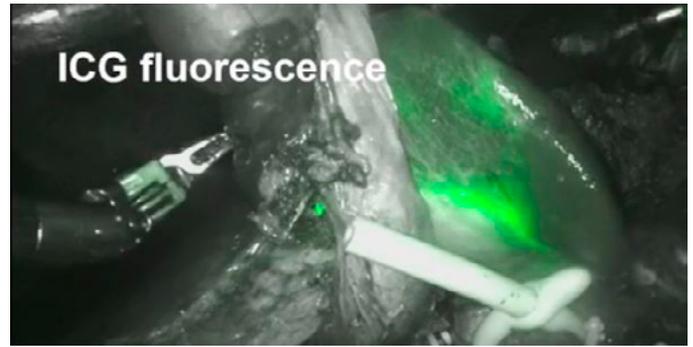


Figura 4

Verde de Indocianina.



[Acceder al vídeo](#)

Discusión: Los colangiocarcinomas son un grupo heterogéneo de tumores que se originan en el epitelio biliar. Aunque suponen el 3% de las neoplasias gastrointestinales, presentan gran importancia debido a su heterogeneidad y distinta forma de abordaje en función de su localización. De esta forma, el manejo de esta patología puede suponer un desafío, debido en parte a la falta de tratamientos efectivos en caso de que se diagnostique en fases avanzadas de la enfermedad. Una correcta valoración preoperatoria será clave para decidir quiénes pueden beneficiarse del tratamiento quirúrgico. Las tasas más altas de supervivencia se han observado con los tratamientos multimodales que incluyen cirugía, quimioterapia y radioterapia.

La cirugía mínimamente invasiva se encuentra en auge y es una opción dentro del tratamiento de estos tumores, fundamentalmente en el colangiocarcinoma intrahepático. Dentro de ella, la cirugía robótica se está consolidando como una alternativa con resultados oncológicos comparables a la laparoscopia o la cirugía abierta. Además de aportar los mismos beneficios que la laparoscopia respecto a recuperación temprana y alta precoz, ofrece la ventaja de una mayor precisión quirúrgica eliminando el temblor y reduciendo la fatiga. Esto se puede apreciar en el video que se presenta, en el cual la localización de la lesión, que precisa identificación y disección de estructuras del hilio hepático y la placa hiliar, supone un reto que puede conseguirse gracias a las ventajas de este abordaje.

220130. TÉCNICA QUIRÚRGICA PLASTRÓN APENDICULAR: CIRUGÍA URGENTE VS. DIFERIDA

AI Fernández Sanchez, R Pérez Rodríguez, L Romacho López, I Cabrera Senra, AJ González Sánchez, JM Aranda Narváez

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

Introducción: La apendicitis aguda es una de las emergencias quirúrgicas más frecuentes, con una mayor incidencia entre los 7 y los 30 años. Entre un 6% y un 25% del total de apendicitis agudas son complicadas. Hasta ahora, el manejo de elección era antibiótico asociado a drenaje percutáneo cuando era necesario, con una tasa de éxito muy elevada. En las últimas guías, se propone el manejo quirúrgico laparoscópico en manos expertas siempre que sea posible.

Caso clínico: Hemos recogido 4 casos clínicos, tres pacientes intervenidos de manera urgente por plastrones apendiculares realizándose apendicectomías laparoscópicas dificultosas; tres pacientes diagnosticados de plastrón apendicular que se manejaron de forma no operatoria con ATB y drenaje percutáneo en dos de ellos, dándose de alta tras resolución, realizándose apendicectomías de intervalo diferidas, con muy buena evolución postquirúrgica.

PLASTRÓN APENDICULAR			
EDAD	TTO	ESTANCIA PO	MORBILIDAD
1. 18	Apendicectomía LPS	5 días	No
2. 90	Apendicectomía LPS	14 días	Fracaso renal
APENDICECTOMÍA DE INTERVALO			
EDAD	TTO	ESTANCIA PO	MORBILIDAD
1. 21	ATB+drenaje percutáneo+apendicectomía intervalo	< 24h	No
2. 35	ATB+apendicectomía de intervalo	24h	No

Figura 1

Casos clínicos plastrón apendicular vs. apendicectomía diferida. Edad, estancia postoperatoria y morbilidad.



[Acceder al vídeo](#)

Discusión: El manejo antibiótico asociado o no a drenaje percutáneo del plastrón apendicular es seguro y con buenos resultados, evitando la morbilidad relacionada con una apendicectomía técnicamente

compleja con mayor riesgo de fistula intestinal iatrogénica. Una vez resuelto el cuadro agudo, la apendicectomía diferida debe realizarse a partir de los 6 meses del episodio, con una estancia postquirúrgica mucho menor y tasa de morbilidad muy baja. El régimen de CMA es posible en estos pacientes.

220148. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. NEOPLASIA DE RECTO COMPLICADA.

AI Fernández Sánchez, J González Cano, AJ González Sánchez, L Romacho López, I Cabrera Senra, JM Aranda Narváez

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

Introducción: Un tercio de los pacientes con cáncer de colorrectal se presentará de manera urgente con un tumor complicado, una situación de alta mortalidad que implica, además, un peor pronóstico a largo plazo. La oclusión y la perforación son las formas más frecuentes de complicación.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente de 63 años sin antecedentes de interés diagnosticado en marzo de 2021 de un ADC de recto superior-sigma estadio IV por enfermedad metastásica hepática, peritoneal y adenopática. Se presentó en comité oncológico decidiéndose QT paliativa. Ingresa en oncología médica por cuadro constitucional progresivo y deposiciones diarreicas (>30 veces /24h). Durante el ingreso presenta deterioro clínico asociado a fiebre, se realiza TAC abdominal urgente objetivándose complicación del tumor con absceso no drenable.

PC:

-Colonoscopia (marzo): formación polipoidea de aspecto vellosa desde los 6 cm, se puede progresar hasta los 10 cm, objetivando masa estenosante estenosante y ulcerada de consistencia dura.

-TAC (ingreso): neoplasia de recto abscesificada con colección de 5x2 cm en pelvis delante del recto no drenable. Infiltración de la grasa mesorrectal con adenopatías y LOEs hepáticas múltiples.

Se decide resección anterior baja (RAB) vía laparoscópica con colostomía terminal, compleja técnicamente. Se objetiva apertura del muñón rectal, realizando un cierre con sutura barbada. El paciente es dado de alta sin complicaciones.

Discusión: La capacidad de curación de la cirugía del cáncer colorrectal complicado, depende entre otros factores, de la radicalidad de la resección realizada.

El tratamiento quirúrgico, es posible mediante abordaje laparoscópico; una vía a tener en cuenta si es llevada a cabo por cirujanos expertos, segura oncológicamente y con las ventajas que aporta la cirugía mínimamente invasiva.



220156. PANCREATECTOMÍA DISTAL SEGÚN LA TÉCNICA "CLOCKWISE": ABORDAJE LAPAROSCÓPICO VERSUS ROBÓTICO

B Rufián Andújar, F Valenzuela Molina, JM Sánchez Hidalgo, L Rodríguez Ortiz, S Rufián Peña, FJ Briceño Delgado

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Las Pautas de Miami de 2020 para la resección mínimamente invasiva del páncreas postulan que tanto la pancreatectomía distal laparoscópica como la robótica son enfoques seguros. Los estudios sugieren resultados comparables en términos de morbilidad general, complicaciones posquirúrgicas y resultados oncológicos.

