

XVII Reunión de la ASAC

Comunicaciones orales

250005. VALOR DE LA ESTOMATERAPIA EN UNA VÍA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA PACIENTES CON ILEOSTOMÍA: EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

C Mestre Ponce, S Díos Barbeito, MDC De La Vega Olías, IM Marín Herrero, CM Pérez Alberca, A Hendelmeier, V Vega Ruiz

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

Introducción: El volumen anual de pacientes con ileostomía en nuestro centro no es desdeñable, como tampoco lo es la importancia de un equipo multidisciplinar que les acompañe en las distintas fases del proceso. El presente estudio pone en valor la labor de los estomaterapeutas, a través del análisis de las complicaciones de estos estomas detectadas y tratadas por ellos durante los últimos 2 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional descriptivo que incluye a todos los pacientes con ileostomía en los años 2022-2023 en un Hospital de Especialidades.

Resultados: Durante 2022 y 2023 se registró un total de 60 pacientes con ileostomía (63% varones y edad media de 65 años). El 78.3% fueron realizadas en el contexto de una intervención quirúrgica urgente por obstrucción intestinal o dehiscencia de anastomosis intestinal, fundamentalmente (la mayoría, terminales). De las programadas, 8 fueron ileostomías laterales de protección.

El 84,6% de los pacientes con ileostomías programadas fueron valorados preoperatoriamente para marcaje de la ubicación del estoma y educación prequirúrgica. Durante la hospitalización, todos los pacientes recibieron educación postquirúrgica y plan de cuidados de cara al alta.

En 2022, el 47% de los pacientes presentaron complicaciones previas al alta hospitalaria, destacando el edema de la mucosa y la retracción del estoma. 94.4% acudieron a la primera visita (antes de 4 semanas), con un 52.5% de complicaciones detectadas y tratadas: dehiscencia, fuga, dermatitis, ... 83.3% acudieron a la segunda visita (antes de 6 meses), detectándose un 33% de complicaciones: dermatitis, ulceración de la piel, granulomas, prolapso/retracción, ... 88.8% acudieron a la tercera visita (antes del año), con un 24.6% de complicaciones.

En 2023 se registró 62.2% de complicaciones previas al alta, 45.4% en la primera visita y 61.9% en la segunda.

Conclusiones: Los datos de nuestro estudio justifican la importancia de una vía clínica estructurada en la que el cuidado del

paciente se basa fundamentalmente en la enfermería de práctica avanzada en la atención a personas con ostomías. De acuerdo con la literatura, se trata de un modelo eficaz y eficiente para la mejora del estado de salud y la calidad de vida del paciente ostomizado.

250010. HAMARTOMAS RETRORRECTALES. ABORDAJE MEDIANTE TÉCNICA KRASKE

FJ Vázquez Casado, F Aguilar Del Castillo, G Anguiano Díaz, J Pintor Tortolero, JM Vázquez Monchul, AM García Cabrera, F De La Portilla De Juan

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

Introducción: Los hamartomas quísticos retrorrectales son tumores congénitos derivados de remanentes embrionarios postanales del intestino. Es una patología poco frecuente a nivel mundial. Suele presentarse en mujeres con una edad media de 30-40 años al diagnóstico.

Se caracteriza por ser una patología benigna pero en torno al 15% pueden presentar degeneración maligna. Las complicaciones más frecuentes son la infección, fístulas cutáneas y la degeneración maligna.

La clínica es variada e inespecífica y está relacionada con el tamaño y el efecto masa del quiste.

La resonancia magnética es la prueba complementaria de elección. No se recomienda biopsia por riesgo de sobreinfección y diseminación tumoral. El diagnóstico definitivo y su tratamiento requieren una extirpación completa de la tumoración y estudio anatomopatológico.

Revisión de la literatura, presentación de un caso clínico y técnica quirúrgica con un video.

Caso clínico: Exponemos el caso clínico de una paciente de 50 años con antecedentes de proctalgiya y abscesos perianales de repetición. Realizamos en consulta una ecografía endoanal donde se observa la presencia lesión quística. Se amplía realiza una resonancia donde se objetiva una lesión quística compatible con hamartoma retrorrectal.

Se plantea intervención quirúrgica con un abordaje posterior siguiendo la técnica de Kraske. Se realiza incisión sobre región interglútea, posterior disección de tejido celular subcutáneo y se libera del cóccix para conseguir una mejor exposición.

Se disecciona la lesión quística de las fibras del complejo esfinteriano, músculo puborrectal y elevador del ano, sin que existiese infiltración de pared de recto. El postoperatorio cursó sin complicaciones, siendo alta al cuarto día postoperatorio.

Discusión: Los hamartomas quísticos retrorrectales son tumores poco frecuentes que se caracterizan por una clínica inespecífica, siendo el tratamiento quirúrgico. La vía de abordaje dependerá de la altura del tumor, siendo la técnica de Kraske el abordaje más utilizado cuando la lesión se encuentra por debajo del nivel de S3.

250011. ACALASIA POST-COVID

FJ Vázquez Casado, F Moreno Suero, I Rodríguez Mogollo, A Senent Boza, I Alarcón Del Agua, J Padillo Ruiz

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

Introducción: La acalasia es un trastorno motor esofágico primario caracterizado por la falta de relajación del esfínter esofágico inferior y de peristalsis primaria. Epidemiológicamente, se trata de una entidad que afecta por igual a ambos sexos y a cualquier edad. Es una enfermedad rara, con una prevalencia de 10 casos por cada 100.000 personas.

En cuanto a su etiología, numerosas teorías han sido propuestas: de causa autoinmune, viral, genética o medioambiental.

En cuanto a la posible etiología viral, estudios recientes sugieren una reacción inmune a nivel neuronal en el músculo liso esofágico a consecuencia de la infección. Como es el caso de la COVID-19, ya que algunos estudios indican que hasta el 50% de los pacientes ven afectado su sistema gastrointestinal.

Para el diagnóstico de esta entidad debemos realizar una endoscopia digestiva alta que descarte otras alteraciones. El esofagograma con bario puede realizarse, pero la prueba gold standard es la manometría esofágica de alta resolución, que ha clasificado la acalasia en tres grupos según patrones de contractilidad.

