

Comunicaciones orales

230024. INVAGINACIÓN INTESTINAL POST Y ROUX

V vera flores, F Grasa González, KD Sarango Torres, M López Zurera, D Palomo Torrero

Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal de la Serranía, Ronda.

Introducción: La intususcepción es una patología rara en adultos, representando el 1% de todas las obstrucciones. Se favorece por el peristaltismo intestinal, un segmento de intestino se introduce en otro de forma telescópica, provocando isquemia intestinal. Generalmente se produce por lesiones orgánicas (tumores benignos o malignos) y menos frecuentemente tras cirugías intestinales.

Caso clínico: Mujer de 42 años con antecedente de duodenopancreatectomía con gastrectomía subtotal y esplenectomía por tumor neuroendocrino pancreático G1 localmente invasivo. Acude a urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución, náuseas y vómitos. Presenta clínica similar en varias ocasiones con resolución espontánea. A la exploración presenta abdomen distendido y doloroso en epigastrio-hipocondrio izquierdo. TAC con hallazgos de invaginación yeyuno-yeyunal con dilatación intestinal de asas. La cirugía muestra invaginación yeyuno-yeyunal en el pie de asa del Y de Roux, realizándose resección del segmento afecto y montaje de Y roux. El curso postoperatorio evolucionó sin complicaciones.

Discusión: La invaginación intestinal es favorecida con cualquier tipo de reconstrucción, se asocia con más frecuencia al tipo Billroth II, y casi siempre se invagina el asa eferente. En nuestro caso la invaginación ocurrió tras una reconstrucción en Y de Roux.

El cuadro clínico es muy inespecífico con dos formas de presentación en función del tiempo de aparición, agudas (10%) con intolerancia oral, náuseas y vómitos; y crónicas con clínica más larvada. El tratamiento en ambos casos es quirúrgico, confeccionando la anastomosis, siendo en algunos casos suficiente con reducir y fijar el asa invaginada. El objetivo es evitar recurrencias, incarceraciones y gangrena. Diseñar un muñón aferente de corta longitud y fijarlo en el caso de las anastomosis laterolaterales o terminolaterales pueden evitar tal complicación.

230036. DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA. ANÁLISIS DE UNA DÉCADA. ¿QUÉ HEMOS HECHO PARA MEJORAR NUESTROS RESULTADOS?

MÁ Suárez Muñoz, JF Roldán de la Rúa, LC Hinojosa Arco, R Gómez Pérez, S Mansilla Díaz, A Ortega Martínez, MS Álvarez Escribano, R de Luna Díaz

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

Introducción: Se cumple una década desde el inicio de la actividad de nuestra unidad. En los dos primeros años de funcionamiento, la mortalidad a 90 días de la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) fue del 17%. En los dos últimos años, la mortalidad es cero. El objetivo de nuestro trabajo es presentar la evolución de nuestra experiencia así como el conjunto de acciones puestas en marcha para la mejora de resultados.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos durante el periodo 2013–2023. Para el análisis se han considerado los pacientes intervenidos por neoplasia primaria de cabeza de páncreas o del área periampular divididos en dos periodos temporales: P1, (2013 – 2018) correspondiente al inicio y puesta en marcha de nuestra unidad, y P2, (2019 – 2023), periodo actual, en el que instauramos nuevos protocolos clínicos.

Resultados: Hemos realizado un total de 126 DPC en diez años, 56 en el P1 y 70 en el P2. En ambos grupos, los diagnósticos más frecuentes fueron el carcinoma de páncreas (55%/44%) y el ampuloma (23%/23%). Respecto a las técnicas llevadas a cabo, en el P1, en el 62.5% de los casos fue una DPC con reconstrucción tipo Blumgart y en el 37.5% una DPC con pancreatogastrostomía tipo Delcore. En el P2 en el 64.3% de los pacientes practicamos una DPC vía abierta, con reconstrucción tipo Blumgart en el 32.9%, y pancreatogastrostomía con parche seromuscular gástrico (PGPSM) en el 31.4%; en el 35.72% restante fue DPC con abordaje laparoscópico híbrido y reconstrucción tipo Blumgart en el 20% de los casos y tipo PGPSM en el 15.72%. La mortalidad a 90 días fue del 19.6% en el P1 y del 4.3% en el P2, con una morbilidad Clavien \geq III del 25% en el P1 y del 17.5% en el P2. Hemos tenido más reingresos (10,7% vs 22,9%) en el periodo reciente, pero por complicaciones de menor gravedad clínica, especialmente retraso de vaciamiento gástrico. Reintervenimos al 14.3% de nuestros pacientes en el P1 y sólo al 8.5% en el P2. A destacar que en las últimas 34 DPC consecutivas no hemos registrado ninguna mortalidad.

Conclusiones: El análisis de nuestra experiencia pone en valor la necesaria actitud de mejora continua en nuestra práctica clínica. La identificación de la desviación de nuestros resultados respecto a

los estándares de calidad (P1), y la puesta en marcha de un plan de acción integral en nuestra unidad (P2) nos han permitido recobrar el curso deseado.

230038. ANÁLISIS DE LA CALIDAD EN LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA. PROYECTO: "¿QUÉ CIRUGÍA PARA QUÉ PACIENTE?". NUESTROS PRIMEROS 70 CASOS.

R Gómez Pérez, JF Roldán de la Rúa, LC Hinojosa Arco, S Mansilla Díaz, N Rodríguez Loring, M Ortega Castán, JB Torres Sierra, MÁ Suárez Muñoz

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

Introducción: Presentar los resultados iniciales de un proyecto de calidad, en relación con la duodenopancreatectomía cefálica (DPC), que hemos denominado "¿qué cirugía para qué paciente?".

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes a los que se les ha practicado una DPC, por tumores primarios del páncreas o del área periampular, en el periodo 2019 -2023. De acuerdo a datos previos de nuestra unidad definimos cuatro grupos: A (cirugía abierta, anastomosis tipo Blumgart); B (cirugía abierta, anastomosis pancreatogástrica con parche seromuscular -PGPSM-); C (cirugía laparoscópica, anastomosis tipo Blumgart); D (cirugía laparoscópica, anastomosis PGPSM). Los criterios de selección para los grupos fueron: A (pacientes con tumores > 4 cm, manipulación biliar, sospecha de afectación vascular, neoadyuvancia, diámetro del Wirsung \geq 3 mm, BMI \geq 30); B (igual que para el grupo A pero con Wirsung < 3 mm); C (tumores < 4 cm, BMI < 30, sin contacto con estructuras vasculares mayores, no manipulados, no neoadyuvancia, Wirsung \geq 3 mm); y grupo D (igual para el grupo C pero con Wirsung < 3 mm).

Como herramienta de calidad hemos empleado el Textbook Outcome (TO) según definición del Dutch Pancreatic Cancer Group.

Resultados: El número total de pacientes intervenidos ha sido 70, de entre 45 y 83 años, 44% mujeres, con ASA 3/4 en el 60% de los casos. El 33% de los pacientes pertenecen al grupo A, 31% al B, 19% al C y 17% al D. Respecto a los dos diagnósticos más frecuentes, ampuloma/tumor periampular, y carcinoma de páncreas, el primero de ellos tuvo una distribución de casos muy similar en los cuatro grupos, mientras que los pacientes con carcinoma de páncreas, casi el 50%, los encontramos en el grupo A.

Conseguimos el TO en el 60% del global de la serie, con una mortalidad de sólo 3 pacientes (4.3%), todos ellos del grupo A. Por grupos, el TO fue respectivamente del 65% (A), 50% (B), 69% (C) y 71% (D), lo que nos permite identificar a los pacientes del grupo B como el de mayor riesgo de aparición de complicaciones en nuestra experiencia, que no de mortalidad. Destacar que, en las últimas 34 DPC consecutivas no hemos registrado ninguna mortalidad, y, asimismo, los buenos resultados conseguidos en nuestros pacientes sometidos a abordaje laparoscópico (grupos C y D).

Conclusiones: Los resultados iniciales de este proyecto de calidad nos animan a seguir adelante, prestando especial atención a los cuidados perioperatorios de nuestros pacientes con peores resultados (grupo B).

230051. LA EDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA TIROIDEA

G Plata Pérez, R Soler Humanes, D Morales García, JL Fernández Serrano, LT Ocaña Wilhelmi

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

Introducción: Presentar los resultados en cirugía tiroidea en un hospital de referencia, analizando si la edad de los pacientes intervenidos es un factor de riesgo de complicaciones postquirúrgicas.

Material y métodos: Se analizan los resultados de cirugía tiroidea en nuestro centro desde enero de 2018 hasta diciembre de 2022. Se incluyen todos los pacientes intervenidos de patología tiroidea benigna y tumores malignos de tiroides.

Resultados: Desde enero de 2018 hasta diciembre de 2022 se intervienen de cirugía tiroidea en nuestro centro 659 pacientes, con una edad media de 52.1 años (rango 18-81 años). De éstos, 169 pacientes tienen una edad por encima de 60 años (26%), mientras que solo 51 pacientes tienen más de 70 años (8%).

De ellos, tan sólo 40 pacientes (6% del total) presentan alguna complicación postoperatoria, objetivada en el postoperatorio inmediato o en la revisión al mes en consulta externa de Cirugía endocrina. La edad media de estos pacientes es de 53.55 años (rango 20-77 años). 16 pacientes con edad superior a 60 años (40%), siendo 5 mayores de 70 años (13%).