La técnica "clockwise", descrita por Asbun en 2011, es un proceso paso a paso simplificado en el que primero se expone ampliamente el páncreas facilitando la elección del sitio de la transección, la creación de un túnel retropancreático, la transección pancreática y la movilización del páncreas para su posterior extracción. Esta técnica puede aplicarse para todas las lesiones del cuerpo y cola del páncreas y modificarse según la sospecha de malignidad o invasión peripancreática según sea necesario. Los resultados en diferentes series confirman las ventajas de este abordaje.

Caso clínico: En este trabajo pretendemos comparar el abordaje laparoscópico versus el robótico de la pancreatectomía distal, realizada en dos casos clínicos similares utilizando la técnica "clockwise". Podemos visualizar la factibilidad de esta técnica en ambos enfoques y las diferencias encontradas en sus cinco pasos.

En nuestro centro se realizaron 24 procedimientos según la técnica "clockwise", diez robóticos y catorce laparoscópicos. Dos de ellos necesitaron conversión a cirugía abierta, uno de cada abordaje. La mediana de tiempo operatorio fue de 194 min y la mediana de estancia hospitalaria fue de 6,6 días. Las tasas de morbilidad mayor y de fístula pancreática fueron del 4 % y el 20% (incluidos los grados A a C), respectivamente. Los márgenes fueron negativos en los 24 pacientes.

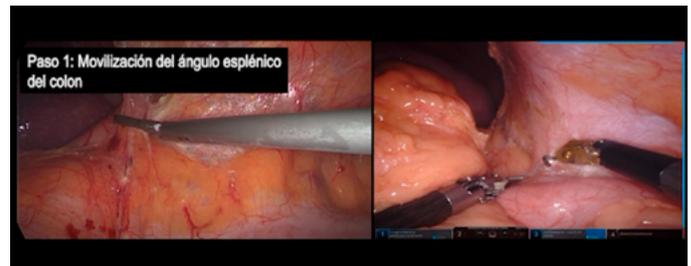


Figura 1

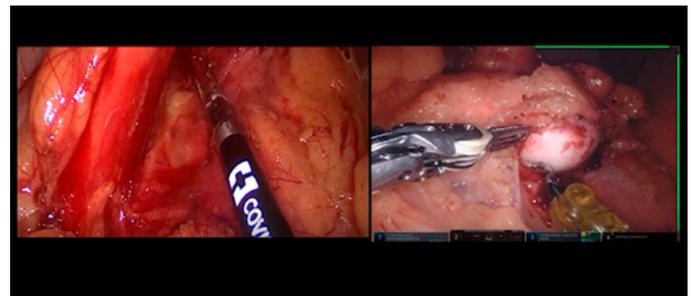


Figura 2



Figura 3

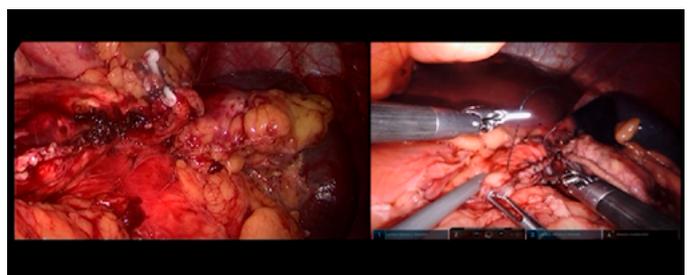


Figura 4

Discusión: La pancreatectomía distal robótica puede ofrecer mayor comodidad en términos de ergonomía del cirujano, mejor visión y precisión. Se requieren estudios aleatorizados de mayor tamaño para evaluar las posibles diferencias entre estos dos enfoques.



220165. EXTIRPACIÓN DE LEIOMIOMA DEL ESFÍNTER ANAL INTERNO

F Aguilar del Castillo, A García León, ML Reyes Díaz, I Ramallo Solís, RM Jiménez Rodríguez, S Dios Barbeito, F de la Portilla de Juan, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: El leiomioma es un tumor que deriva de las fibras musculares lisas, su ubicación en el canal anal es excepcional. Presentamos el abordaje de un leiomioma del canal anal.

Caso clínico: Mujer de 49 años derivada a nuestras consultas de coloproctología por incontinencia fecal y proctalgia resistente a tratamiento conservador, aporta resonancia nuclear magnética que objetiva dos lesiones en el espesor del esfínter anal interno compatibles con leiomiomas.

A la exploración, se objetiva presencia de hipotonía del esfínter anal y se palpa una úlcera en cara posterior del canal anal.

Se completa el estudio diagnóstico realizándose una ecografía endoanal 3D que objetiva una úlcera posterior y dos lesiones hipoeoicas en el espesor del esfínter anal interno compatibles con leiomiomas, uno en canal anal posterior izquierdo y otro medial derecho. Se solicitó marcadores tumorales y serologías para sífilis, VIH y gonococo que resultaron negativas.

Se indicó intervención quirúrgica para la exéresis de las lesiones. Se abordó la intervención por vía perianal realizándose la extirpación completa de las lesiones sin rotura de la cápsula. En la lesión ulcerosa se realizó legrado, toma de biopsia y aproximación de los bordes.

El postoperatorio de la paciente transcurre sin incidencias siendo alta hospitalaria en el tercer día postoperatorio.

En la revisión al mes de la intervención, la paciente persiste con una incontinencia leve y refiere presentar ligeras molestias al defecar en proceso de resolución.

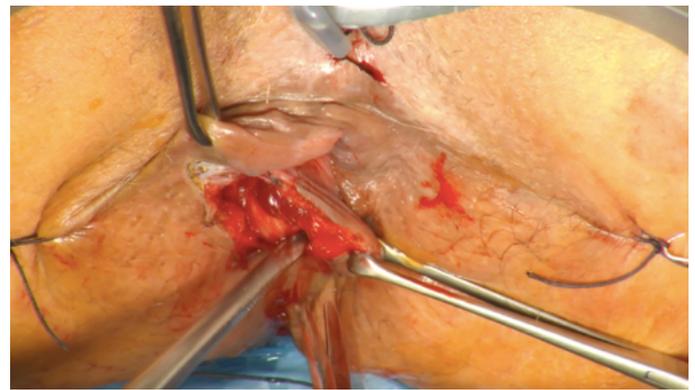


Figura 1

Visión intraoperatoria de la disección realizada en masa de canal anal derecho.

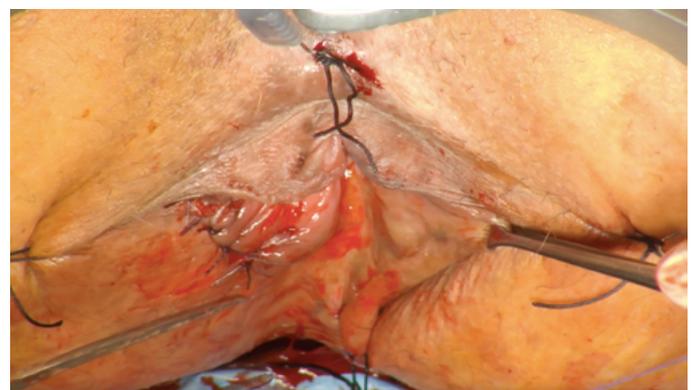


Figura 2

Visión intraoperatoria de lesión en canal anal izquierdo.