El tratamiento busca reducir la sintomatología y evitar la carcinogénesis o broncoaspiración. Disponemos de fármacos orales (calcioantagonistas, etc.), toxina botulínica, dilataciones endoscópicas, miotomía endoscópica peroral o la miotomía de Heller.

Caso clínico: Varón de 66 años que tras infección leve por SARS-CoV-2, disfagia progresiva, tanto a sólidos como a líquidos, regurgitación y pirosis, y pérdida de unos 20kg.

Se solicita un estudio gastroduodenal en el que se observa un esófago dilatado con afilamiento en su porción distal y ausencia de peristalsis. Posteriormente, se realiza endoscopia oral en el cual se confirman los hallazgos descritos. Se realiza manometría esofágica con hallazgos compatibles con acalasia tipo II (panpresurización esofágica).

Se decide tratamiento con toxina botulínica. Responde con gran mejoría clínica, tolerando dieta. Un mes después reingresa por

reaparición de la sintomatología. Se opta por dilatación endoscópica. El resultado es similar al anterior, con notable mejoría clínica y recaída posterior.

Se decide intervención quirúrgica (Miotomía de Heller + Funduplicatura de Toupet).

Discusión: Varios mecanismos podrían explicar el papel etiopatogénico del SARS-CoV-2 a nivel gastrointestinal (reacción autoinmune, invasión neuronal de la musculatura lisa esofágica, etc.). Además, hasta casi la mitad de los pacientes con COVID-19 presentan sintomatología digestiva (diarreas, náuseas o vómitos).

Podemos resaltar la importancia de vigilar de forma multidisciplinar aquella sintomatología persistente en aquellos pacientes con diagnóstico de enfermedad viral reciente. Serían necesarios más estudios en pacientes COVID-19 que den significación estadística a los interrogantes fisiopatológicos que se plantean.

250012. IMPACTO DEL CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA WSES DE BOLONIA SOBRE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DELGADO EN LOS RESULTADOS DE PACIENTES

FJ Vázquez Casado, L Kaplan, JI Rodríguez-Mogollo, I Martínez-Casas, J Soler Frías, F Pareja Ciuró, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: La obstrucción intestinal delgada (OID) es una urgencia quirúrgica frecuente, que asocia una elevada morbilidad, estancia y coste hospitalario y cuya principal etiología son las adherencias.

Las guías de Bolonia de la World Society of Emergency Surgery (WSES) proporcionan recomendaciones basadas en la evidencia para el manejo de la OID de origen adherencial, promoviendo la intervención quirúrgica o el manejo conservador (NOM) cuando no hay evidencia de isquemia, estrangulación o peritonitis. Sin embargo, la adopción de estas guías y su impacto en los resultados clínicos han sido poco estudiados.

Evaluar el grado de cumplimiento, parcial o total, de las recomendaciones diagnósticas, terapéuticas y postoperatorias de las Guías de Bolonia, y los resultados en pacientes en función del cumplimiento.

Material y métodos: SnapSBO es un estudio prospectivo, multicéntrico y observacional, que incluyó pacientes con OID por bridas en diversos entornos sanitarios. Los pacientes fueron categorizados en tres grupos: NOM exitoso, cirugía tras intento de NOM y cirugía directa. Las variables analizadas incluyeron la estancia hospitalaria, la aparición de complicaciones y la consecución de un resultado clínico óptimo, definido como una estancia hospitalaria inferior a 5 días sin desarrollo de complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 982 pacientes con OID por bridas, de los cuales 561 (57,1%) lograron un NOM exitoso, 224 (22,8%) requirieron cirugía tras un intento de NOM y 197 (20,1%) fueron sometidos a cirugía directa. La estancia hospitalaria media fue de 5,3 ± 9,0 días en el grupo

NOM, $12,9 \pm 11,4$ días en cirugía tras NOM y $7,7 \pm 8,0$ días en cirugía directa ($p < 0,001$). Los desenlaces óptimos fueron más frecuentes en el grupo NOM (72,2%) en comparación con cirugía tras NOM (20,4%) y cirugía directa (48,7%) ($p < 0,001$). Se observó un cumplimiento completo de las guías en el 17,2% de los pacientes con NOM, el 10,1% con cirugía tras NOM y solo el 0,4% en el grupo de cirugía directa.

Conclusiones: La atención clínica alineada con las guías de Bolonia en pacientes con OID por bridas se asocia con una menor estancia hospitalaria y una mayor tasa de desenlaces óptimos. La implementación de estrategias que reduzcan la brecha entre la evidencia y la práctica clínica, considerando los factores contextuales, podría mejorar la adopción de las guías y los resultados clínicos en estos pacientes.

250013. FOMENTO DEL INTERÉS POR LA CIRUGÍA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE ANDALUCÍA, PAPEL DE LA ASAC

F Docobo Durantez¹, JL Fernández Serrano², B Mirón Pozo³, P López Cillero⁴, D Morales Garcia⁵

¹UGC Cirugía General y Digestiva Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio Cirugía General Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria. Málaga. ³Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada. ⁴Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba. ⁵Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Actualmente las posiciones alcanzadas en el MIR por los aspirantes de cirugía están por encima del 1600. Sería muy conveniente mejorar esta provisión de plazas para formación (MIR).

Esto se podría explicar por la reducción de la exposición de los alumnos a la cirugía. A la reducción de los currículum facultades. A la falta de información crítica sobre la cirugía o a una adecuada interacción de los alumnos con mentores y residentes. La Asociación Andaluza de Cirujanos (ASAC), en esta línea tratan de incorporarse a esta dinámica de desarrollar por la especialidad el interés entre los estudiantes de medicina desde el año 2023 en la Reunión de la ASAC en Granada.

La ASAC celebra desde 1989 reuniones y congresos anuales a lo largo de todas las provincias de la Comunidad Andaluza. En ella existen 8 Facultades de Medicina públicas y una privada, ofertando un total de 1.100 plazas.

Material y métodos: Se plantean 4 puntos, coordinados por la Junta Directiva participando miembros de la Facultad y facultativos provinciales.

1. Vocal del Comité Científico encargado de temas de docencia (Pregrado, postgrado y formación continuada).

2. Concertar con Departamentos de Cirugía Universidades Andaluzas la promoción de la cirugía. "Día de la Cirugía" Conferencias. Presentación videos de la especialidad. Presentación de la ASAC sus fines, debate y posterior.