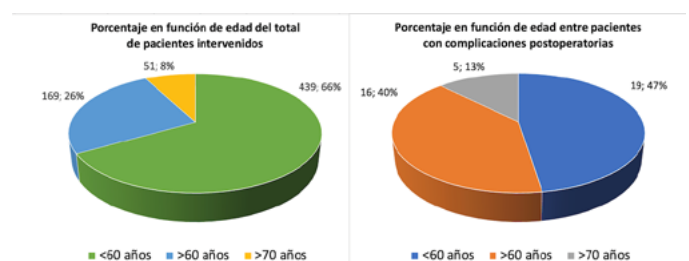


Figura 1

Comparación del porcentaje de pacientes en función de edad entre el total de intervenidos y aquellos con complicaciones postoperatorias.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias, se presentan 9 hematomas postquirúrgicos, 2 de ellos sofocantes con necesidad de reintervención inmediata. Se produce hipocalcemia analítica

en el postoperatorio inmediato en 24 pacientes, objetivado en una determinación de calcio corregido por proteínas totales al día siguiente de la cirugía, presentando 4 de ellos clínica asociada. Se objetivan 2 paresias del nervio laríngeo recurrente unilaterales recuperadas antes del primer mes postoperatorio. Además, 3 parálisis recurrenciales bilaterales con necesidad de intubación inmediata y corticoides, traqueotomía definitiva y traqueotomía temporal.

Conclusiones: En conclusión, el porcentaje de pacientes con una edad superior a 60 y 70 años es mayor en el grupo de pacientes con alguna complicación postoperatoria respecto al total de pacientes intervenidos de cirugía tiroidea con mismo rango de edad, respectivamente.

Si bien la mayoría de las complicaciones que se presentan son leves y pueden ser revertidas con tratamiento médico o quirúrgico, hay complicaciones potencialmente graves, aunque en nuestro caso sin llegar a reingreso ni mortalidad de ningún paciente.

Por tanto, debemos tener en cuenta la edad como un potencial factor de riesgo de la aparición de complicaciones en cirugía tiroidea, si bien no puede afirmarse como criterio de exclusión. Además, debemos tener en cuenta la tendencia creciente de pacientes intervenidos con una edad por encima de los 60 años ante la mayor esperanza de vida en nuestra sociedad.

230061. PANCREATO-GASTROSTOMÍA CON PARCHESEROMUSCULAR GÁSTRICO EN ANASTOMOSIS DE MÁXIMO RIESGO DE FÍSTULA PANCREÁTICA TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA (GRUPO D DE LA ISGPS)

A Ortega Martínez, JF Roldán de la Rúa, LC Hinojosa Arco, R Gómez Pérez, S Mansilla Díaz, MÁ Suárez Muñoz

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

Introducción: La fístula pancreática es considerada la complicación más grave e importante de la cirugía pancreática. En los últimos años se han realizado estudios para reducir la incidencia de esta.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar los resultados conseguidos con una modificación técnica de la anastomosis pancreato-gástrica aplicada a casos de pacientes con máximo riesgo de desarrollo de fístula pancreática

Material y métodos: En el periodo comprendido entre febrero de 2019 y enero de 2023 hemos realizado 28 DPC a pacientes considerados de máximo riesgo para desarrollo de fístula pancreática postoperatoria (grado D de la ISGPS). A todos ellos les realizamos una pancreato-gastrostomía con parche sero-muscular de la pared gástrica. Consiste en la realización de una incisión en la seromuscular de la pared gástrica posterior, de tamaño similar o algo menor al diámetro del muñón pancreático, con posterior exposición de la mucosa, en la que se realiza una mínima punción para permitir el

paso de un drenaje que tutorizará la anastomosis wirsungo-mucosa y quedará ubicado en la cámara gástrica.

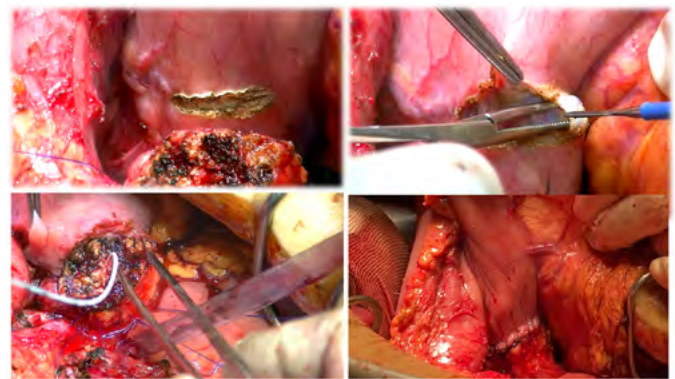


Figura 1 Anastomosis pancreato-gástrica con parche seromuscular. Técnica quirúrgica.

Resultados: Se analizan 28 pacientes (57% varones, 43% mujeres), con edad media de 58 años (rango 41-79 años). Todos ellos presentaban un riesgo grado D de la ISGPS (páncreas blando/Wirsung \leq 3mm). El riesgo ASA fue 3,5% I, 35,5% II y 61% III. El diagnóstico histológico más frecuente fue el ampuloma (39%), seguido de la neoplasia de páncreas (21%).

Fistula Risk Score fue de 7 puntos en el 61% de los pacientes lo que supone un elevado riesgo de desarrollar fístula pancreática. El 39% restante presentaba riesgo moderado. La mediana de las pérdidas hemáticas intraoperatorias fue de menos de 100ml y ningún paciente precisó de transfusión de hemoderivados durante la cirugía. La media de tiempo quirúrgico fue 330 minutos. El 28% de las intervenciones fueron llevadas a cabo mediante abordaje combinado laparoscópico-laparotómico.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias, solo un paciente (3,5%) presentó una fístula pancreática clínicamente relevante (grado C) con necesidad de reintervención. La mediana de estancia postoperatoria fue 7 días (6-36 días). Hubo un 14% de reingresos durante los primeros 30 días postoperatorios (4 pacientes), todos ellos por complicaciones infecciosas que se resolvieron con antibioterapia intravenosa. La tasa de mortalidad a los 90 días postoperatorios fue de 0.

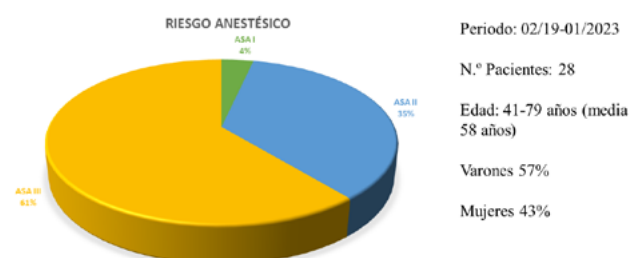


Figura 2 Datos demográficos.



Figura 3

Histología.

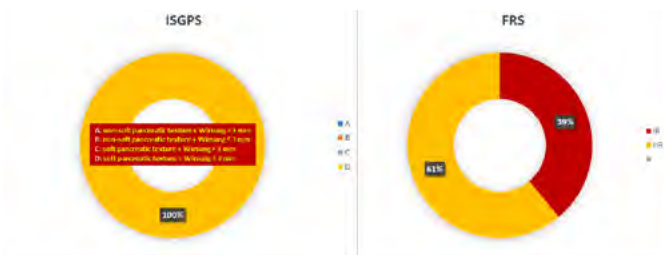


Figura 4

ISGPS.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la pancreato-gastrostomía con parche sero-muscular gástrico permite una importante reducción de las complicaciones postoperatorias tras DPC en pacientes de máximo riesgo de desarrollo de fístula (Grupo D de la ISGPS).

230062. IMPLANTACIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT EN UNA UNIDAD DE CMA Y PARED ABDOMINAL COMPLEJA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Al Fernández Sánchez, F Botello García, J Rivas Becerra, F Ramos Muñoz, A Cabello Burgos, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: El objetivo es describir nuestra experiencia en la reparación mínimamente invasiva de la patología de la pared abdominal en régimen de CMA y Corta Estancia en un periodo de un año, así como la implantación de un programa de cirugía laparoscópica asistida por robótica.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo observacional desde Marzo de 2022- Marzo 2023 en el que se han analizado las características de los pacientes intervenidos de hernia inguinal vía robótica o laparoscópica.

Resultados: Se han recogido datos de un total de 68 pacientes en los que se han realizado hernioplastias o eventroplastia mediante abordaje laparoscópico con o sin asistencia. La distribución por sexos ha sido un 84,1% hombres (n=58) y 15,9 % mujeres (n=11). La mediana de edad ha sido de 57,5 años (con un rango entre 24 y 83 años). La mediana del tiempo quirúrgico estimado ha sido 2 horas. La mayor parte de los pacientes fueron ASA II según el score de la American Society of Anesthesiologists Physical Status.

La mayor parte de estos pacientes se han intervenido en régimen de ambulatorización (un 89.9% del total), requiriendo pernocta no planificada solo un 22.6 % de ellos.

En cuanto al abordaje se realizó vía laparoscópica en 50 pacientes (72,5% del total) y mediante abordaje asistido por robot en 19 pacientes (que corresponde a un 27.5%), siendo la tasa de reconversión del 2,9%. (n =2).