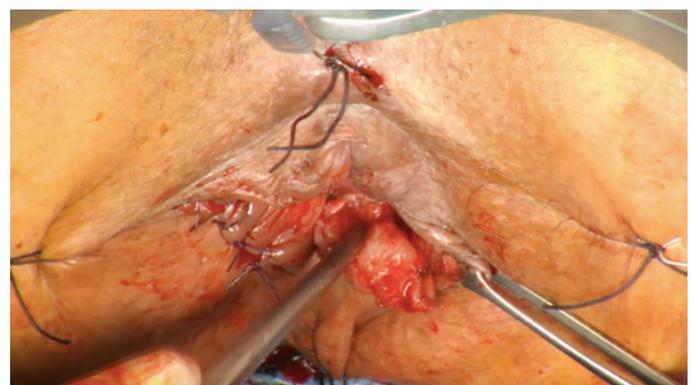


Figura 3

Visión intraoperatoria de la disección de la lesión de canal anal izquierdo.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico histológico de leiomioma.

Discusión: El leiomioma es un tumor mesenquimal, de comportamiento benigno desarrollado a expensas de las fibras musculares lisas.



Se presenta con mayor frecuencia entre los 40-60 años y en el sexo masculino. Sin embargo, en la localización recto-anal, como es el caso presentado, predomina el sexo femenino y se asocian a peor pronóstico.

Estos tumores son infrecuentes dentro del tracto gastrointestinal, siendo la localización más habitual el estómago. La localización anorrectal es algo extraordinario y se caracterizan por ser más agresivo.

Suelen manifestarse como un nódulo palpable y asintomático. A medida que aumenta de tamaño, la sintomatología es variada comprendiendo desde dolor, alteraciones del tránsito, prurito o tenesmo.

La ecografía endoanal y la resonancia magnética son actualmente herramientas claves para el diagnóstico.

El tratamiento es quirúrgico y se debe garantizar la eliminación completa del tumor, siendo fundamental evitar la rotura de la cápsula, puesto que condicionaría recidiva y mayor riesgo de malignización.

220171. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA DE RICHTER

F Botello García, R García Martín, L Romacho López, C Sánchez González, E Ferre Ruiz, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: La hernia de Richter es un tipo de hernia incarcerada que se caracteriza por la protrusión parcial de un asa intestinal y que afecta a su borde antimesentérico. Es una hernia infrecuente, que supone menos del 1% del total, pero que alcanza el 14% de hernias estranguladas. El segmento de intestino más afectado es el íleon terminal. Relacionada con mayor tendencia a la isquemia intestinal, precisa resección intestinal en un 50% de los casos, por lo que su diagnóstico, que es eminentemente clínico, y tratamiento quirúrgico precoz es fundamental.

Caso clínico: Mujer de 75 años que acude a Urgencias por distensión abdominal, vómitos, ausencia de tránsito y dolor a nivel inguinal derecho de 4 días de evolución. A la exploración presentaba un abdomen distendido, timpánico, sin dolor, y una hernia crural derecha incarcerada.

La analítica mostraba un deterioro de la función renal y una elevación de Proteína C Reactiva de 121 mg/L; y el TC de abdomen con contraste que se le realizó informaba como cuadro de obstrucción intestinal secundario a hernia crural incarcerada, sin signos de sufrimiento de asas, decidiéndose intervención quirúrgica urgente.

Se inició la cirugía mediante abordaje inguinal abierto, hallando contenido graso epiploico en el saco herniario. Ante el cuadro obstructivo y la ausencia de contenido intestinal a nivel herniario que lo justificara, se asumió la reducción del mismo durante la inducción anestésica, por lo que se decidió hernioscopia para valoración de la viabilidad intestinal.

Presentaba una dilatación importante de asas intestinales y, en fosa iliaca derecha, un asa con hematoma de pared que no era posible visualizar completamente. Se colocó un trócar accesorio a nivel umbilical para conseguir una valoración completa, apreciando un segmento de íleon distal con hematoma de pared sugestivo de hernia de Richter, coincidiendo con el punto de cambio de calibre de las asas intestinales. Finalmente, la hernioplastia fue realizada con un plug de polipropileno.

Fue dada de alta al octavo día postoperatorio sin incidencias.



Figura 1 TC Abdomen (corte transversal).

Discusión: La exploración física exhaustiva, incluyendo regiones inguinales, en un paciente con un cuadro obstructivo es fundamental, con el fin de descartar una hernia inguino-crural complicada. La visualización intraoperatoria del asa intestinal afecta es imprescindible para valorar su viabilidad. Si se produce la reducción espontánea previo a la apertura del saco herniario, es obligatoria una exploración de la cavidad abdominal para descartar una complicación, siendo la laparoscopia una alternativa útil en estos casos.

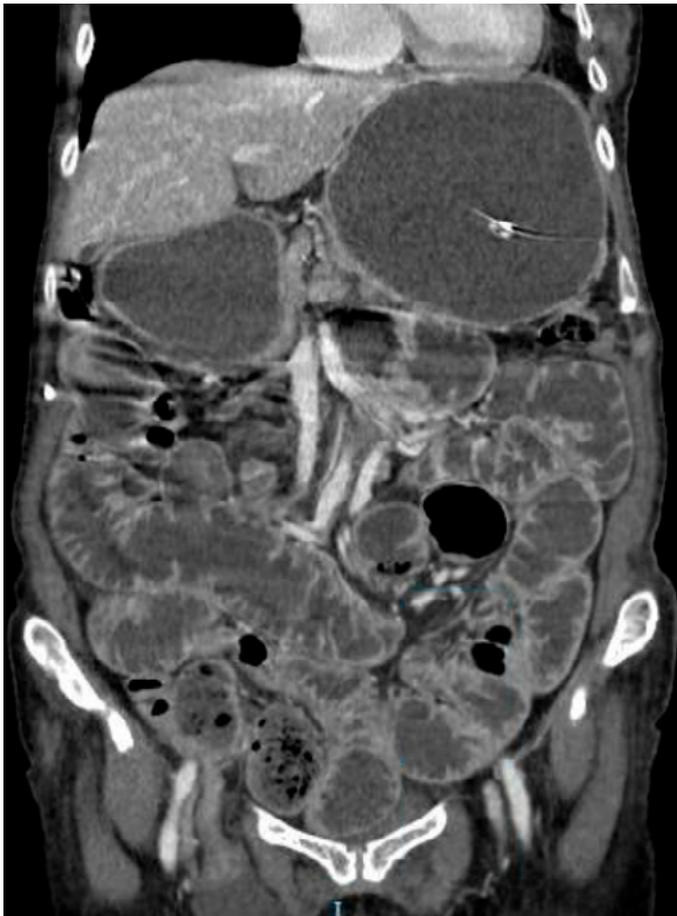


Figura 2

TC Abdomen (corte coronal).



[Acceder al vídeo](#)

220178. DEBUT INUSUAL DE LIPOMA GÁSTRICO ULCERADO TRAS HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Y Mokachir Mohsenin, F Medina Cano, L Arrebola Luque, I Pérez Mesa, SJ Ahumada Etchepareborda, M Carranque Romero, N Gándara Adán

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospital Costa del Sol, Marbella.

Introducción: El lipoma gástrico (LG) es una tumoración benigna poco frecuente, representando menos del 1% de la totalidad de tumores gástricos, que se localizan principalmente en yeyuno, íleon y colon.

La mayoría son asintomáticos, pero en casos de LG grandes (≥ 3 cm), destacan la hemorragia digestiva secundaria a la ulceración tumoral, obstrucción gástrica o incluso intususcepción.

El objetivo es presentar una resección completa mediante laparoscopia y gastrostomía para su exéresis, de un debut inusual de un lipoma gástrico ulcerado como hemorragia masiva con shock hemodinámico a partir de un caso.