3. Fomentar la participación de los estudiantes de Grado de Medicina en las actividades de la ASAC, mediante:

-Línea de acceso a información de la ASAC de la página web a los alumnos-as interesados.

-Asistencia a reuniones y congresos con participación en actividades diseñadas a tal fin, precio simbólico

-Exposición mejores TFG del Departamento de Cirugía, de cada ciudad con reunión o congreso de la ASAC.

4. Valoración en determinados periodos de tiempo:

-Evolución de los números alcanzados en el MIR los alumnos de las universidades andaluzas en cirugía general desde la iniciación del proyecto.

-Calidad de la asistencia y participación como alumnos a las reuniones y congresos de la ASAC

Conclusiones: Desde la ASAC, debemos acercarnos a la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo a los alumnos de pregrado. Para ello es fundamental establecer alianzas con los Departamentos Quirúrgicos de nuestras Facultades de Medicina y la ASAC.

250014. "COMPLICACIONES BILIARES EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: ANÁLISIS DE INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO"

J González-Herrero Díaz, C Bernal Bellido, C García Sánchez, FJ Padillo Ruiz, MA Gómez Bravo

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

Introducción: Determinar la incidencia de complicaciones biliares en el trasplante hepático así como su ocurrencia temporal y los factores de riesgo asociados.

Material y métodos: Estudio de una cohorte retrospectiva de pacientes trasplantados en un único centro de tercer nivel entre el 01/01/2015 y el 18/03/2019, seguidos hasta 30/11/2024. Se determinó el momento en que fue diagnosticada por vez primera cada una de ellas, así como su incidencia y la mediana de tiempo al diagnóstico. Posteriormente, se llevó a cabo una regresión de Cox para buscar factores de riesgo de fugas y estenosis biliares.

Resultados: El 34,95% de los pacientes (IC95% 29,5% - 40,7%) presentaron complicaciones biliares, con una mediana de seguimiento de 75 meses, siendo la más frecuente la estenosis biliar (25,2%), seguida de las fugas biliares (15,1%). Las fugas biliares fueron precoces en el 97,6% de los pacientes, mientras que la estenosis biliar fue la complicación tardía más frecuente. La colangiopatía isquémica y las colangitis fueron eminentemente tardías (>85%), mientras que dos tercios de los bilomas acontecieron antes de los 3 primeros meses. El 55% de las coledocolitiasis ocurrieron en el postoperatorio precoz, ocurriendo todos los casos antes del año postrasplante. La única variable con asociación significativa al desarrollo de fugas biliares fue el tiempo de isquemia fría (HR 1,01; IC 95%: 1,00-1,01),

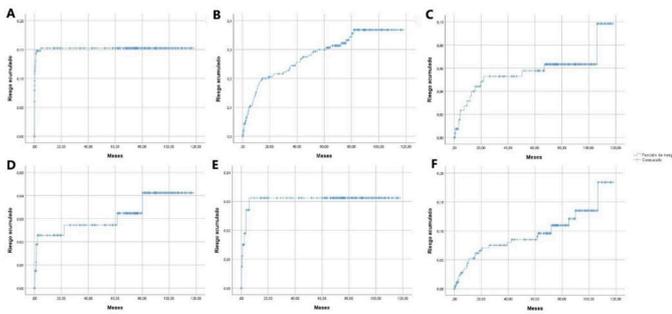


Figura 1

Funciones de riesgo de las distintas complicaciones biliares. A: Fugas biliares. B: Estenosis biliares. C: Colangiopatía isquémica. D: Bilomas. E: Coledocolitiasis. F: colangitis.

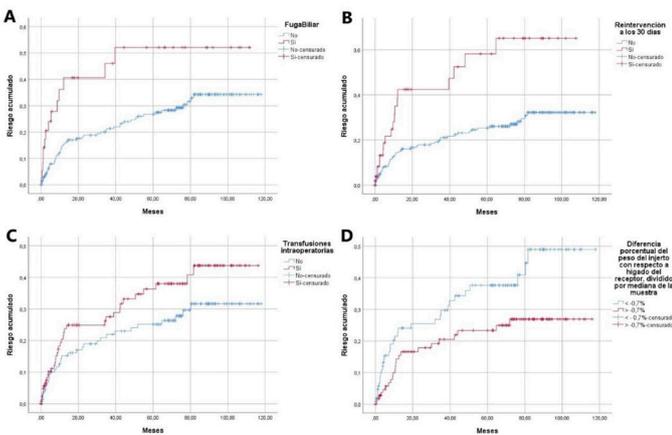


Figura 2

Gráficos de la función de riesgo de desarrollo de estenosis biliares, categorizando por fuga biliar previa (A), antecedente de reintervención en los 3 primeros días (B), necesidad de transfusiones (C) y diferencia porcentual entre peso del injerto y receptor (D).

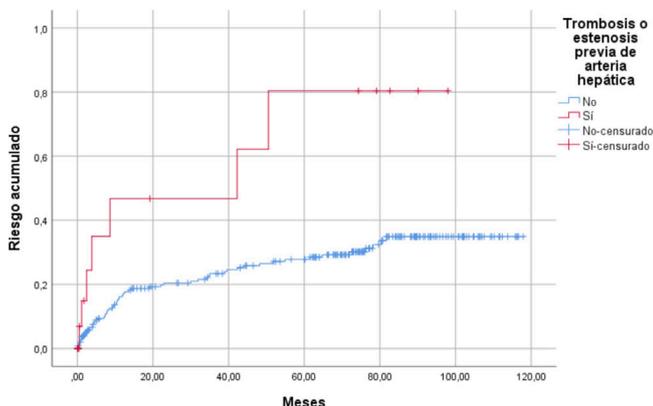


Figura 3

Representación gráfica de la función de riesgo del desarrollo de estenosis biliar según el antecedente de haber presentado una trombosis o estenosis de la arteria hepática. Obsérvese que existe una tendencia a un mayor riesgo de desarrollo de estenosis tras haber sufrido dicha complicación.