En relación a la uni o bilateralidad, en el 68.1 % de nuestros pacientes se realizaron hernioplastias bilaterales. En cuanto a la técnica quirúrgica se realizaron 42 hernioplastias inguinales tipo TEP (un 60,9% del total), 17 hernioplastias tipo TAPP (un 24,6% del total), 2 hernioplastias umbilicales (un 2,9% del total), 7 hernioplastias incisionales (un 10,1% del total), y 1 hernioplastia de Spiegel (1,4% del total).

La mayor parte de los pacientes no requirieron consulta en el servicio de Urgencias de nuestro centro en los primeros días 30 postoperatorios (el 88.4% de ellos).

Conclusiones: La evolución natural de la cirugía a procedimientos mínimamente invasivos a progresado de forma exponencial en los últimos años, siendo la cirugía laparoscópica asistida por robot en la pared abdominal una gran beneficiada. Dado la buena evolución postquirúrgica con un menor dolor, es posible la ambulatorización de los pacientes intervenidos mediante abordaje mínimamente invasivo, incluido el robótico. En nuestro centro se realizan estas intervenciones en régimen de CMA y corta estancia en la mayoría de los casos, disminuyendo así los costes directos relacionados con la hospitalización y los analgésicos, y ofreciendo al paciente una mayor calidad de recuperación así como una mayor puntuación en las encuestas de satisfacción.

230066. SERIE DE CASOS. APARICIÓN DE NEOPLASIA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

EJ Rodríguez Lora, M Pérez Benítez, P Lara Romero, T Moreno Asencio, R Martín García de Arbolea, MJ Perea Sánchez, R Balongo García

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

Introducción: La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), en sus dos subtipos principales (Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa) supone un mayor riesgo de desarrollar neoplasia de forma secundaria presentando una incidencia del 18 % a los 30 años de evolución.

Presentamos un estudio cuyo objetivo es mostrar los resultados de nuestro análisis respecto a la aparición de cáncer colorrectal (CCR) secundario en pacientes con EII de larga evolución en nuestro medio.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de los pacientes con EII diagnosticados de CCR de forma secundaria en nuestro área hospitalaria en el intervalo comprendido entre el 1 de enero de 2020 y el 28 de febrero de 2022. Se analizan datos demográficos, tiempo de evolución de la enfermedad inflamatoria y características de la misma, comorbilidades y factores de riesgo, tiempo de seguimiento, momento de aparición de CCR y naturaleza de la neoplasia así como alternativa terapéutica.

Resultados: Se identificaron 5 pacientes, 3 con Enfermedad de Crohn (EC) con un edad media de 47 años, 2 varones y una mujer; y 2 pacientes con Colitis Ulcerosa (CU), 2 varones con edades de 55 y 84 años. Todos los casos presentaron mala evolución de la EII con refractariedad a diversas líneas de tratamiento, en todos ellos hubo mala adherencia al tratamiento con periodos recurrentes de pérdida de seguimiento. En todos los casos hubo una historia de enfermedad mayor de 20 años de evolución con un tiempo medio de aparición de CCR secundario de 22,4 años.

Los 3 casos de EC presentaron patrón fistulizante y enfermedad perianal severa con necesidad de múltiples intervenciones quirúrgicas.

En todos los casos existió mala adherencia al tratamiento y pérdida de seguimiento, sin haberse cumplido el screening protocolizado para pacientes con EII.

En los 3 casos de EC, se diagnosticó adenocarcinoma de perfil mucinoso frente a los 2 casos de CU que no presentaron dicho perfil.

Conclusiones: La EII supone un factor de riesgo importante para el desarrollo de CCR. La correcta adherencia al tratamiento y el seguimiento estrecho pueden jugar un papel importante en la evolución de la enfermedad. El perfil mucinoso de CCR parece estar asociado a la EC.

230067. INCIDENCIA DE COMORBILIDADES Y ANÁLISIS DE FRAGILIDAD EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA TRATADOS MEDIANTE COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA

EJ Rodríguez Lora¹, P Lara Romero², P Beltrán Miranda², M Alba Valmorisco², R Balongo García¹

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

Introducción: La colecistitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes en nuestro país. La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento estándar pero pacientes con alto riesgo quirúrgico y grados avanzados existe la alternativa de la colecistostomía percutánea.

La esperanza de vida en nuestro país sigue creciendo y el concepto de fragilidad es fundamental para valorar integralmente al paciente.

Presentamos un estudio retrospectivo sobre una muestra de pacientes de nuestro área hospitalaria con diagnóstico de colecistitis aguda y sometidos a colecistostomía percutánea con el fin de analizar su situación integral desde el punto de vista de la comorbilidad y la fragilidad y así poder ofrecer la terapéutica más adecuada a estos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo cuyo objetivo es estudiar la incidencia de comorbilidades y el análisis de la fragilidad en pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda tratados mediante colecistostomía percutánea en el Hospital Juan Ramón Jiménez en el periodo correspondiente al año 2021.

Registro de 120 colecistitis aguda que han precisado ingreso hospitalario. De todos estos pacientes, 9 han recibido colecistostomía percutánea.

Análisis descriptivo centrándonos en índices de comorbilidad, alto riesgo quirúrgico así como escalas de fragilidad en estos pacientes.

Análisis de comorbilidad: Índice de Charlson y ASA-Score.

Análisis de fragilidad: *Clinical Scale Frailty* y *Modified Frailty Index*.

Resultados: N: 9 pacientes con colecistostomía.

Mediana de edad: 76 (min. 45 – máx. 86).

Índice de Charlson: IC igual o superior a 4. Con una media de 6,33.

ASA-SCORE: ASA-Score mayor o igual a 3. Con una media de 3,55.

Modified Frailty Index: 4 pacientes con fragilidad leve y 5 con fragilidad moderada. MFI media de 3,88 (fragilidad moderada).

Clinical Frailty Scale: 2 pacientes con fragilidad leve (CFS 5), 3 pacientes con fragilidad moderada (CFS 6) y 4 pacientes con fragilidad grave (CFS 7).

CFS media de 6,22 (fragilidad moderada).

Grado de colecistitis aguda según clasificación de Tokyo 2018: 2 pacientes con grado III y 7 con grado II.

Mortalidad: 3 (33,3%).

Días de ingreso: mediana de días de ingreso es de 39,5 (min. 2 – máx.60). 8 de los 9 pacientes presenta Clavien Dindo mayor de 3.

Conclusiones: Según el análisis, los pacientes candidatos a colecistostomía percutánea presentan moderada comorbilidad y/o fragilidad. Proponemos contemplar la fragilidad del paciente como importante indicador de su situación integral para elegir la mejor terapéutica.

230079. ESTUDIO COMPARATIVO DE FUNDUPLICATURA DE NISSEN CON/SIN APLICACIÓN DE MALLA TITANIZADA PARA HERNIA DE HIATO

P Lara Romero, MJ Pérez Benitez, EJ Rodríguez Lora, R Perez Quintero, R Balongo García

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

Introducción: Presentamos un estudio comparativo realizado en nuestro centro para una serie de pacientes intervenidos de hernia de hiato mediante funduplicatura de Nissen con y sin aplicación de malla titanizada. Presentamos los resultados obtenidos desde un punto de vista comparativo incluyendo el cuestionario GER-Q para evaluación de la situación clínica postoperatoria así como análisis de complicaciones y/o recidiva.

Material y métodos: Contamos con una serie de 8 pacientes con hernia de hiato (tipos I a IV), intervenidos en nuestro centro (Hospital Juan Ramón Jiménez) en el último año 2022 con abordaje laparoscópico o robótico a los que se le ha hecho un seguimiento hasta 90 días.

Al 50 % se le ha realizado funduplicatura de Nissen sin utilización de malla y al otro 50 % funduplicatura y colocación de malla titanizada.

Realizamos un estudio retrospectivo, comparativo mediante test Chi-Cuadrado analizando los siguientes ítems: complicaciones, reintervención, recidiva y cuestionario GERD-Q.

Resultados: Tras realizar analizar los datos recogidos observamos que en el grupo funduplicatura más malla no existe ningún paciente con recidiva y en el grupo funduplicatura sin malla obtenemos registro de un paciente con recidiva. En ninguno de los dos grupos los pacientes han presentado complicaciones mayores ni han precisado de reintervención.

Observamos como en el cuestionario GER-Q la mediana en el grupo funduplicatura más malla ha sido de 2,5 mientras que en el grupo funduplicatura sin malla ha sido de 4 puntos, existiendo una posibilidad de ERGE en el primer grupo de un 18.6 % y de un 52 % en el segundo grupo en base a los registros bibliográficos al respecto de este cuestionario.

Se realiza un test Chi-Cuadrado obteniendo significación estadística con una $p=0,028$.