Caso clínico: Varón de 59 años con antecedentes de tumoración gástrica benigna conocida desde 2020. Ingresa en Urgencias por síncope junto a cuadro de mareos, taquicardia e inestabilidad hemodinámica tras hemorragia digestiva alta, asociando fractura de tobillo secundaria a pérdida de consciencia.

Se realiza gastroscopia donde se observa abundante contenido hemático que se aspira. En cara anterior de antro gástrico se visualiza lesión subepitelial de 3cm que presenta una ulceración grande(12mm) en su cúspide. En su borde superior derecho se aprecia pequeño vaso con sangrado activo, precisando de adrenalina, clips y polvo hemostático con buen resultado.

En la TAC de abdomen se observa tumoración de estirpe aparentemente lipomatosa a nivel de antro de 4,5cm con discreto aumento de tamaño con respecto a estudio previo, que asocia úlcera de gran tamaño comunicándose con cámara gástrica.

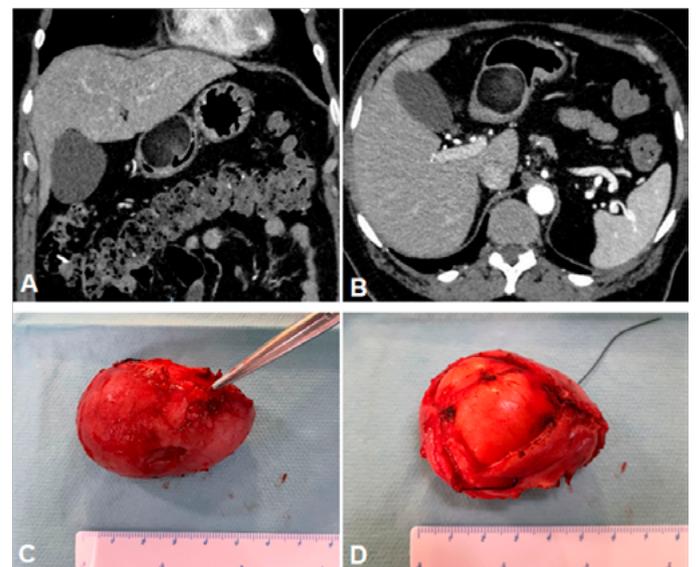


Figura 1

Dado la evolución clínica y radiológica se realiza una laparoscopia en la que se aprecia la lesión sub-mucosa descrita a nivel de cara anterior de antro gástrico, decidiéndose resección completa de la misma en lugar de enucleación, dada la ausencia de diagnóstico histológico previo, resultando el diagnóstico anatomopatológico definitivo de "lipoma submucoso con necrosis grasa, proliferación vascular reactiva y fibrosis sin evidencia de neoplasia".



Discusión: El LG es un tumor benigno y poco frecuente. Se localizan habitualmente en la submucosa, siendo su ubicación más frecuente la región antro-pilórica. Clínicamente suelen ser asintomáticos o tener una variedad de manifestaciones. Un factor subyacente en la diferencia de presentaciones podría ser el tamaño, siendo los más grandes los que presentan clínica de sangrado. El diagnóstico diferencial de una masa gástrica incluye tumor estromal, lipoma, adenocarcinoma gástrico, schwannoma, y linfoma. Por ello, se puede recurrir al TAC abdominal que permite apreciar lesiones circunscritas de densidad grasa.

El tratamiento de este tipo de lesiones es controvertido. Aunque no existe un tratamiento establecido, la mayoría de los pacientes sintomáticos son tratados mediante resección parcial o enucleación.

220179. REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DIFERIDA DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA IZQUIERDA POSTRAUMÁTICA.

M Santidrián Zurbano, J Triguero Cabrera, MH Mohamed Chairi, M Mogollón González, MJ Álvarez Martín, JM Villar del Moral

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

Introducción: Las lesiones diafrágicas traumáticas son poco frecuentes y suelen asociarse a otras lesiones toracoabdominales. Su diagnóstico es dificultoso y en caso de pasar desapercibidas pueden aumentar su morbimortalidad. Generalmente requieren reparación quirúrgica.

Se presenta el vídeo de un paciente con una hernia diafrágica postraumática de diagnóstico tardío que se reparó vía laparoscópica de manera diferida usando material protésico.

Caso clínico: Varón de 58 años con antecedente de accidente de tráfico en 1996 con múltiples fracturas costales izquierdas, asociando un neumotórax que precisó colocación de drenaje.

Consultó por clínica de 7 meses de evolución de dispepsia y disnea de esfuerzo ocasional. Se realizó TC toracoabdominal que objetivó una hernia diafrágica izquierda con orificio herniario de unos 4-5 cm, de contenido principalmente graso y ángulo esplénico del colon.



Figura 1
Hernia diafrágica con orificio herniario de unos 3 cm en hemidiafragma izquierdo, de contenido principalmente graso y ángulo esplénico del colon.

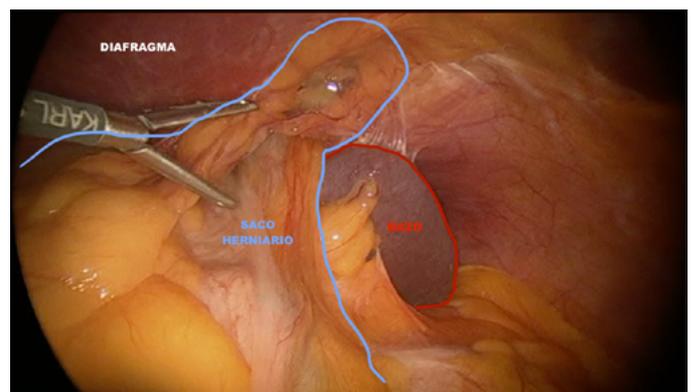


Figura 2
Hallazgo intraquirúrgico.

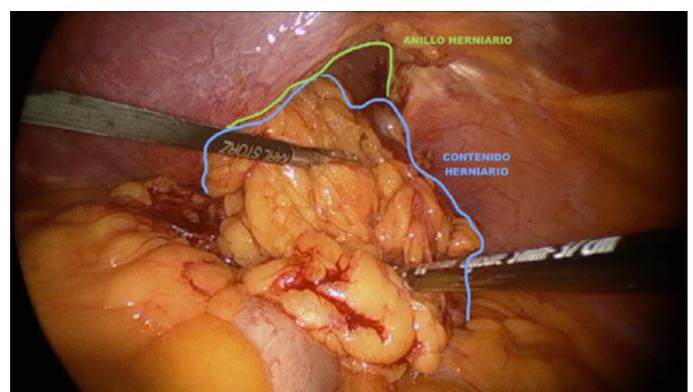


Figura 3
Diseción del saco herniario y liberación de sus adherencias.

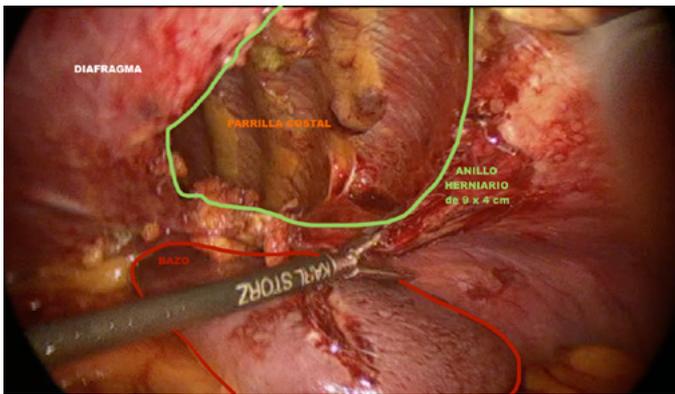


Figura 4
Orificio herniario resultante tras reducción completa del saco.