Complicación biliar	n (%)	IC 95%	Clasificación etiopatogénica (23)	n (%)	IC 95%
Fugas biliares	42 (15,1)	11,4 – 19,8	Tipo I	5 (1,8)	0,8 – 4,1
Estenosis biliares	70 (25,2)	20,4 – 30,6	Tipo II	86 (30,9)	25,8 – 36,6
Colangiopatía isquémica	16 (5,8)	3,6 – 9,1	Tipo III	16 (5,8)	3,6 – 9,1
Colangitis	27 (9,7)	6,8 – 13,8	Tipo IV	28 (10,1)	7,1 – 14,2
Coledocolitiasis	9 (3,2)	1,7 – 6,0	Tipo V	9 (3,2)	1,7 – 6,0
Biloma	9 (3,2)	1,7 – 6,0			

Figura 4

Incidencia de complicaciones biliares.

Complicación	Mediana de tiempo al diagnóstico [RIQ]	Precoces	Tardías
Fuga biliar	2 [1 – 8] días	41 (97,6%)	1 (2,4%)
Estenosis	10 [3 – 35]	17 (24,3%)	53 (75,7%)
Colangiopatía isquémica	10 [4 – 22]	2 (12,5%)	14 (87,5%)
Biloma	1,4 [0,8 – 42]	6 (66,6%)	3 (33,3%)
Colangitis	11 [5 – 42]	4 (14,8%)	23 (85,2%)
Coledocolitiasis	2,3 [0,4 – 4,7]	5 (55,6%)	4 (44,4%)

Figura 5

Momento de ocurrencia de las complicaciones biliares.

	Univariante			Múltiple		
	HR	IC95%	p	HR	IC95%	p
Sexo (mujer)	1,23	0,74 – 2,06	0,427	-	-	-
Edad receptor	0,99	0,97 – 1,02	0,633	-	-	-
IMC receptor	1,02	0,97 – 1,07	0,443	-	-	-
Diabetes mellitus	0,75	0,46 – 1,25	0,267	-	-	-
HTA	0,71	0,43 – 1,19	0,184	-	-	-
MELD	1,02	0,99 – 1,06	0,187	-	-	-
Retrasplante	2,31	0,57 – 9,42	0,304	-	-	-
Edad donante	1	0,98 – 1,01	0,893	-	-	-
Injerto subóptimo	0,71	0,41 – 1,22	0,206	-	-	-
Trombosis portal previa	1,44	0,77 – 2,68	0,273	-	-	-
Tiempo isquemia fría	1	1,00 – 1,00	0,889	-	-	-
Tiempo isquemia caliente	0,99	0,96 – 1,002	0,55	-	-	-
Transfusión CH	1,4	0,88 – 2,25	0,157	1,75	1,02 – 2,98	0,041
Transfusión plasma	0,37	0,05 – 2,69	0,247	-	-	-
Transfusión plaquetas	0,64	0,31 – 1,34	0,213	-	-	-
Flujo arterial	1	1,00 – 1,00	0,239	-	-	-
Flujo portal	1	1,00 – 1,00	0,393	-	-	-
Diferencia porcentual peso injerto – receptor	0,99	0,99 – 1,00	0,046	0,99	0,99 – 1,00	0,063
Asistolia tipo III	0,87	0,42 – 1,84	0,722	-	-	-
Anastomosis biliar (Hepaticoyeyunostomia)	0,59	0,15 – 2,43	0,431	-	-	-

Figura 6

Factores de riesgo de estenosis biliares (I).

mientras que la transfusión de hematíes intraoperatoria (HR 1,75; IC 1,02–2,98) y la existencia de una fuga biliar previa (HR 1,99; IC 1,00–3,95) se identificaron como factores de riesgo significativos para el

	Univariante			Múltiple		
	HR	IC95%	p	HR	IC95%	p
Uso de Tubo T	0,96	0,41 – 2,21	0,918	-	-	-
Trombosis / Estenosis Arteria hepática	2,27	1,04 – 4,96	0,065	-	-	-
Rechazo agudo	0,92	0,48 – 1,76	0,803	-	-	-
Rechazo crónico	0,75	0,18 – 3,06	0,674	-	-	-
Reintervención urgente	2,21	1,30 – 3,75	0,006	1,76	0,93 – 3,32	0,082
Infección CMV	1,42	0,81 – 2,49	0,238	-	-	-
Fuga biliar previa	1,96	1,09 – 3,52	0,036	1,99	1,00 – 3,95	0,05

Figura 7

Factores de riesgo de estenosis biliares (II).

	Univariante			Múltiple		
	HR	IC95%	p	HR	IC95%	p
Sexo (mujer)	1,05	0,49 – 2,25	0,897	-	-	-
Edad receptor	1,01	0,97 – 1,04	0,78	-	-	-
IMC receptor	0,99	0,93 – 1,06	0,831	-	-	-
Diabetes mellitus	1,24	0,63 – 2,44	0,533	-	-	-
HTA	1,14	0,57 – 2,27	0,714	-	-	-
MELD	1	0,95 – 1,05	0,925	-	-	-
Retrasplante	1,56	0,21 – 11,43	0,682	-	-	-
Edad donante	1	0,98 – 1,03	0,772	-	-	-
Injerto subóptimo	1,06	0,51 – 2,24	0,864	-	-	-
Trombosis portal previa	1,44	0,59 – 3,47	0,44	-	-	-
Tiempo isquemia fría	1,01	1,00 – 1,01	0,011	1,01	1,00 – 1,01	0,003
Tiempo isquemia caliente	1,01	0,97 – 1,05	0,674	-	-	-
Transfusión CH	1,24	0,63 – 2,42	0,537	-	-	-
Transfusión plasma	2,13	0,65 – 6,97	0,259	-	-	-
Transfusión plaquetas	1,1	0,46 – 2,67	0,823	-	-	-
Flujo arterial	1	1,00 – 1,00	0,629	-	-	-
Flujo portal	1	1,00 – 1,00	0,851	-	-	-
Diferencia porcentual peso injerto – receptor	0,99	0,98 – 1,00	0,129	0,99	0,98 – 1,00	0,121
Asistolia tipo III	1,96	0,84 – 4,57	0,143	2,53	0,99 – 6,46	0,053
Anastomosis biliar (Hepaticoyeyunostomía)	1,23	0,30 – 5,14	0,781	-	-	-
Uso de Tubo T	1,73	0,67 – 4,47	0,288	-	-	-
Trombosis / Estenosis Arteria hepática	1,57	0,48 – 5,16	0,479	-	-	-

Figura 8

Factores de riesgo de fugas biliares.

desarrollo de estenosis biliares. En ambos casos, el tamaño muestral resultó insuficiente para obtener conclusiones definitiva.