Conclusiones: Se precisa de mayor reclutamiento de pacientes y estudios al respecto pero, en base a estos primeros resultados, concluimos que el uso de la malla titanizada añadida a la funduplicatura puede ser una alternativa segura y eficaz que aumente la satisfacción del paciente en el postoperatorio así como la disminución de recidiva y/o aparición de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

230086. RESULTADOS DE LA CIRUGÍA MULTIDISCIPLINAR DE LA ENDOMETRIOSIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Al Fernández Sánchez, D Franco Berraondo, P Gutierrez Delgado, I González Poveda, J Carrasco Campos, S Mera Velasco

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

Introducción: Valorar si el tipo de técnica quirúrgica y la cirugía completa están relacionadas con la resolución clínica de la enfermedad; así como analizar complicaciones precoces, tasa de fertilidad tras la cirugía y la necesidad de reintervención por persistencia de clínica en nuestra serie de pacientes.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo observacional y monocéntrico en el Hospital Regional Universitario de Málaga (España), que evalúa las pacientes intervenidas en nuestro centro entre Enero 2011 -Enero 2023, sometidas a cirugía de la endometriosis. Se han recogido un total de 88 pacientes con diferentes grados de endometriosis sometidos a cirugía conjunta entre la Unidad de Coloproctología de nuestro centro, el Servicio de Ginecología y el Servicio de Urología. Para el análisis de los datos se usó el sistema SPSS 15.0 (IBM statistics), se realizó un análisis comparativo de variables cualitativas mediante el test Chi 2 , y un análisis multivariable entre variables cualitativas, estableciendo la diferencia estadísticamente significativa en $p<0.05$.

Resultados: Nuestra serie de pacientes tiene una mediana de edad de 41 años, con una mediana de cirugías previas de 1 (con un rango entre 0 y 9), con una mediana de IMC 23,8. La mediana de estancia hospitalaria postoperatoria fue de 7 días (con un rango entre 2 y 29 días). La sintomatología principal por la que las pacientes acuden a la nuestra consulta fue principalmente dolor (en el 86,4% de los casos).La resolución clínica se registró en el 70.5% de las pacientes, sin necesidad de tratamiento posterior en casi el 65% de ellas.La morbilidad en los primeros 30 días postoperatorios fue del 25%.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el grado de endometriosis, la técnica quirúrgica intestinal o sobre útero y anejos realizada, y el abordaje quirúrgico, con la resolución clínica. El análisis multivariante, mostró que las pacientes con cirugía completa tienen 7.6 veces más probabilidad de resolución clínica, con una $p=0.013(1.53-37.7)$. Además, se objetivó que las pacientes intervenidas mediante abordaje mínimamente invasivo tiene un 18% menos complicaciones que los pacientes intervenidos por vía abierta, con una $p=0.012(0.048-0.684)$.

Conclusiones: Actualmente existe gran debate en cuanto al diagnóstico y tratamiento de esta patología. En nuestra serie de paciente no se han encontrado diferencias significativas entre cirugía conservadora o resección intestinal y un mayor número de complicaciones. Si se ha objetivado una menor tasa de eventos adversos en la cirugía mínimamente invasiva, acorde a la literatura. También se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre una cirugía completa y una mayor resolución clínica, existiendo controversia en la literatura en este punto.

230105. RESECCIÓN HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA POR TUMORES HEPÁTICOS PRIMARIOS. ANÁLISIS DE NUESTROS 100 PRIMEROS CASOS.

S Mansilla Díaz, JF Roldán de la Rúa, LC Hinojosa Arco, R Gómez Pérez, R De Luna Díaz, MÁ Suárez Muñoz

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

Introducción: El objetivo de esta revisión es evaluar nuestra experiencia y resultados en el abordaje laparoscópico de los tumores hepáticos primarios (benignos y malignos).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 100 pacientes con tumores hepáticos primarios sometidos a resección hepática vía laparoscópica en el periodo comprendido entre 2014 y 2023.

Resultados: Se han analizado 100 pacientes con un promedio de edad de 59,4 años. En cuanto a la etiología, el 35% corresponde a lesiones malignas con el hepatocarcinoma como tumor más frecuente con 25 casos, seguido del colangiocarcinoma intrahepático con 7 casos. El quiste simple y la poliquistosis hepática son las enfermedades benignas más frecuentes con el 20% y 16% respectivamente.

En referencia al tipo de intervención, en el grupo de resecciones anatómicas destaca la seccionectomía lateral izquierda con un 11% del total. Destacar 4 hepatectomías derechas y 2 izquierdas como resecciones mayores. Han precisado conversión vía abierta 6 pacientes (5 para control vascular y 1 por dificultad técnica).

Se dejó drenaje abdominal en 19 pacientes correlacionándose con cirugías de mayor complejidad, tiempo operatorio y mayor estancia postoperatoria sin diferencias en cuanto a pérdidas hemáticas y transfusión intraoperatoria. Acerca del uso de material hemostático solo se utilizó en 14 pacientes sin que se aprecie clara correlación con las pérdidas hemáticas cuantificadas. El tipo de clampaje vascular más utilizado fue la maniobra de Pringle intermitente extracorpórea en el 33% de los pacientes con un promedio de tiempo de 54 minutos.

Conclusiones: La estancia media postoperatoria del total de pacientes es de 2,46 días destacando 2 pacientes intervenidos de quistes hepáticos mediante destechamiento que fueron dados de alta el mismo día siguiendo un régimen de CMA. Nos gustaría subrayar que el 41% de los pacientes tuvieron una estancia de un día y el 29% de dos días incluyendo en este último grupo 1 hepatectomía izquierda. Se han registrado complicaciones a los 90 días en 3 de los 100 pacientes (3%), dos pacientes con una insuficiencia hepática (Clavien-Dindo IIIa) y un paciente con una fuga biliar grado B (Clavien-Dindo IIIa) tras una hepatectomía derecha. La mortalidad (Clavien-Dindo V) a los 90 días en nuestra serie es del 1%.

El abordaje laparoscópico de los tumores hepáticos en nuestra Unidad ha seguido un camino progresivo, con un aumento de la complejidad a medida que hemos ido adquiriendo experiencia. Consideramos que la aplicación de un protocolo ERAS contribuye a obtener los resultados descritos en cuanto a morbimortalidad y estancia postoperatoria.

230112. VALOR PRONÓSTICO DE LAS ESCALAS WSES Y HINCHEY MODIFICADA POR WASVARY EN PACIENTES CON DIVERTICULITIS AGUDA

T Gómez Sanchez, JA Aragón Encina, Á Ortiz Sánchez, F Romero Aceituno, E Sancho Maraver

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

Introducción: Comparación de variables relacionadas con el pronóstico de pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda según la escala WSES 2020 y Hinchey modificada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de carácter unicéntrico de pacientes pertenecientes a nuestra área de salud, diagnosticados por TAC de diverticulitis aguda, entre los años 2017 y 2020.

En este estudio analizamos las diferentes variables propuestas como factores pronósticos en la diverticulitis agudas y se comparan resultados entre ambas clasificaciones y el manejo terapéutico.

Resultados: Se estudian 99 casos de diverticulitis aguda. Se clasificaron mediante la clasificación de Hinchey modificada por Wasvary y según la clasificación de la WSES 2020.

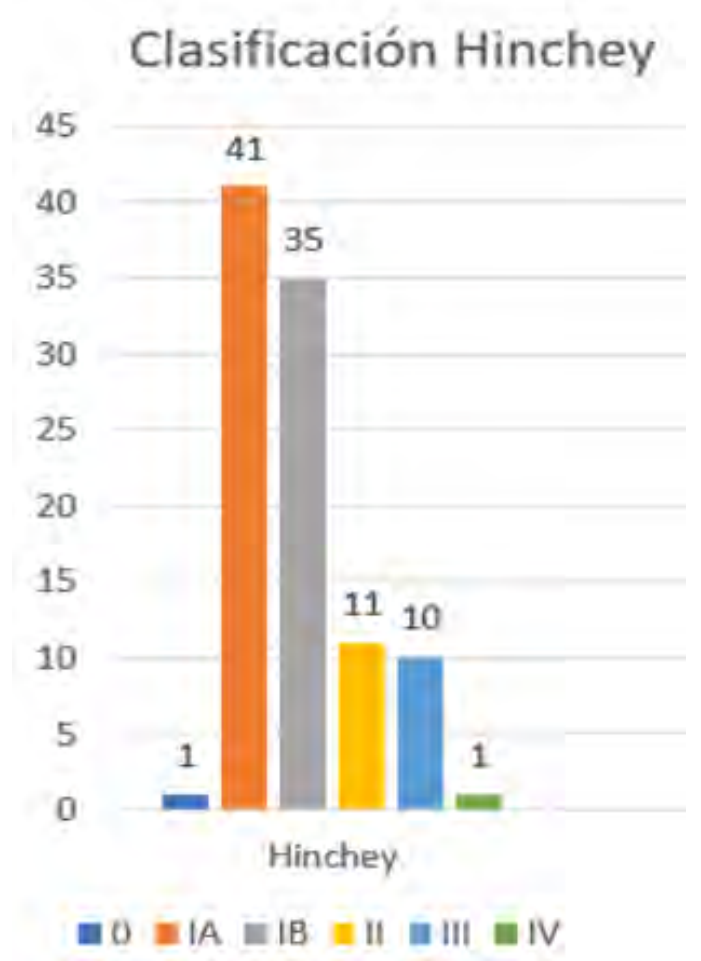


Figura 1 Clasificación Hinchey.