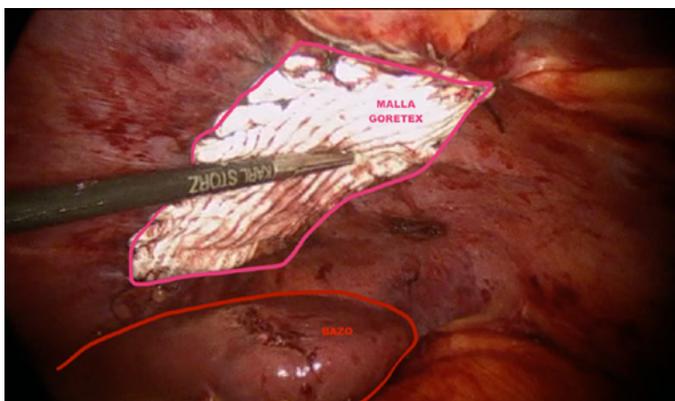


Figura 5
Colocación malla.



[Acceder al vídeo](#)

Se decidió intervención quirúrgica mediante abordaje laparoscópico. Se colocó al paciente en decúbito lateral derecho en posición de lumbotomía. Se utilizaron tres trócares: trócar óptico en hipocondrio izquierdo, trócar de trabajo en flanco izquierdo (11mm), y trócar accesorio en epigastrio (5 mm). Durante la cirugía se evidenció

herniación de la mayor parte del epiplón mayor y del ángulo esplénico del colon a través de un orificio diafragmático de 9x4 cm. Se disecó el epiplón herniado de sus adherencias pleurales y a pulmón izquierdo, reduciéndolo completamente a cavidad abdominal. Se suturó el defecto herniario sin tensión con sutura continua realizada con hilo de reabsorción lenta, y por último se colocó una malla de GoreTex cubriendo ampliamente el defecto y fijada con dos hemisuturas continuas al diafragma. No se colocó drenaje.

La cirugía y el postoperatorio transcurrieron sin incidencias y el paciente fue dado de alta a las 48 horas. El paciente pudo retomar sus actividades previas a los dos meses tras la cirugía. Se realizó un TC toracoabdominal de control a los tres meses que no objetivó signos de recidiva.

Discusión: La hernia diafragmática postraumática puede no ser diagnosticada de inicio y ser un hallazgo casual tiempo después. Su sintomatología es inespecífica, siendo el TC toracoabdominal la prueba de imagen “gold estándar” para su diagnóstico, permitiendo asimismo plantear el abordaje quirúrgico más óptimo.

El abordaje laparoscópico es seguro si se realiza por un cirujano capacitado. La colocación del paciente debe ser planteada en función de la ubicación del defecto y es fundamental para facilitar las maniobras quirúrgicas. El uso de material protésico ha demostrado validez en su reparación, previniendo las recidivas.

220188. PECOMA DEL LÓBULO CUADADO. UN TUMOR HEPÁTICO INFRECUENTE EN UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE.

A Ortega Martínez¹, LC Hinojosa Arco², JF Roldán de la Rúa¹, R Gómez Pérez¹, S Álvarez Escribano¹, R De Luna Díaz¹, MÁ Suárez Muñoz¹

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

Introducción: El lóbulo caudado es una localización inusual de tumores hepáticos primarios (0.5-4% en grandes series). Igualmente, el PECOMA o tumor de células epitelioides perivascular es un tumor mesenquimal infrecuente, caracterizado por un patrón inmunohistológico en el que se mezclan células de estirpe inflamatorio crónico junto a células fusiformes con alteraciones nucleares.

Caso clínico: Presentamos en el vídeo el caso de una paciente de 48 años de edad, remitida por el servicio de urología tras hallazgo casual de una lesión sólida única a nivel de lóbulo caudado, de 68 x 53 mm, que provocaba desplazamiento de la vena cava inferior y de las venas hepáticas, aunque sin datos de infiltración. Como único antecedente de interés en la paciente se registraba el uso de contraceptivos orales, pero que había suspendido hacía más de 10 años. Desde el punto de vista clínico se encontraba asintomática y las pruebas de función hepática estaban dentro de la normalidad. Las técnicas de imagen plantearon el diagnóstico diferencial entre adenoma hepatocelular y hepatocarcinoma sobre hígado sano, por lo que se indicó la realización de cirugía.

El abordaje fue mediante incisión subcostal bilateral, y los gestos iniciales fueron dirigidos a plantear una hepatectomía izquierda: control de arteria hepática izquierda, de la rama izquierda de la vena porta, y del tronco de las venas hepáticas media e izquierda. La progresiva movilización del lóbulo de Spiegel, con el control de sus venas de drenaje y pedículo glissoniano, permitió la resección aislada de la tumoración sin mayor sacrificio de parénquima hepático. El tiempo quirúrgico fue de 180', sin necesidad de transfusión y con una estancia hospitalaria de solo dos días.

Discusión: En nuestra experiencia, sobre 154 resecciones hepáticas por tumores primarios, sólo en dos casos (1.3%) la lesión se encontraba alojada en el lóbulo caudado. Respecto al diagnóstico de la lesión, indicar que el PEComa, como tumor de estirpe mesenquimal, tiene reconocido un potencial premaligno, por lo que es aconsejable su resección quirúrgica. En nuestro caso, como ha quedado expuesto, fue un diagnóstico a posteriori de la cirugía: Así mismo poner en valor nuestro programa ERAS en cirugía hepática, que permite que incluso en casos de cirugía abierta, los pacientes tengan una muy corta estancia hospitalaria, sin reingreso posterior.



220193. HEPATECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA. ABORDAJE EXTRAGLISSONIANO

EA Buendía Peña¹, JF Roldán de la Rúa¹, L Hinojosa Arco², N Tapia Durán¹, R Gómez Pérez¹, R de Luna Díaz², MÁ Suárez Muñoz²

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

Introducción: Presentamos en el vídeo la técnica de hepatectomía izquierda laparoscópica mediante abordaje extraglissoniano

Caso clínico: Paciente de 71 años de edad, intervenida cuatro años antes por neoplasia de recto. En seguimiento se detectó la existencia de una lesión metastásica a nivel del lóbulo hepático izquierdo. Dada la condición anatómica de la paciente se consideró la realización de hepatectomía izquierda con abordaje extraglissoniano.

El acceso a la cavidad abdominal se realizó mediante un trocar de Hasson a nivel de flanco derecho, con colocación de otros cuatro

trócares (3 x 11 mm, y 1 x 5 mm). Se pasó cinta en torno al hilio hepático, para realización de maniobra de Pringle mediante clampaje extracorpóreo. Tras realización de ecografía intraoperatoria, se llevó a cabo la colecistectomía, con disección a continuación de las puertas 1 y 3 (Sugioka), pasando una cinta que comunicaba ambas con lo que quedaba aislado el pedículo portal izquierdo, que fue clampado con un bulldog laparoscópico. Posteriormente se procedió a la disección de la vena hepática izquierda en la base del ligamento de Arancio, que quedó referenciada con un lazo vascular. Tras localización de la vena hepática media mediante ecografía y tras marcar en la superficie hepática la línea de transección, se procedió a la misma, empleando para ello Cavitrón, Aquamantys y Ligasure. El pedículo hepático izquierdo izquierdo fue seccionado con una endograpadora carga vascular, y la transección parenquimatosa se completó tomando como referencia la vena hepática media. La pieza fue extraída a través de una incisión accesoria (Pfannestiel). La estancia postoperatoria fue sólo de dos días, sin incidencias ni reingreso.