Conclusiones: - La incidencia de complicaciones biliares fue del 34,95%, IC95% 29,5% – 40,7%. La complicación más frecuente fue la estenosis biliar (25,2%), así como las complicaciones Tipo II de carácter técnico (30,9%). - La complicación precoz más frecuente fue la fuga biliar, mientras que la complicación tardía más frecuente fue la estenosis biliar. - La única variable con asociación estadística al

desarrollo de fugas biliares fue el tiempo de isquemia fría, así como la necesidad de transfusiones de hematíes durante la intervención y la presencia de una fuga biliar previa fueron factores de riesgo significativos en el desarrollo de estenosis biliares. El tamaño muestral fue insuficiente para establecer conclusiones definitivas en ambos casos. - Los modelos de regresión elaborados para la predicción de fugas biliares y estenosis presentaron un poder predictivo limitado. Son necesarios estudios de mayor tamaño muestral para la elaboración de modelos robustos y su validación en la práctica clínica diaria.

250020. ROMPIENDO ESQUEMAS: PROGRESION DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN LA RESOLUCIÓN EN ACTO ÚNICO DE LA COLELITIS Y COLEDOCOLITIS MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

MJ Rodríguez Perdomo, MM Rico Morales, J López Fernández, JM Vargas Fernández, O Fuentes Porcel, DJ Cabañó Muñoz, J Torres Melero, AJ Reina Duarte

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

Introducción: Exponer las dificultades para la implementación de una técnica quirúrgica de vanguardia en un hospital de tercer nivel y nuestra experiencia solucionándolas.

Material y métodos: - Formación de miembros de la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática en la exploración laparo-endoscópica de la vía biliar principal.

- Tutorización/Mentorización

- Sesiones formativas al Servicio de Cirugía General, Digestivo y Enfermería quirúrgica.

- Guía de Adquisición de Nuevas Tecnologías (GANT)

Resultados: Desde que, en abril del 2023 introdujimos esta técnica y tras un periodo inicial (curva de aprendizaje) de dos años, nuestra serie está constituida por 24 pacientes. Durante este periodo hemos identificado:

- Dificultades para la disposición del material necesario, cuando tienes casos, pero no equipos.

- Dificultades logísticas para la disposición de quirófanos para patología no tumoral, ¿Es la patología benigna menos importante?

- Dificultades técnicas en la ejecución de la técnica, primeros pasos, ¿He hecho una buena selección de los pacientes?

Nuestros resultados, pretenden compartir las dificultades, así como su resolución, siendo el propósito fundamental de esta comunicación recibir un feedback de la experiencia de otros centros donde se realice la técnica para conseguir la estandarización de esta.

Conclusiones: El trabajo constante, ha permitido la introducción de dicha técnica en nuestro hospital. La ejecución de estos 24 primeros casos es la base sólida de la necesaria curva de aprendizaje

que transitamos, cada caso nos ha enseñado áreas de mejora para ganar experiencia y habilidades que permitirán ofrecer al paciente una técnica estandarizada, eficiente, segura y de calidad, que solucionará sus dos patologías (cole y coledocolitiasis) en un acto anestésico-quirúrgico único.

250021. VENTAJAS DE LA ANASTOMOSIS ILEOCÓLICA INTRACORPÓREA FRENTE A LA EXTRACORPÓREA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AI Fernández Sánchez¹, JA Toval Mata², P Gutierrez Delgado², J Carrasco Campos², I González Poveda², S Mera Velasco²

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

Introducción: Analizar las ventajas e inconvenientes de anastomosis ileocólica intracorpórea (AIC) frente a la anastomosis ileocólica extracorpórea (AEC) realizadas mediante cirugía mínimamente invasiva.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio observacional unicéntrico en el que se han recogido un total de 276 pacientes (115 con AEC y 161 con AIC) desde Enero de 2011-Diciembre de 2024, con ingreso hospitalario para hemicolectomía derecha laparoscópica por neoplasia de colon.

Resultados: La edad media fue de 69 años (30-90 años). Se recogieron datos de 143 hombres (51.8%) y 133 mujeres (48.3%). No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de estudio en la estancia postoperatoria (8.9 frente a 11.41 días), el tiempo quirúrgico (113.71 frente a 120.91 min.), la tasa de dehiscencia (4.95 % frente a 5.21%) o la tasa de íleo postoperatorio (13.04% frente a 15.65%), pero todos fueron favorables para los pacientes a los que se realizó AIC. Hemos observado una mayor tasa de complicaciones (42.6% frente a un 26.58%), una mayor tasa de infección de herida quirúrgica (19.1% frente a un 7.4%) y una mayor tasa de absceso intraabdominal (10.43% frente a un 4.34%) en los pacientes sometidos a AEC.

Conclusiones: Dado los resultados objetivados en nuestra población y de acuerdo a la literatura, la AIC presenta ventajas frente a la AEC en cuanto menor tasa de abscesos intraadominales y menor tasa de infección de herida quirúrgica, sin demostrar una disminución de forma estadísticamente significativa la tasa de dehiscencia o de la estancia postoperatoria, todo esto sin un aumento del tiempo quirúrgico cuando es llevada a cabo por equipos laparoscopistas con experiencia.

250026. ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCIÓN: NUESTRA EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CRIBADO HOSPITALARIO

A Verdugo Luque, G Gómez Dueñas, A Pontes García, F Valenzuela Molina, J López Ruíz, CA Díaz López

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

Introducción: El cáncer de ano es una enfermedad infrecuente con una incidencia elevada en grupos riesgo. La neoplasia intraepitelial anal (NIA), lesión precursora del carcinoma epidermoide de ano, está en aumento, lo que ha impulsado programas de cribado para su prevención.

La anoscopia de alta resolución (AAR) se ha convertido en una herramienta prometedora para el diagnóstico y tratamiento precoz de estas lesiones.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 227 pacientes en un programa de cribado tras una citología anal alterada entre enero de 2021 y diciembre de 2024. Los pacientes fueron sometidos a AAR. Las lesiones NIA I se manejaron de manera conservadora, las NIA de alto grado se trataron con electrofulguración.