Total Pacientes	Género		Edad			Comorbilidades				Tabaco		ASA	CCI SCORE				IMC			Días de Ingreso
	Varón	Mujer	Mínimo	Máximo	Media	0	≤1	2-4	>4	Si	No	Media	0	0-3	4-7	8-11	Mínimo	Máximo	Media	Media
99	48	51	27	92	59,76	33	37	11	18	23	76	2,98	4	64	26	5	18,84	41	26,18	2,98

Tabla 1

Total Pacientes	Leucocitosis			PCR			INR		Proteínas totales			Hb		
		Ingreso	3-5d		Ingreso	3-5d		Ingreso		Ingreso	3-5d		Ingreso	3-5d
99	<10 000	27	75	<100	42	73	≤1,1	48	<6,5	14	19	<11,5	22	35
	10-15	36	18	100-200	21	17	1,2-1,5	46	>6,5	79	60	≥11,5	76	62
	>15	35	4	>200	35	7	>1,5	3						

Tabla 2

Total pacientes	Drenaje percutáneo		Cirugía urgente		Técnica quirúrgica		
	Si	No	Si	No	Hartmann	Anastomosis	Drenaje y lavado
99	12	87	13	86	12	3	1

Tabla 3

	Hinchey			
	DRENAJE PERCUTÁNEO		CIRUGÍA URGENTE	
	Chi ² / Valor P			
Tabaco	14 / 0,015		61,1 / <0,001	
ASA	14 / 0,015		61,1 / <0,001	
CCI			61,1 / <0,001	
Fiebre	14 / 0,015		61,1 / <0,001	
Absceso	14 / 0,015		61,1 / <0,001	
Líquido libre	14 / 0,015		61,1 / <0,001	
Neumoperitoneo	14 / 0,15		61,1 / <0,001	
Leucocitosis (ingreso / 3-5d)	13,8 / 0,008	13,5 / 0,009	56,5 / <0,001	55,1 / <0,001
PCR ingreso (ingreso / 3-5d)	13,8 / 0,008	13,5 / 0,009	25,6 / <0,001	55,1 / <0,001
INR (ingreso / 3-5d)	13,5 / 0,009		55,1 / <0,001	
Proteínas totales (ingreso / 3-5d)	10,9 / 0,027	14,3 / 0,006	55,1 / <0,001	53,5 / <0,001
Hb (ingreso / 3-5d)	13,8 / 0,008	13,5 / 0,009	56,5 / <0,001	55,1 / <0,001

Tabla 4

Se exponen los datos del estudio en las siguientes tablas y figuras descriptivas y a continuación los resultados tras el estudio analítico.

Conclusiones: - Las variables propuestas (tabaco, ASA, CCI score, fiebre, presencia de absceso, líquido libre, INR al ingreso, hemoglobina, leucocitosis, PCR, estos tres últimos al ingreso y al 3º y 5º día) pueden considerarse factores pronósticos de evolución a drenaje percutáneo o cirugía urgente en pacientes diagnosticados

de diverticulitis aguda según la clasificación de WSES y Hinchey modificada.

- No podemos concluir que la presencia de neumoperitoneo sea un factor pronóstico de cara al drenaje percutáneo en pacientes clasificados mediante la clasificación Hinchey.

- La clasificación WSES presenta mayor potencia estadística al relacionar dichas variables pronósticas con el drenaje percutáneo o

	WSES			
	DRENAJE PERCUTÁNEO		CIRUGÍA URGENTE	
	Chi ² / Valor P			
Tabaco	31 / <0,001		74,8 / <0,001	
ASA	31 / <0,001		74,8 / <0,001	
CCI	31 / <0,001		74,8 / <0,001	
Fiebre	31 / <0,001		74,8 / <0,001	
Absceso	31 / <0,001		74,8 / <0,001	
Líquido libre	31 / <0,001		74,8 / <0,001	
Neumoperitoneo	31 / <0,001		74,8 / <0,001	
Leucocitosis (ingreso / 3-5d)	30,6 / <0,001	30,2 / <0,001	77,5 / <0,001	75,1 / <0,001
PCR ingreso (ingreso / 3-5d)	30,6 / <0,001	30,2 / <0,001	77,5 / <0,001	75,1 / <0,001
INR (ingreso)	30,2 / <0,001		75,1 / <0,001	
Proteínas totales (ingreso / 3-5d)	26,1 / <0,001	25,4 / <0,001	70,2 / <0,001	61 / <0,001
Hb (ingreso / 3-5d)	30,6 / <0,001	30,2 / <0,001	77,5 / <0,001	75,1 / <0,001

Tabla 5



Figura 2

Clasificación WSES.

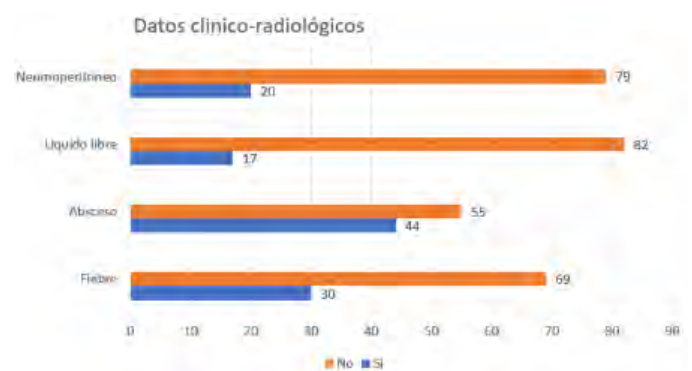


Figura 3

Datos clínicos-radiológicos.

230120. SERIE DE CASOS DE PERFORACIONES ESOFÁGICAS: MANEJO Y RESULTADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L Sobrino Brenes, A Berbel Murcia, B Marengo de la Cuadra, J Reguera Rosa, A García García, FJ Jimenez Vega, JA López Ruiz

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

Introducción: Las perforaciones esofágicas son una patología infrecuente pero con una elevada morbilidad debido a la severidad del cuadro séptico que provocan. El objetivo de este trabajo es exponer nuestra experiencia en el manejo de esta patología.

Material y métodos: Presentamos una serie de cinco casos de perforaciones esofágicas tratados en nuestro centro durante el año 2022.

Resultados: Cuatro de los cinco pacientes son varones. La mediana de edad es 54 años. La tasa de complicaciones es 60%. La

la cirugía urgente en comparación a la clasificación de Hinchey.

- La inclusión de datos clínicos y analíticos puede ser de utilidad en determinar la evolución e incluso manejo terapéutico de la diverticulitis aguda.

- No obstante, son necesarios estudios más amplios que confirmen este hecho.

tasa de mortalidad es 20%. La estancia media son 20,5 días. El 60% son iatrogénicas, 20% por impactación de cuerpo extraño y 20% espontánea.

De las iatrogénicas (tras desimpactación endoscópica de cuerpo extraño), dos de ellas fueron manejadas de forma conservadora con buena evolución; en la tercera al no ser posible la extracción endoscópica del cuerpo extraño, se realizó extracción quirúrgica del mismo, sutura simple de la perforación y refuerzo con funduplicatura de Toupet.

En el caso de la perforación cervical por impactación de cuerpo extraño, en un paciente con más de 5 días de evolución, fue manejado mediante control del foco séptico inicial con drenaje quirúrgico de colecciones cervicales y mediastínicas y en el mismo acto extracción endoscópica de cuerpo extraño. Posteriormente se colocó una prótesis endoscópica.

El caso del síndrome de Boerhaave fue manejado de forma quirúrgica inicial con drenaje de colecciones abdominales y mediastínicas y sutura simple de la perforación sobre tubo en T, con posterior colocación endoscópica de prótesis esofágica con buen control del foco. Sin embargo, el paciente fue éxitus por exacerbación de sus patologías médicas de base.

Conclusiones: El manejo conservador de las perforaciones esofágicas es una opción segura y eficaz en pacientes muy seleccionados. Sin embargo, una gran parte de estos enfermos requerirá una intervención quirúrgica urgente, siendo la reparación primaria asociada al drenaje de colecciones la mejor opción terapéutica si las condiciones locales y el estado del paciente lo permiten.

El manejo de estos pacientes debe ser individualizado y va a depender del tipo y la localización de la perforación, el tiempo transcurrido desde el inicio del cuadro, la estabilidad clínica así como la experiencia del cirujano, siendo la prioridad el control del foco séptico.

230142. EXPERIENCIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL QUISTE HIDATÍDICO EN UNA REGIÓN DE ALTA PREVALENCIA: ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

D Gonzalez Sanchez, M García Redondo, D Cabañó Muñoz, J Lopez Fernandez , J Torres Melero , A Reina Duarte

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

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis causada por el estado larvario del género *Echinococcus*. El ser humano es un huésped intermediario accidental. El principal órgano afectado es el hígado (70%), seguido de pulmón (20%). En regiones endémicas como países de Europa del Este, África o Sudamérica las tasas de incidencia pueden ascender a 50 casos cada 100.000 habitantes-año. El objetivo es presentar una serie descriptiva de los casos intervenidos en nuestro hospital en los últimos 5 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos de hidatidosis hepática en los últimos 5 años (2018-2023). Respecto a las características del quiste se tuvo en cuenta el síntoma de debut, localización, extensión y tamaño del quiste, así como su clasificación radiológica, además de la presencia de fistula quisto-biliar. En las variables operatorias se recogieron el tipo de intervención, la presencia de complicaciones intra y postoperatorias (según clasificación de Clavien-Dindo), así como las reintervenciones.

Resultados: Se incluyeron los datos de 14 pacientes, el 50% de ellos fueron mujeres y la edad media fue de 50,69 años (DE 15,76). Respecto a la región de origen, la mayoría (57,1%) fueron originarios del norte de África, seguido de Europa del este (21,4%) y España (21,4%). El 57,1% de los pacientes presentaron alguna comorbilidad, el 42,9% presentaba HTA, el 21,4% DM2 y obesidad el 14,3%.