Discusión: El presente caso constituye nuestra primera experiencia con abordaje extraglissoniano en la hepatectomía izquierda laparoscópica. En otros pacientes hemos realizado este procedimiento, pero mediante abordaje intraglissoniano, y nuestro objetivo es ir adquiriendo progresivamente una mayor experiencia con aquél empleándolo en casos bien seleccionados.



220201. SIGMOIDECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN UN CASO DE DIVERTICULITIS AGUDA

M Neuhaus Nevado, F Botello García, L Romacho López, AJ González Sánchez, JM Aranda Narváez, I Cabrera Serna

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

Introducción: La diverticulitis aguda es la patología benigna más común del colon, la mayoría de los casos se manejan de forma no operatoria. La cirugía de urgencias es necesaria en casos complicados con peritonitis, y en los casos refractarios que no evolucionan correctamente con tratamiento conservador. El tratamiento quirúrgico clásico de la diverticulitis aguda ha sido la técnica de Hartmann o en algunos casos con anastomosis primaria, la gran mayoría por vía abierta, reservándose la laparoscopia para cirugía electiva posterior.

Se presenta un vídeo sobre una sigmoidectomía laparoscópica en una paciente que ingresa por cuadro de diverticulitis aguda.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 70 años, con antecedentes de HTA y apnea obstructiva del sueño con uso de CPAP, sin antecedentes quirúrgicos. Como antecedentes de interés ha presentado dos episodios previos de colitis isquémica y una estenosis secundaria de 7cm en sigma, estudiada previamente con colonoscopia y con biopsia compatible.

Ingresa por cuadro de dolor en fosa iliaca izquierda y febrícula de 4 días de evolución, analíticamente sin leucocitosis pero con elevación de PCR (155) y TC abdomen que informa de diverticulitis aguda con líquido libre pericólico (estadio 1A de la WSES) y segmento estenótico de 7 cm. Inicialmente manejo conservador, con antibióticos (Piperacilina-Tazobactam) durante 7 días, con persistencia de síntomas y estreñimiento por lo que se decide cirugía en el ingreso por parte de la unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias.

Discusión: Existen pocos casos en la literatura de sigmoidectomía mínimamente invasiva en la enfermedad diverticular aguda. Esto se debe a que la resección laparoscópica es técnicamente difícil y requiere entrenamiento, experiencia y selección de casos idóneos. Especial atención merecen los estadios con ausencia de peritonitis, pues suelen asociar fibrosis, abscesos, fistulas o adherencias que dificultan más la técnica quirúrgica y pueden aumentar las complicaciones postoperatorias.

Si bien es cierto que no se han observado diferencias significativas en los estudios publicados en cuanto a la mortalidad y morbilidad postoperatoria, complicaciones mayores y menores, complicaciones quirúrgicas, ni las reintervenciones debidas a fugas anastomóticas, los beneficios de la laparoscopia son ampliamente conocidos: disminuye el dolor postoperatorio y el empleo de analgésicos, menor morbilidad pulmonar y de la herida quirúrgica, menor tiempo de íleo, menor inmunodepresión y respuesta al trauma, acorta la estancia hospitalaria, las pérdidas hemáticas, con un excelente resultado cosmético y una incorporación precoz a la vida normal.



220202. NECROSECTOMÍA RETROPERITONEAL VIDEO-ASISTIDA COMO DRENAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO EN LA PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE.

F Aguilar del Castillo, F Moreno Suero, DF Aparicio Sánchez, I Martínez Casas, C Martín Jiménez, F Pareja Ciuró

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

Introducción: La pancreatitis aguda es una patología inflamatoria de la glándula pancreática. Es una enfermedad muy frecuente, suponiendo la tercera causa más común de ingreso hospitalario debido a una enfermedad gastrointestinal.

La instauración precoz del tratamiento médico de soporte y abordaje multidisciplinar siguiendo la secuencia escalonada mínimamente invasiva de "Step-up Approach" ha demostrado que reduce la morbi-mortalidad

El objetivo de esta comunicación es la presentación de un caso clínico tipo vídeo de pancreatitis aguda que requirió la necrosectomía pancreática mínimamente invasiva guiada por videoretroperitoneoscopia o VARD (Video Assisted Retroperitoneoscopic debridement)

Caso clínico: Varón de 68 años, como único antecedente a destacar, diagnosticado de hipertensión arterial con buen control con betabloqueante.

El paciente ingresó con un cuadro abdominal compatible con pancreatitis aguda. Tras varias semanas con tratamiento conservador el paciente presenta evolución tórpida, entrando en shock séptico secundario a la presencia de necrosis pancreática y colecciones retroperitoneales.

Siguiendo el abordaje de "Step-up Approach", en un primer momento se manejó con antibioterapia de amplio espectro y tratamiento médico intensivo. Posteriormente, como segundo escalón, se realizó drenaje las colecciones a través de catéteres percutáneos y drenaje transmural gástrico con colocación de prótesis Axios.

Dada la presencia hipertensión intraabdominal, síndrome compartimental y disfunción multiorgánica, sin mejoría tras realización de drenajes previos, se indicó necesidad de intervención quirúrgica urgente realizándose drenaje de colecciones y necrosectomía por retroperitoneoscopia

Discusión: Actualmente, desde la publicación en 2010 del estudio PANTER, el tratamiento de elección de la pancreatitis grave con necrosis infectada se conoce como "step-up approach".

Se trata de un abordaje escalonado y multidisciplinar. El primer paso sería la instauración temprana del tratamiento médico de soporte con antibioterapia de amplio espectro y resucitación intensiva. Posteriormente, iría seguido de técnicas para el drenaje de las colecciones. Se aconseja empezar con el drenaje percutáneo guiado radiológicamente, continuando con técnicas mínimamente invasivas de drenaje quirúrgico (VARD, drenaje endoscópico transgástrico, etc.) y dejando la laparotomía anterior a un segundo plano.

El abordaje VARD mínimamente invasivo es seguro y eficaz para el tratamiento de la pancreatitis aguda necrotizante. Es una técnica que evita la laparotomía y la conexión de la cavidad abdominal estéril con una cavidad retroperitoneal contaminada. De esta forma disminuye la morbimortalidad general de esta patología.



220215. GIST DUODENAL: RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA

F Moreno Suero, F Aguilar del Castillo, A Senent Boza, PR Francisco Javier, S Morales Conde

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

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) localizados en el duodeno son poco frecuentes, representando un 4-6% del total de estos tumores y constituyen la localización más compleja para su exéresis. El tratamiento de éstos es controvertido y no está estandarizado, existiendo múltiples técnicas quirúrgicas descritas.

Según las últimas revisiones sistemáticas se aboga por una resección limitada siempre que las características anatómicas y del tumor lo permitan puesto que se asocian a una morbilidad menor y unos resultados oncológicos similares a los de las resecciones duodenopancreáticas.

Caso clínico: Hombre de 51 años con antecedente familiar de mutación del gen ATM (ataxia teleangiectasia mutado). En el cribado de la misma se realiza endoscopia con gastritis crónica antral y una tomografía computerizada donde se aprecia una tumoración de 30 mm en la pared anterior de la tercera porción duodenal, con crecimiento extramural, situándose entre el duodeno y los vasos cólicos medios.