Resultados: Se observó un 91.2% de hombres con una edad media de 43 años. Se identificó un 20.3% de fumadores, 85.9% de VIH positivos y el 87.7% VPH positivos.

Tras la AAR, el 39.6% correspondieron a NIA I, el 12.3% a NIA II y el 4% a NIA III. El tabaquismo se asoció con el desarrollo de NIA. Sin embargo, no se detectó asociación con el VIH, VPH y la presencia de displasia en la citología previa.

Se trató con electrofulguración al 16.3% de la población, con respuesta al mismo del 85.4%.

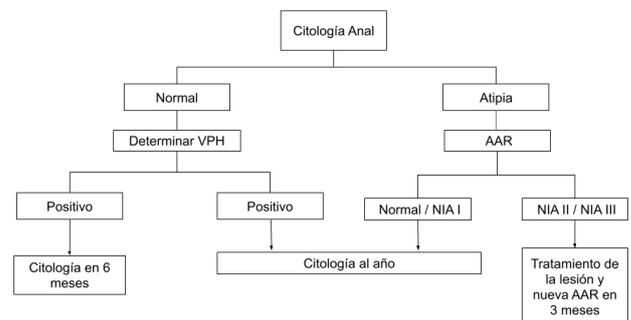


Figura 1 Algoritmo de cribado basado en citología anal para la detección precoz de neoplasia intraepitelial anal en poblaciones de alto riesgo.

	Biopsia normal (n:68)	NIA (n:159)	p
Fumador			0.014
SI Fumador (46)	34.8% (16)	65.2% (30)	
No fumador (181)	28.7% (52)	71.3% (129)	
VIH			0.241
VIH Positivo (212)	31.1% (66)	68.9% (146)	
VIH Negativo (15)	13.3% (2)	86.7% (13)	
VPH			0.223
Positivo (212)	29.2% (62)	70.8% (150)	
Negativo (16)	43.8% (7)	56.2% (9)	
VPH HR			0.861
VPH HR (182)	30.2% (55)	69.8% (127)	
No VPH HR (35)	37.1% (13)	62.9% (32)	
Citología			0.005
No displasia (154)	35.7% (55)	64.3% (99)	
Displasia (73)	24.5% (13)	75.5% (60)	

NIA: Neoplasia Intraepitelial Anal; VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; VPH: Virus del Papiloma Humano

Figura 2 Factores de riesgo de Neoplasia Intraepitelial Anal.

Conclusiones: La AAR es un método eficaz, complementario a la citología anal, para la detección de la NIA.

La implementación de un programa de cribado optimiza la detección temprana de la NIA y prevención del CEA en poblaciones de alto riesgo.

250028. CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL COMPLEJA. UN RETO PARA EL CIRUJANO

A Ortiz Sánchez, MLA Muñoz Bueno, A Fierro Aguilar, T Gomez Sánchez, JM Pacheco García

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

Introducción: El sinus pilonidal es una enfermedad inflamatoria crónica, que normalmente se localiza en región sacra interglútea. Suele presentarse en hombres jóvenes (15-35 años). La enfermedad presenta una alta tasa de recidiva, que afecta a la calidad de vida de los pacientes. Su patogenia es desconocida, aunque los factores de riesgo son: lesiones locales de los tejidos blandos, sedestación prolongada, pelo duro e irritación prolongada. El diagnóstico es clínico y es importante diferenciarlo de la hidrosadenitis supurativa o la foliculitis. La cirugía es el tratamiento principal.

Caso clínico: Mujer de 26 años con antecedentes de hipotiroidismo, síndrome de Turner y Arnold-Chiari, que presenta sinus pilonidal recidivante. Intervenida en dos ocasiones, con exéresis y cierre primario y exéresis con cierre por segunda intención, respectivamente. A la exploración presenta sinus pilonidal con múltiples orificios fistulosos externos en rafe medio y cambios fibróticos sin signos de sobreinfección. En la RMN presenta sinus pilonidal crónico con signos de actividad, sin evidencia de comunicación con el canal medular, ni canal anal. Se interviene, mediante incisión en ojal sobre lesión pilonidal, exéresis del mismo hasta tejido sano y confección de colgajo de avance (**Figura 1**). Cursa con buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta a las horas. Tres años después presenta recidiva en extremo distal del colgajo, aunque se encuentra asintomática y con escasa supuración, por el momento rechaza nueva cirugía.



Figura 1

Secuencia imágenes de colgajo de avance para el tratamiento del sinus pilonidal.

Discusión: Las opciones de tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal son, resección con marsupialización y cierre por segunda intención, resección con cierre primario en la línea media y cierre

fuera de la línea media. La elección de la mejor técnica sigue siendo controvertida. La técnica abierta conlleva un mayor tiempo de recuperación y peor calidad de vida, a su vez, la técnica de cierre en la línea media presenta mayores recurrencias. Sin embargo, las técnicas de cierre primario, con cicatriz fuera de la línea media reducen el periodo postoperatorio, las complicaciones de la herida, la recurrencia de la enfermedad y consiguen mejores resultados estéticos. Las más utilizadas son el colgajo de Karydakys y el colgajo de Limberg, otras técnicas más avanzadas son el colgajo de Bascom o el colgajo de avance, como en nuestro caso. Este tipo de técnica obtiene el cierre inmediato, sin tensión, del área reseçada.

En conclusión, el cirujano debe individualizar cada caso, elegir la mejor técnica quirúrgica para cada paciente y conocer las diferentes técnicas disponibles, para poder abordar cualquier tipo de sinus pilonidal.

250034. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A UNA TÉCNICA DE ABDOMEN ABIERTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P Bravo-Ratón, M Álvarez-Aguilera, V Durán Muñoz-Cruzado, I Martínez-Casas, FJ Padillo-Ruiz, F Pareja-Ciuró

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

Introducción: El cierre temporal de la pared abdominal mediante la técnica de abdomen abierto (Open Abdomen, OA) representa una herramienta clave en el manejo de pacientes críticos e inestables, aunque se asocia a una elevada tasa de complicaciones y escasa estandarización en la literatura científica.