Respecto a las características relacionadas con el quiste hidatídico, el síntoma de debut predominante fue el dolor abdominal en un 71,4% de la muestra. En el 57,1% de los casos se alojaba en el lóbulo hepático derecho, el 35,7% tenía afectación del lóbulo izquierdo exclusivamente, y en un paciente (7,1%) existía afectación bilobar. La extensión de la enfermedad fue exclusivamente hepática en 11 pacientes (78,6%). El diámetro máximo medio fue de 9,13cm (DE4,28).

Según la clasificación radiológica, el 57,1% fue clasificado como CE2, CE3B el 28,6% y CE3A el 14,3%. El 71,4% presentaba un quiste hidatídico único y el 28,6% presentaba localización múltiple. Todos recibieron albendazol previo a la cirugía menos un paciente en el que estaba contraindicado por PTI.

CARACTERÍSTICAS QUIRURGICAS	N = 14
Tipo de cirugía: % (n)	
Quistoperiquistectomía total	35,7% (n=5)
Quistoperiquistectomía subtotal	50% (n=7)
Resección hepática	14,3% (n=2)
Complicaciones: % (n)	
Intraoperatorias	7,1% (n=1)
Postoperatorias	57,1% (n=8)
Absceso/colección	21,4% (n=3)
Derrame pleural	7,1% (n=1)
Fístula biliar	14,3% (n=2)
Hemoperitoneo	7,1% (n=1)
Exitus	7,1% (n=1)
Clavien-Dindo: % (n)	
CD II	14,3% (n=2)
CD IIIA	21,4% (n=3)
CD IIIB	14,3% (n=2)
CD V	7,1% (n=1)
Reingreso: % (n)	35,7% (n=5)

Tabla 1

CARACTERÍSTICAS QUISTE HIDATIDICO	N = 14
Localización: % (n)	
Derecha	57,1% (n=8)
Izquierda	35,7% (n=5)
Ambas	7,1% (n=1)
Extensión: % (n)	
Hepática	78,6% (n=11)
Hepática + Peritoneal	7,1% (n=1)
Hepática + Esplénica	7,1% (n=1)
Hepática + Ovárica	7,1% (n=1)
Número: % (n)	
Único	71,4% (n=10)
Múltiple	28,6% (n=4)
Diámetro máximo: cm (DE)	9,13 (DE 4,28)
Clasificación OMS Radiológica: % (n)	
CE2	57,1% (n=8)
CE3A	14,3% (n=2)
CE3B	28,6% (n=4)
Fistulización a vía biliar: % (n)	21,4% (N=3)

Tabla 2

CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS	N = 14
Edad: media (DE)	50,69 (DE 15,76)
Sexo: mujeres (n)	50% (n=7)
Origen: % (n)	
España	21,4% (n=3)
Norte de África	57,1% (n=8)
Europa del Este	21,4% (n=3)
Comorbilidades: % (n)	57,1% (n=8)
HTA	42,9%
DM2	21,4%
IAM	7,1%
Obesidad	14,3%
Síntoma de debut	
Dolor abdominal	71,4% (n=10)
Masa palpable	7,1% (n=1)
Ictericia obstructiva	7,1% (n=1)
Infección abdominal	14,3% (n=2)

Tabla 3

En el 35,7% se realizó una quistoperiquistectomía total, en el 14,3% se practicó una quistorresección, y en el 50% se llevó a cabo una quistoperiquistectomía subtotal. Se recogieron 8 (57,1%) complicaciones postquirúrgicas.

Conclusiones: La cirugía del quiste hidatídico está indicada en quistes con un diámetro mayor a 10cm, quistes complicados o con

vesículas hijas (CE2,CE3b), también en quistes menores de 10cm si existe riesgo de rotura. Las tasas de morbilidad oscilan entre el 12-84%, y las de mortalidad entre el 0,5 y el 6,5% según la serie.

230144. ¿ES POSIBLE CONSEGUIR EL CIERRE COMPLETO DE LA FASCIA ANTERIOR EN GRANDES DEFECTOS?

P Díaz Ríos, M Fernández Baeza, M Santidrián Zurbano, M Domínguez Bastante, A Mansilla Roselló

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

Introducción: Las eventraciones se producen hasta en el 30% de los pacientes a los 3 años de la cirugía, con importantes consecuencias estéticas y funcionales. La reparación ideal implica la reconstrucción completa de la anatomía, medializando los músculos rectos anteriores y colocando mallas en el espacio preperitoneal-retrorectal para intentar lograr la restitución *ad integrum*. Se han desarrollado diversas técnicas que facilitan el cierre, sobre todo en grandes defectos (W3 de la *European Hernia Society*). Entre ellas destaca la separación anterior de componentes (SAC) y la liberación del transverso (TAR), así como la prehabilitación con toxina botulínica tipo A (TBA) y neumoperitoneo preoperatorio (NP). No obstante, en defectos mayores de 15 cm, estas técnicas pueden ser insuficientes para el cierre completo, para lo que se han desarrollado dispositivos de tracción fascial.

Presentamos nuestra experiencia con el uso del dispositivo de tracción fascial (Fasciotens®) para la reparación de eventraciones con defecto mayor de 15 cm.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo, incluyéndose todos los pacientes intervenidos de eventraciones con asistencia del dispositivo de tracción fascial (Fasciotens®). Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, datos de prehabilitación quirúrgica, características de la eventración y aspectos quirúrgicos y postoperatorios.

Resultados: Se incluyeron 3 pacientes, dos mujeres y un hombre, con una edad de 52 ± 10,69 años. Todos presentaban eventraciones complejas, con un defecto W3 mayor de 15 cm (M2M3M4M5W3R0, M2M3M4W3R0 y L1W3R1) y todos recibieron prehabilitación con TBA y NP. Las comorbilidades se presentan en la [tabla 1](#).

Diabetes mellitus	1 (33,3%)
Hipertensión arterial	2 (66,6%)
Tabaquismo	1 (33,3%)
CeDAR medio	28.6 ± 16%

Tabla 1

En dos casos se realizó eventroplastia Rives-Stoppa con cierre fascial completo (eventración M) y en el tercero se realizó TAR bilateral quedando un bridging de 5x15cm (eventración L). El tiempo quirúrgico fue de 263 ± 47,25 minutos. La estancia hospitalaria fue de 9 ± 4,35 días. El dolor, medido según la escala visual analógica (EVA), fue de 6/10. Como complicaciones hubo una infección de la herida quirúrgica y un hematoma.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el uso del dispositivo de tracción fascial puede resultar útil como herramienta complementaria en la reparación de grandes defectos para lograr el cierre fascial completo. Permite “desescalar” la cirugía y debe ser tenido en cuenta como alternativa a las técnicas de separación de componentes.

230149. AMILASA EN DRENAJE EN LAS PRIMERAS 48 HORAS TRAS UNA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA PARA PREDECIR EL DESARROLLO DE FÍSTULA PANCREÁTICA

LC Hinojosa Arco, C Monje Salazar, A Ortega Martínez, R Gómez Pérez, S Mansilla Díaz, J Roldán de la Rúa, R de Luna Díaz, MÁ Suarez Muñoz

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

Introducción: La fístula pancreática postoperatoria (FPPO) es una de las principales complicaciones de la duodenopancreatectomía cefálica (DPC). Se clasifica en función de su repercusión clínica en fístula bioquímica, grado B y C. Para su diagnóstico se precisa detectar un valor de amilasa en drenaje abdominal tres veces superior al valor normal en plasma a partir del tercer día postoperatorio. Se presenta un protocolo que surge con el objetivo de anticipar la presencia de FPPO durante las primeras 48 horas tras una DPC.

Material y métodos: En primer lugar, se realizó un análisis de regresión logística en una cohorte de pacientes intervenidos de DPC los cuatro años previos al inicio del estudio para analizar la relación entre el nivel de amilasa en el drenaje los dos primeros días postoperatorios y el desarrollo de fístula pancreática. Se determinaron de esta forma puntos de corte a partir de los cuales se pudiera predecir la presencia de FPPO o descartar su aparición. Los resultados de este análisis se integraron en el protocolo de cirugía pancreática de nuestra unidad, en el cual el tipo de anastomosis pancreática se decide en función del riesgo fístula (pancreatoyeyunostomía si bajo riesgo o pancreatogastrostomía si alto riesgo) y se realiza de forma sistemática un TC de abdomen de control el sexto día postoperatorio (figura 1).

Se presentan en este estudio prospectivo los resultados de los primeros pacientes intervenidos de DPC entre 2022 y el inicio de 2023 en los que se ha aplicado el protocolo descrito.

Resultados: El punto de corte de amilasa en drenaje a partir del cual poder descartar el desarrollo de FPPO el segundo día postoperatorio fue de 965 U/L (Sensibilidad: 90%, Especificidad:89%, Área bajo la curva 95%).