En la ecoendoscopia se visualiza dicha lesión en la tercera porción duodenal que impresiona originarse en la muscular propia, y se biopsia. El estudio histológico, inmunohistoquímico y el análisis molecular sugieren la posibilidad de que se trate de un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de bajo grado. Se propone una exéresis laparoscópica del mismo.

En el vídeo que se adjunta de la intervención se realiza un abordaje laparoscópico. Se procede en primer lugar a realizar una ventana en la raíz del meso hasta localizar la tumoración que se

encuentra entre la arteria cólica media y la vena. Tras la disección del tumor se comienza con la resección del mismo con bisturí armónico y cierre simultáneo de la pared duodenal con una sutura de V-loc 3/0 absorbible hasta la exéresis completa.

El postoperatorio del paciente transcurrió sin incidencias siendo alta a los 4 días tras la intervención, tras la reintroducción progresiva de la dieta. La anatomía patológica final se informa como GIST de bajo grado con escasa actividad mitótica, sin necrosis y con los márgenes de resección respetados.

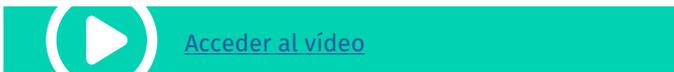
Discusión: El abordaje mínimamente invasivo de los GIST duodenales es factible en unidades de referencia y con equipos experimentados. Se han de respetar los principios fundamentales de las resecciones de los tumores del estroma gastrointestinal como son la obtención de márgenes libres y evitar la rotura del tumor.



Figura 1 Imagen de la lesión (flecha verde) y su relación con los vasos cólicos medios (señalados en rojo).



Figura 2 Pieza quirúrgica.



220216. DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA MEDIANTE ABORDAJE HÍBRIDO LAPAROSCÓPICO-LAPAROTÓMICO. ESTANDARIZACIÓN DE LA TÉCNICA

J Roldán de la Rúa¹, LC Hinojosa Arco², A Ortega Martínez¹, R Gomez Pérez¹, MS Alvarez Escribano¹, N Rodriguez Loring¹, R Luna Díaz¹, MÁ Suárez Muñoz¹

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

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es el tratamiento quirúrgico de elección para las neoplasias periampulares, duodenales y pancreáticas, siendo una cirugía de alta complejidad con una morbilidad considerable, en relación a complicaciones mayores como la fistula pancreática, pero sin despreciar las complicaciones relacionadas con la pared abdominal como la infección de herida quirúrgica y la hernia laparotómica. Actualmente, las ventajas del abordaje laparoscópico son incuestionables, sin embargo, la DPC puramente laparoscópica, por sus dificultades técnicas, aun no se considera una técnica factible en todas las instituciones, requiriendo de una gran curva de aprendizaje incluso en cirujanos laparoscópicos avanzados, por lo que es fundamental el aprendizaje secuencial dividido en dos tiempos, la fase exerética y la reconstructiva.

Material y métodos

Presentamos de forma estandarizada la técnica quirúrgica de la duodenopancreatectomía cefálica mediante abordaje híbrido, paso a paso e ilustrada en diferentes videos.

Consta de una primera fase laparoscópica que se inicia mediante una exploración abdominal, seguida de la sección de vasos gastroepiploicos y duodenal.

Posteriormente se lleva a cabo una amplia maniobra de Kocher seguida de una linfadenectomía oncológica del hilio hepático, con disección y sección de arteria gastroduodenal, disección de vía biliar y disección de vena porta suprapancreática.

Una vez identificado el acceso del túnel retropancreático, se lleva a cabo la disección del borde inferior de cuello del páncreas hasta identificar la vena mesentérica superior que nos lleva a completar la disección del cuello del páncreas.

Como paso último se realiza la sección del primer asa yeyunal y la decusación al lado derecho de la cuarta porción duodenal, paso previo a la sección pancreática y exéresis del mesopancreas que se libera de la vena y arteria mesentérica superior que se realiza en la fase laparotómica, junto con las diferentes anastomosis.

Resultados

Desde el año 2019 se han realizado 22 procedimientos de duodenopancreatectomía cefálica mediante técnica híbrida, con resultados comparables a la técnica clásica abierta en cuanto a criterios oncológicos y de morbimortalidad a 90 días asociada al procedimiento, con estancias medias de 6-7 días, objetivando menor dolor y hemorragia postoperatoria.

Conclusiones

Una vez estandarizada desde el punto de vista técnico dicho procedimiento, hemos conseguido equiparar tiempos quirúrgicos a la cirugía abierta con una menor pérdida sanguínea, una disección más precisa, menor tiempo hospitalario y una recuperación más temprana, en definitiva, una menor morbimortalidad con idénticos resultados oncológicos, adaptando a cada paciente el abordaje quirúrgico



220217. CIRUGÍA PRESERVADORA DE PARÉNQUIMA EN LOS TUMORES NEUROENDOCRINO PANCREÁTICOS

J Roldán de la Rúa , A Ortega García , R Gomez Perez, LC Hinojosa Arco, MA Suárez Muñoz

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

Introducción: La pancreatectomía preservadora de parénquima es el procedimiento quirúrgico de elección para lesiones pancreáticas benignas y malignas de bajo grado como son los tumores neuroendocrinos. Uno de los principales problemas en este tipo de

cirugía, es la localización intraoperatoria del tumor, lo que se facilita mediante la utilización de la ecografía y la técnica Roll. Presentamos 3 casos de tumores neuroendocrinos en pacientes obesos, en los que se llevó a cabo una cirugía preservadora de parénquima, mediante diferentes técnicas quirúrgicas, asociadas a abordajes mínimamente invasivos y con la ayuda de la ecografía intraoperatoria.

Caso clínico: Varón 49 años en estudio por hipoglucemias de repetición. En TC de abdomen se aprecia una lesión hipervascular de 12mm en cara anterior de cabeza de páncreas compatible con insulinoma. Se procede a la enucleación laparoscópica de la lesión con localización mediante ecografía intraoperatoria, separándola del borde medial de la segunda porción duodenal y del Wirsung en profundidad. Fue dado de alta con drenaje el primer día postoperatorio

Mujer 46 años en estudio por cuadro de dolor abdominal y diarrea. En TC una lesión hipervascular 13mm. El Octreoscan expresa múltiples receptores de somatostatina, lo que favorece la aplicación de la técnica Roll. Se plantea la enucleación de la lesión por vía laparotómica por la obesidad de la paciente y la profundidad de la lesión. La localización se lleva a cabo mediante ecografía intraoperatoria y rastreo con sonda gammagráfica, (Técnica Roll). Se realiza la enucleación. Como complicación postoperatoria, la paciente presentó una colección abdominal secundaria a fístula pancreática que se solventó mediante drenaje endoscópico.

Varón 75 años con tumoración sólida hipervascular de 25 mm en proceso uncinado de páncreas. En Octreoscan es compatible con tumor neuroendocrino. Planteamos una uncinectomía pancreática mediante abordaje laparoscópico. No hubo complicaciones postoperatorias

Discusión: La cirugía pancreática preservadora de parénquima asociada a abordajes mínimamente invasivos, es la técnica de elección en caso de tumores neuroendocrinos pancreáticos, lo cual conlleva mayor probabilidad de fístula pancreática pero con menor tasa de complicaciones postoperatorias graves, aportando mejor calidad de vida en relación a la baja incidencia de insuficiencia pancreática exocrina y endocrina. La localización intraoperatoria de estas lesiones mediante técnicas de medicina nuclear (Técnica Roll) y la ecografía intraoperatoria han supuesto un gran avance en la cirugía pancreática que permite llevar a cabo procedimientos quirúrgicos más seguros evitando las resecciones pancreáticas mayores en casos seleccionados.