Material y métodos: Este estudio tuvo como objetivo describir una cohorte de pacientes intervenidos con esta técnica en el Hospital Universitario Virgen del Rocío entre 2020 y 2022, así como analizar los resultados posoperatorios en función del estado clínico inicial, evaluado mediante los índices de severidad (APACHE II) y de fragilidad (mFI-5 y mFI-11). Todos los pacientes tuvieron un seguimiento mínimo de un año.

Resultados: Se incluyeron 115 pacientes con seguimiento mínimo de un año. La mayoría fueron varones (69,6%), con una mediana de edad de 62 años. La indicación más frecuente para el uso del OA fue el abdomen séptico (44,3%), seguido de cirugía tipo "second look" (31,3%). Todos los pacientes fueron tratados con terapia de presión negativa, y el 73,9% se beneficiaron de un cierre con tracción fascial.

El 72% de los pacientes desarrollaron complicaciones quirúrgicas, siendo la infección del sitio quirúrgico la más común, seguida de la hemorragia. Además, el 83,5% presentó complicaciones sistémicas, principalmente neumonía y eventos cardiovasculares. La tasa de evisceración en el postoperatorio inmediato fue del 7%, y la de hernia incisional del 29% a largo plazo. Se reportaron complicaciones Clavien-Dindo III en el 43,5% de los pacientes y Clavien-Dindo IV en el 39,1%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 46,9%, alcanzando el 50% al final del seguimiento, con un 22% de los fallecimientos ocurriendo en las primeras 48 horas.

La mediana del APACHE II fue de 19 puntos, y la mayoría de los

pacientes mostraron al menos dos ítems positivos en los índices de fragilidad. El análisis mediante el índice de Youden identificó un punto de corte de APACHE II ≥ 16 como predictor significativo de aumento de mortalidad y menor supervivencia (log-rank = 0,004). En cambio, la fragilidad no mostró una asociación estadísticamente significativa, aunque sí una tendencia (log-rank = 0,081).

Conclusiones: Conocer las características fisiopatológicas de nuestros pacientes, resulta esencial para conocer las posibles complicaciones y la supervivencia a corto plazo, pareciendo el

APACHE II score una buena herramienta para predecir mortalidad. No obstante, existen pocos registros sobre los resultados de esta técnica, por lo que la unificación de criterios y actuaciones resulta imprescindible, así como la adherencia a las recomendaciones internacionales.

250035. COMPARACIÓN DE LOS SCORES IWATE, KAWAGUCHI-GAYET, SOUTHAMPTON Y TAMPA EN LA PREDICCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA DE UNA COHORTE DE RESECCIONES HEPÁTICAS ROBÓTICAS

R Olmo García, G Gómez Dueñas, M Durán Martínez, R Calleja Lozano, A Padial Aguado, MD Ayllón Terán, R Ciria Bru, FJ Briceño Delgado

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

Introducción: La introducción de la cirugía robótica en procedimientos hepáticos ha contribuido significativamente al avance y la adopción generalizada de la cirugía hepática mínimamente invasiva, al mejorar la viabilidad y seguridad de intervenciones cada vez más complejas. La evaluación de la complejidad de la resección hepática mínimamente invasiva ha llevado al desarrollo de varios scores. Estos scores ayudaron a estimar las dificultades técnicas asociadas con la hepatectomía. Actualmente, no existe un nuevo score específico ampliamente validado para la cirugía robótica de hígado (CRH). Por lo tanto, es crucial evaluar la aplicación de scores validados para la cirugía hepática laparoscópica y un nuevo score de la hepatectomía robótica. Este estudio tiene como objetivo analizar el rendimiento predictivo de cuatro scores de dificultad (DSS) laparoscópicos establecidos (IWATE, Kawaguchi-Gayet, Hasegawa y Southampton) y el score robótico de Tampa en la CRH, centrándose en su capacidad para anticipar la complejidad quirúrgica y las complicaciones postoperatorias mayores.

Material y métodos: Analizamos una cohorte prospectiva monocéntrica de 101 pacientes que se sometieron a CRH entre mayo de 2019 y junio de 2023. Se utilizó la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) para evaluar la precisión de los cinco scores. Se empleó el coeficiente de Spearman para estimar la fuerza de correlación entre los cinco scores.

Resultados: El carcinoma hepatocelular (26.7%) fue la indicación quirúrgica más común entre los 101 pacientes, y el 26% de los pacientes se sometió a una segmentectomía lateral izquierda. La

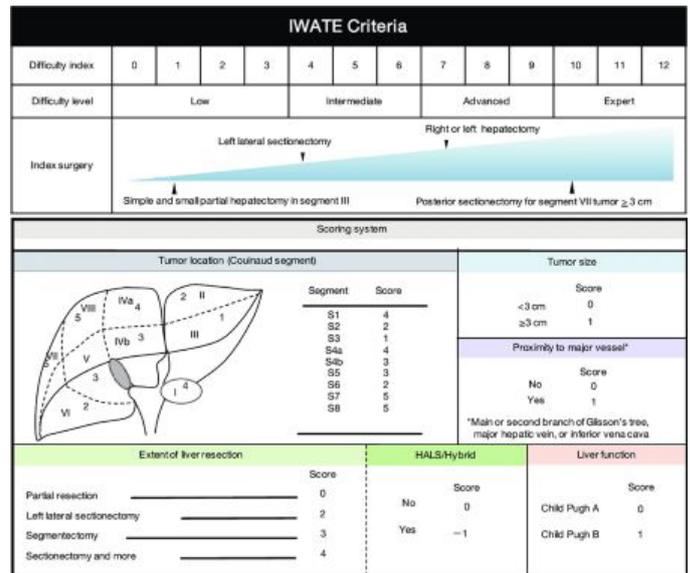


Figura 1

Iwate score.

Extent of resection	Non-anatomical, LLS	0
	Anatomical segmentectomy	2
	Major hepatectomy	3
Location of tumor	S2/3/4	0
	S5/6	1
	S7/8	2
Obesity	BMI <30 kg/m ²	0
	BMI ≥ 30 kg/m ²	1
Platelet count	$>100 \times 10^9/L$	0
	$\leq 100 \times 10^9/L$	1
Total score		
≤ 1 : low difficulty		
2-3: medium difficulty		
≥ 4 : high difficulty		

BMI body mass index, LLS left lateral sectionectomy

Figura 2

Hasegawa score.

tasa de conversión fue del 4%. La estancia hospitalaria media fue de 5.3 días, con un seguimiento mínimo de 15 meses. La tasa de complicaciones postoperatorias mayores (Clavien-Dindo \geq IIIa) fue del 9%. La puntuación IWATE fue el predictor más preciso de complicaciones relevantes (área bajo la curva = 0.698).