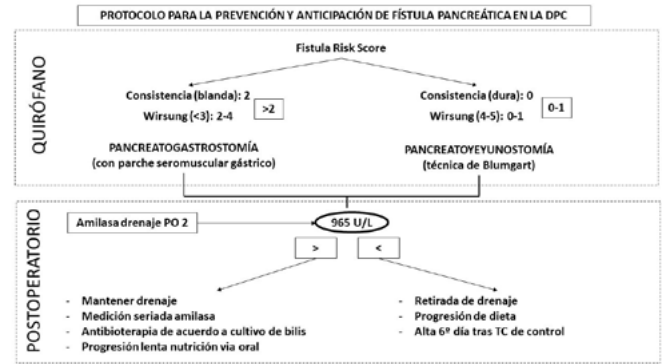


Figura 1

El protocolo se ha aplicado en 23 pacientes, destacando en ellos una incidencia de FPPO del 8,6% (todos fístula bioquímica). Según la clasificación Clavien-Dindo, el 56% de los pacientes no presentó ninguna complicación (Clavien-Dindo 0), el 34% presentó complicaciones menores (Clavien-Dindo II) y el 8,6% requirió reintervención (Clavien-Dindo grado IIIb). La estancia mediana fue de 6 días (media de 9). No se registró ningún caso de mortalidad.

Conclusiones: En base a los resultados que se presentan, podemos concluir que el protocolo descrito puede ser útil para identificar pacientes con bajo riesgo de desarrollar FPPO que se pueden beneficiar de medidas que faciliten su recuperación precoz. Es necesario realizar estudios con mayor tamaño muestral para obtener conclusiones de mayor fiabilidad.

230151. 100 COLANGIOCARCINOMAS ATENDIDOS EN NUESTRO CENTRO. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y SUPERVIVENCIA

LC Hinojosa Arco, P González Rojo, M Ortega Castán, R Gómez Pérez, S Mansilla Díaz, J Roldán de la Rúa, R de Luna Díaz, MÁ Suárez Muñoz

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

Introducción: El colangiocarcinoma, neoplasia que supone el 3% de las neoplasias gastrointestinales, se puede clasificar en intrahepático (CCaI), perihiliar (CCAp) y distal (CCAd). Generalmente está relacionado con una baja supervivencia, en parte por la ausencia de quimioterapia efectiva y porque a menudo el diagnóstico se produce en fases avanzadas de la enfermedad. En este sentido, presentamos una revisión de 100 pacientes con colangiocarcinoma con el objetivo de analizar su forma de presentación, evolución clínica y supervivencia en función de su localización y tratamientos recibidos.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 100 pacientes con colangiocarcinoma atendidos por la Unidad de Cirugía Hepatobiliar de nuestro centro hospitalario. Se anotó en cada caso el estadio tumoral al diagnóstico, los potenciales factores de riesgo y la actitud terapéutica (cirugía, quimioterapia, radioembolización,

quimioembolización o tratamiento paliativo). Además, se realizó un análisis de supervivencia en función del subtipo tumoral y del tratamiento recibido mediante el test de Log-Rank.

Resultados: El 54% de los pacientes analizados presentó CCAi, el 27% CCAp y el 19% CCAAd. Entre los factores de riesgo para su aparición destacar que el 40% de los pacientes con CCAi presentaba algún tipo de hepatopatía ($p=0.04$). El 7% de los casos presentaba estadio I al diagnóstico, el 23% estadio II, el 22% estadio III y el 38% estadio IV. Se realizó algún tipo de tratamiento en el 52% de los casos. Entre ellos, cirugía con intención curativa en el 30%, radioembolización en el 2%, quimioembolización en el 1% y quimioterapia sola o junto a alguna de las anteriores en el 28%, optándose en el resto por una actitud paliativa.

La supervivencia global fue mayor en los pacientes con CCAi respecto a los pacientes con CCAp y CCAAd ($p=0,05$), con una supervivencia media de 23, 9 y 13 meses respectivamente (Figura 1, gráfica A). Según el tipo de tratamiento y marcando el punto de corte a los dos años del diagnóstico, observamos una mayor supervivencia en pacientes tratados con cirugía y adyuvancia, seguido de los pacientes tratados solo con cirugía y, por último, de los pacientes que solo reciben quimioterapia ($p<0,01$) (Figura 1, gráfica B). Destacar una notable supervivencia en los escasos pacientes seleccionados para radioembolización.

Conclusiones: A pesar del pobre pronóstico a largo plazo del colangiocarcinoma, hemos de destacar una mejor supervivencia en pacientes con CCAi en nuestra serie. La correcta selección de pacientes para administrar la mejor alternativa terapéutica en cada caso puede contribuir a mejorar el pronóstico.

230173. ¿ES SEGURO EL TRATAMIENTO AMBULATORIO SIN ANTIBIOTERAPIA EN LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA?

AM Sánchez Díaz, MP Gutierrez Delgado, I González Poveda, I Miron Fernandez, J Carrasco Campos, M Ruiz Lopez, JA Toval Mata, S Mera Velasco, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Objetivo principal: valorar la seguridad del tratamiento ambulatorio sin antibioterapia de la diverticulitis aguda no complicada en pacientes seleccionados según la tasa de asistencia a urgencias, hospitalizaciones y necesidad de cirugía urgente.

Objetivo secundario: análisis descriptivo de los resultados de nuestra serie histórica de los pacientes diagnosticados de DA grado 0 y tratados de forma ambulatoria.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que fueron tratados de forma ambulatoria en nuestro servicio desde 2010 hasta 2022.

Resultados: En nuestra base de datos desde 2010 hasta 2022 tenemos recogidos un total de 390 pacientes que fueron atendidos en Urgencias y siendo diagnosticados de DA y tratados de forma ambulatoria.

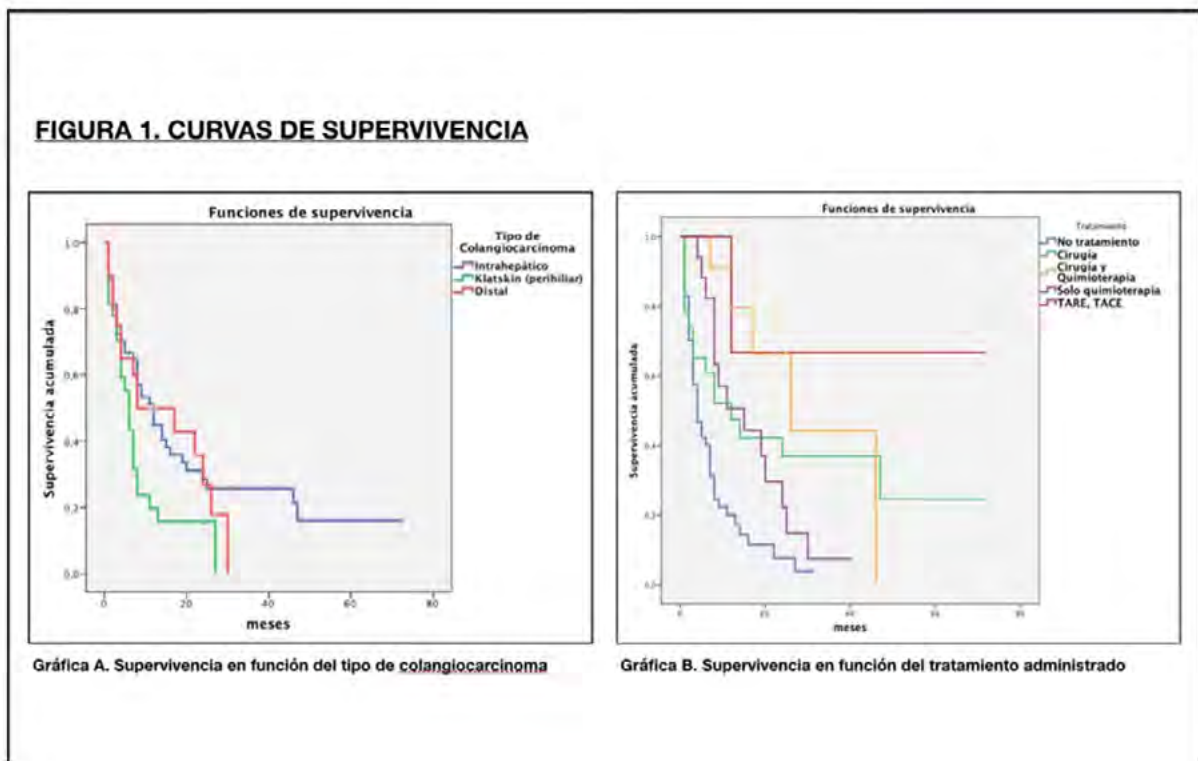


Figura 1

En el primer periodo (2010-2020) tenemos un total de 262 pacientes, 111 mujeres (43,2%) y 146 hombres (56,8%). La edad media de este grupo es de 52,51 años (mediana 53). En el segundo periodo contamos con un total de 105 pacientes, 55 mujeres (52,4%) y 50 hombres (47,6%), con una edad media de 55,9 años y mediana de 57.

En cuanto a comorbilidades, en el primer periodo el 27,2% de los pacientes eran hipertensos, el 3,5% diabéticos y el 17,9% dislipémicos, frente a un 48,6% de hipertensos, 11,4% de diabéticos y 36,2% de dislipémicos en el segundo periodo, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

En el primer periodo, los pacientes fueron dados de alta con antibioterapia de acuerdo con el protocolo. En el segundo periodo, 14 pacientes fueron susceptibles de alta sin antibioterapia.

Entre los pacientes que fueron dados de alta con antibioterapia, 35 de ellos acudieron a Urgencias (9,9%), de los cuales, 11 requirieron ingreso (3,1%). No fue necesaria cirugía urgente en ninguno de estos pacientes.