220219. PASO A PASO DE LA ESCISIÓN TOTAL DEL MESOCOLON Y LINFADENECTOMÍA D3 EN UNA HEMICOLECTOMÍA DERECHA

F Moreno Suero, F Aguilar del Castillo, B Ruíz de los Ángeles, FJ Padillo Ruíz, S Morales Conde

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

Introducción: La escisión completa del mesocolon y la linfadenectomía D3 se está popularizando como técnica para el tratamiento con cáncer de colon derecho. Sin embargo, este procedimiento es técnicamente muy demandante puesto que conlleva la disección del tronco venoso de vena y de guiso por lo que tiene un elevado riesgo de complicación, en forma de sangrado, especialmente cuando se realiza de forma laparoscópica.

Caso clínico: En el vídeo presentamos el caso de un adenocarcinoma de colon ascendente en el que se realiza una hemicolectomía derecha laparoscópica con escisión completa del mesocolon y linfadenectomía D3 con preservación de la rama izquierda de la arteria cólica media y abordaje craneal de estos vasos. Durante el vídeo se describe la serie de pasos que se han de seguir a la hora de practicar esta técnica.

Discusión: La estandarización de esta intervención puede ayudar al minimizar la tasa de complicaciones y facilitar su aprendizaje.



220266. DETALLES TÉCNICOS DEL MANEJO DE LA HERNIA INGUINAL EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA.

M Roldón Golet¹, P Muriel Álvarez¹, T Butrón², CP Ramírez Plaza¹

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

²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La hernia inguinal es la patología quirúrgica más prevalente en el contexto electivo. Sin embargo, en el continente africano (y especialmente la región subsahariana) la escasez de cirujanos y el difícil acceso de la población a los cuidados médicos han convertido a la patología herniaria una causa muy frecuente de

invalidez en la población joven. Es por ello que fundaciones como Hernia International y Cirujanos en Acción desempeñan cada año numerosas campañas de cooperación en las que el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal es la base pues reúne los cuatro requisitos ideales: alta prevalencia, alto impacto del tratamiento quirúrgico, pocas complicaciones graves postoperatorias y posibilidad de operar a muchos pacientes con pocos medios. Siendo la cirugía estándar en este medio la hernioplastia tipo

Lichtenstein con ligadura del saco para hernias tipo L3 EHS, pensamos que el abordaje preperitoneal por vía anterior (técnica de Berliner) tiene también un sitio que el cirujano general debe conocer.

Caso clínico: Presentamos los dos abordajes quirúrgicos que más usamos, analizando los trucos técnicos para el manejo de este tipo de hernias.

- 1.- Son hernias mayoritariamente L3 con grandes sacos crónicos escrotales por procesos peritoneo- vaginales persistentes de larga evolución;
- 2.- La ligadura alta del saco es un recurso que va a disminuir el riesgo de recidiva;
- 3.- La técnica de Lichtenstein es el abordaje estándar utilizado cuando el piso posterior es aceptable y el orificio inguinal profundo tiene menos de 3 cm;
- 4.- En el resto de los casos, la técnica de Berliner es una técnica con excelentes resultados a largo plazo y que el cirujano que opera hernias en el continente africano debe dominar.



220270. CIRUGÍA PRESERVADORA DE PARÉNQUIMA PANCREÁTICO, ¿QUÉ PAPEL TIENE LA PANCREATECTOMÍA CENTRAL?

Á de Jesus Gil, N García Fernández, LM Marín Gómez, C Cepeda Franco, JM Álamo Martínez, FJ Padillo Ruiz, MÁ Gómez Bravo

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

Introducción: El tratamiento quirúrgico de los tumores de cuello y cuerpo de páncreas habitualmente consiste en la enucleación o la realización de una pancreatectomía formal. La pancreatectomía proximal o distal conllevan una pérdida significativa de tejido pancreático normal en comparación con la pancreatectomía central (PC), que surge como alternativa con el fin de preservar la función endocrina y exocrina del páncreas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 13 años, asintomático, con hallazgo incidental en ecografía de masa pancreática sugestiva de pseudoquistes de 10 x 10 mm. Inicialmente se realizó seguimiento, pero durante el mismo se objetivó crecimiento de la lesión. La resonancia magnética reveló masa pancreática en cuerpo de 18 x 20 mm, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 con componente sólido, sugestivo de tumor pseudopapilar.

Tras valoración en comité multidisciplinar se decidió tratamiento quirúrgico mediante PC por abordaje abierto. Se realizó resección central del páncreas incluyendo el tumor con márgenes de al menos 1 cm, guiado por ecografía intraoperatoria. El páncreas proximal fue tratado con radiofrecuencia monopolar y plastia yeyunal, con el fin de minimizar el riesgo de fístula pancreática postquirúrgica. El muñón del páncreas distal fue tratado mediante una pancreático-yeyuno anastomosis con técnica de Blumgart y con reconstrucción en Y de Roux retrocólica. La evolución postoperatoria fue favorable, sin evidencia de fístula pancreática postquirúrgica ni otras complicaciones. Fue alta a domicilio en el 10º día PO. La anatomía patológica evidenció tumor sólido pseudopapilar de páncreas de 2,5 cm.

Discusión: La pancreatectomía central representa una alternativa atractiva frente a resecciones pancreáticas más radicales para neoplasias benignas de páncreas. Esta modalidad tiene las ventajas de preservar la integridad del tracto gastrointestinal y la función esplénica, así como la máxima función endocrina y exocrina del páncreas evitando una resección extendida del páncreas, con una morbilidad aceptable y una mortalidad mínima, pudiendo realizarse mediante abordaje mínimamente invasivo con las ventajas que ello aporta.



220271. BOCIO GIGANTE GRADO IV EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA: “TIPS AND TRICKS” PARA SU OPTIMIZAR EL MANEJO QUIRÚRGICO.

M Roldón GoleT¹, P Muriel Álvarez², T Butrón³, 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 grado IV gigante es una patología que tiene una elevada prevalencia en los países en vías de desarrollo, especialmente en el África subsahariana. La ausencia de cirujanos en el ámbito local hace que sea una patología infratratada y que los bocios grotescos y deformantes sean una imagen tribal habitual en el tercer mundo. Por otro lado, el número cada vez más creciente de campañas quirúrgicas que se llevan a cabo en África implica a cirujanos que o bien tienen una formación básica del período de residente o bien no encuentran en estos países tan pobres el ambiente de confianza profesional para poder acometer esta patología. En este video presentamos algunos “tips and tricks” que pueden servir a cirujanos endocrinos sin experiencia en el manejo de este tipo de bocios para poder llevar a cabo estas cirugías.

Caso clínico: 1.- la hiperextensión va a estar limitada por el tamaño del bocio, por lo que debemos esperar nervios recurrentes “muy horizontales”;

2.- la incisión debe ser amplia por ambos lados y realizarse en la parte más cenital del mismo, nunca en “collar bajo”;

3.- es esencial para poder luxar el bocio ir por plano posterior exacto de los pretiroideos, y aún así es habitual ver sangre;

4.- nunca se debe hacer ningún sellado de nada que no sea el pedículo superior hasta ver el nervio laríngeo inferior, ya que es frecuente que los “nódulos hijos” los desplacen anatómicamente;

5.- en caso de que el nervio esté muy sellado a la cápsula, lo mejor es ir intracapsular y dejar el nervio sin tocar;

6.- si hay componente endotorácico profundo, buscar siempre dejar la cápsula al fondo y no forzar la tracción de la misma a ciegas.