De los 14 pacientes que fueron dados de alta sin antibioterapia, solo uno de ellos acudió a Urgencias (7,1%). No fue preciso ningún ingreso ni cirugía urgente.

Conclusiones: Aunque aún contamos con un número de pequeños de pacientes, el tratamiento ambulatorio sin antibioterapia en pacientes seleccionados no aumenta el riesgo de complicaciones en relación a los pacientes que si son tratados con antibioterapia al alta, ya que de estos pacientes, solo uno de ellos acudió a urgencias, y ninguno de ellos fueron hospitalizados ni necesitaron cirugía urgente.

230188. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CIRUGIA BARIATRICA ROBOTICA DURANTE LA CURVA DE APRENDIZAJE. RESULTADOS NUESTROS

JA Aragon Encina¹, A Fierro Aguilar¹, A Ortiz Sanchez², A Bengoechea Trujillo¹, MA Mayo Ossorio¹, JM Pacheco García¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Puerta del Mar, Cádiz. ²Servicio Cirugía General. Hospital Universitario de Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: Existe evidencia que el abordaje mínimamente invasivo de la cirugía bariátrica reduce la morbilidad y la estancia hospitalaria. Actualmente se está imponiendo el empleo del abordaje robótico en la cirugía bariátrica. La curva de aprendizaje de este nuevo abordaje, recomienda la realización de 20 procedimientos robóticos. En el presente trabajo analizamos nuestra experiencia y los resultados de la cirugía bariátrica mínimamente invasiva mediante plataforma robotica Davinci X

Material y métodos: Desde 1 Junio de 2022 a 22 Febrero de 2023 hemos intervenidos a 42 pacientes de cirugía bariátrica primaria y 5 cirugías conversión de gastrectomía vertical (GV) a bypass(BPG). Desde esa fecha la unidad de cirugía bariátrica dispone de una sesión cada 15 días para realizar intervenciones mediante la plataforma Davinci XI.

Analizamos el nº de pacientes intervenidos, analizando el tiempo quirúrgico y la estancia media y las complicaciones comparando las cirugías robóticas realizadas con las cirugías laparoscópicas.

Resultados: Desde el 1 de junio hemos intervenidos 42 pacientes de cirugía bariátrica primaria, de los cuales 24 han sido intervenidos por abordaje robótico (13 BPG y 11GV) y 18 por abordaje laparoscópico (6BPG y 12 GV).

Se han realizado 5 cirugías revisionales, 4 por ERGE de novo y 1 retirada de banda gástrica. 3 se han intervenido por abordaje robótico (2 conversiones a bypass y 1 retirada de banda gástrica).

Se han intervenido 7 hombres y 40 mujeres, con edad media: 47 (Mínima 20-máxima 69) e IMC medio de 133,31 (min 91- max 170).

Tiempo total de cirugía (incluyendo preparacion y Doking) :

BPG laparoscópico medio 90 min (min 60- Máximo 95)

GV laparoscópica media 40 min (min 35 min- Máximo 60)

BPG robótico media 120 min (min 100 máximo 190)

GV robótica media 75 (min 55 máx 90 min)

Conversión GV a BPG Laparoscópico 120 min

Conversión GV a BOG robótico 180 min

Complicaciones postoperatorias. 1 HDA en bypass gastrico laparoscopico que se autolimitó 1 hemoperitoneo tras cirugía revisional de GV a BPG robotico que precisó reintervención.

Estancia media postoperatoria: de los procedimientos primarios fue de 48 horas (mínimo 36 horas máximo 72) y en la cirugía revisional fue de 4,7 días(mínimo 2, máximo 7).

Conclusiones: Existe cierta reticencia a la implementación del abordaje robótico por el incremento del tiempo quirúrgico sobre todo en la curva de aprendizaje . En nuestra experiencia este tiempo cada vez es menor y las complicaciones quirúrgicas así como la estancia media son similares al abordaje laparoscópico, por lo que pensamos que esta vía de abordaje es segura y equiparable al abordaje laparoscópico.

230201. ESTUDIO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES INTERVENIDOS POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. SERIE 143 PACIENTES.

N Gracia Aguilar¹, R Estepa Cabello¹, D Pinilla Martínez², R Escalera Pérez¹, C Medina Achirica¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.²Servicio Cirugía General. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Introducción: Desde el año 2011, contamos en el Hospital de Jerez con una Unidad monográfica de Enfermedad Inflamatoria,

multidisciplinar, con Facultativos Especialistas en Aparato Digestivo y Cirugía General, obteniendo el Certificado de Acreditación de Calidad Nacional.

Dada la evolución terapéutica en las últimas décadas, centramos nuestro estudio en analizar la morbimortalidad de aquellos pacientes con EI que han requerido intervención quirúrgica en el Hospital de Jerez, desde enero de 2015 a diciembre de 2022. Teniendo en cuenta que nos encontramos en un escenario en Hospital de Segundo Nivel con capacidad para 1.030 camas.

Material y métodos: Se ha utilizado la base de datos obteniendo bajo anonimato las características clínicas de los pacientes mediante el programa informático Diraya. Se incluyen pacientes intervenidos de forma programada, así como intervenidos con carácter urgente. Desglosando las estadísticas por periodo anual y por entidad clínica, así como reflejando los resultados del cómputo global.

Se han tenido en cuenta aquellas patologías previas que pueden influir en los resultados quirúrgicos. Para clasificar las regiones afectadas, recurrimos a la clasificación de Montreal, haciendo distinción entre la CU y la EC. Y para el análisis de las complicaciones, nos hemos basado en la clasificación Clavien- Dindo.

Resultados: Se han analizado un total de 143 pacientes (EC: 87%, CU 9%). La mayoría de sexo masculino y de una franja de 20-40 años. El 80% se intervienen de forma programada, con afectación principal del colon izquierdo en CU y parcial de intestino delgado en EC. La media de ingreso es de 8 días. Contamos con una tasa de reingreso del 8%, siendo la colección intraabdominal el principal motivo.

El abordaje por vía laparoscópica frente al abierto presenta porcentajes similares, 47% laparoscópica vs 44% abierto. Únicamente precisaron conversión a cirugía abierta un 7% de los pacientes.

Solo un 32% de nuestros pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, destacando la presencia de íleo paralítico. Así como una mortalidad mínima del 2% por mala evolución de enfermedad neoplásica.

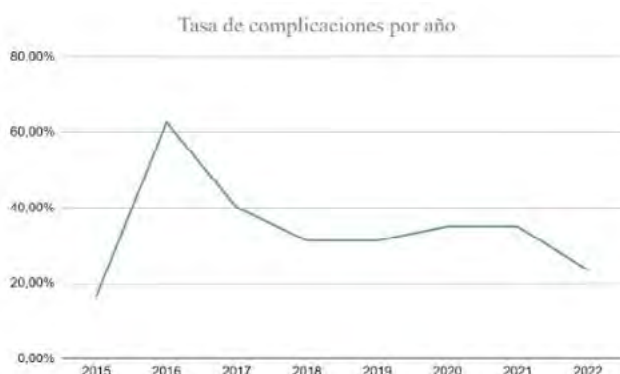


Figura 1 Porcentaje de complicaciones desglosado por año.

Complicaciones	Total de pacientes: 143.		EC: 123 pacientes		CU: 13 pacientes	
	Nº: 42	Porcentaje	Nº:	Porcentaje	Nº	Porcentaje
Ileo paralítico	8	5,6%	7	5,7%	1	7,7%
Dehiscencia anastomosis	7	4,9%	7	5,7%	1	7,7%
Sangrado	5	3,5%	5	4,06%		
Colección	4	2,8%	4	3,25%		
Absceso pared	3	2,1%	3	2,44%		
Dehiscencia herida	3	2,1%	3	2,44%		
Fiebre postqx	3	2,1%	3	2,44%		
Infección SQ	2	1,4%	2	1,63%		
Obstrucción	2	1,4%	1	0,81%	1	7,7%
Hematoma	1	0,7%	1	0,81%		
Otra	4	2,8%	4	3,25%		

Tabla 1 Complicaciones ordenadas por frecuencia y desglosada por entidad.

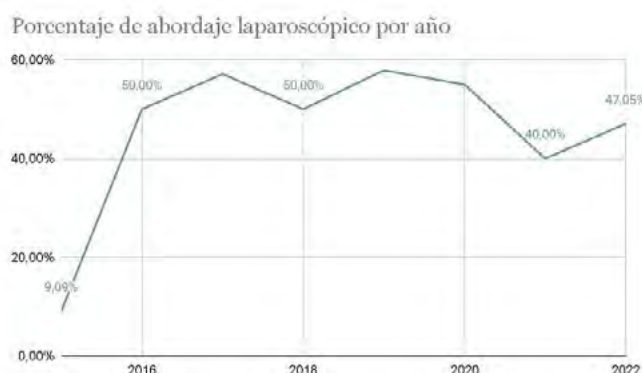


Figura 2 Porcentaje de abordaje laparoscópico desglosado por año

Conclusiones: - El abordaje multidisciplinar y la especialización y centralización de una patología tan compleja permite conseguir una reducción de la morbimortalidad en comparación con lo publicado en la literatura incluso en un hospital de segundo nivel.

- La acreditación de estas unidades y la auditoría de sus resultados nos permite continuar mejorando y garantizar el mejor tratamiento de nuestros pacientes.