Conclusiones: El score IWATE pareció ofrecer un valor predictivo superior para las complicaciones mayores después de la CRH en comparación con otros score de dificultad. Estas herramientas desempeñan un papel fundamental no solo en la planificación preoperatoria, sino también en la guía de la toma de decisiones

Grade I	Grade II	Grade III
Wedge LLS	Segmentectomy anterolateral Left Hepatectomy	Segmentectomy posterolateral Right hepatectomy Right posterior <u>secc.</u> Central hepatectomy Extended R/L hep

Figura 3

Kawaguchi-Gayet score.

Neoadjuvant chemotherapy No Yes

Previous open liver resection No Yes

Lesion type Benign Malignant

Lesion size cm

Classification of resection Minor Technically major Anatomically major

Figura 4

Southampton score.

Surgical margin in malignant cases (n:69)	
Free	61 (89%)
Involved	8 (11%)
Clavien-Dindo	
I	82 (81%)
II	10 (10%)
IIIa	3 (3%)
IIIb	2 (2%)
IV	1 (1%)
V	3 (3%)
CCI Index	9.25 ± 19.51
Hospital Stay (days)	5.3 ± 4.79
Overall Survival (months)	27.2 ± 15.5
Follow-up (months)	30.51 ± 15.03
Adjuvant Chemotherapy	
Yes	33 (33%)
No	68 (67%)
Mortality 90 days	
No	98 (97%)
Yes	3 (3%)

Figura 6

Datos postoperatorios.

intraoperatorias, la anticipación de las necesidades de manejo postoperatorio y la estructuración de la formación quirúrgica y la asignación de casos.

Surgical Approach	
Robotic	100 (100%)
Hybrid	0 (0%)
Extra-Glissonian Approach	
No	77 (76%)
Yes	24 (24%)
ICG	
No	78 (77%)
Yes	23 (23%)
Liver metastases Approach (n:16)	
Liver-first	11 (69%)
Colon-first	4 (25%)
Synchronous	1 (6%)
Macroscopic appearance	
Cirrhotic	23 (23%)
Steatotic	21 (21%)
Normal	57 (56%)
Conversion Rate	
No	97 (96%)
Yes	4 (4%)
Number of Pringle cycles	
No	24 (24%)
1	25 (25%)
2	24 (24%)
3	13 (13%)
More than 3	10 (10%)
Pringle duration (minutes)	32.45 ± 26.4
Surgical Drainage	
Yes	53 (52%)
No	48 (48%)
Operative time (minutes)	240.19 ± 98.3
Vasoactive drugs	63 (62.4%)
Blood Transfusion (intraoperative)	9 (9%)
Type of resection	
Left Lateral Sectionectomy	27 (26%)
Segmentectomy	23 (23%)
• III	2 (8.7%)
• IVa	1 (4.3%)
• IVb	4 (17.4%)
• V	5 (21.7%)
• VI	5 (21.7%)
• VII	4 (17.4%)
• VIII	2 (8.7%)
Bisegmentectomy	20 (20%)
Left Hepatectomy	10 (10%)
Wedge	8 (8%)
Right Hepatectomy	5 (5%)
Subsegmentectomy	5 (5%)
• II	1 (20%)
• III	1 (20%)
• V	1 (20%)
• VII	2 (40%)
Central Hepatectomy	3 (3%)
Surgery	
Major	20 (20%)
Minor	81 (80%)
Tumor size (millimeters)	52.95 ± 42.98

Figura 5

Datos intraoperatorios.

DSS	Grade	Cases	Relevant Complications (Clavien ≥IIa)
IWATE	Low	11	0
	Intermediate	40	3
	Advanced	38	3
	Expert	12	3
Southampton	Low	24	0
	Moderate	47	4
	High	29	5
	Extremely high	1	0
Kawaguchi-Gayet	Grade I	36	0
	Grade II	32	5
	Grade III	33	4
Hasegawa	Low Difficulty	39	1
	Medium Difficulty	50	8
	High Difficulty	12	0
Tampa	Beginner	21	1
	Intermediate	77	6
	Advanced	3	2
	Expert	0	0

Resultados: Tenemos una serie de 8 casos, con un seguimiento medio de 18 meses (de 2 a 72 meses). La media de PTH prequirúrgica es de 529pg/mL (134-1147), al mes de 81 y a los 6 meses de 76. La media de Calcio prequirúrgico es de 11,9mg/dL (8,8 – 14), al mes postquirúrgico de 9 y a los 6 meses de 9,8. La vitamina D se encontraba en un rango de normalidad en todos los pacientes prequirúrgico y a los 6 meses.

Respecto a las complicaciones postquirúrgicas, un paciente presentó una disfonía transitoria (12,5% de casos), que se resolvió de forma conservadora en los primeros dos meses, y dos pacientes presentaron una hipocalcemia postquirúrgica (25%), una de las cuales se resolvió con tratamiento oral en domicilio y la otra requirió un ingreso de 23 días con perfusiones de calcio intravenoso.

En cuanto a las recidivas, 2 paciente (25%) ha presentado nueva subida de PTH, unos a los 18 meses y otro después de 36 meses de seguimiento.

Figura 7
Distribución de complicaciones mayores.

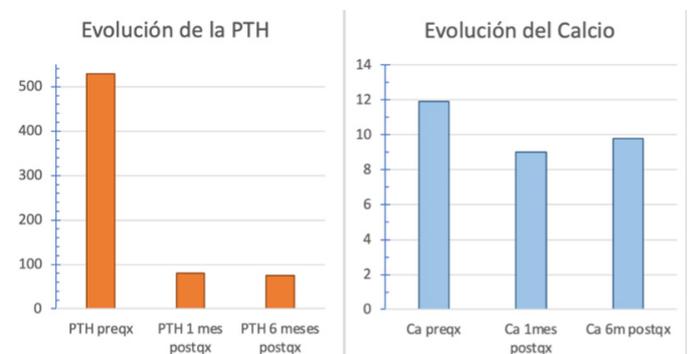
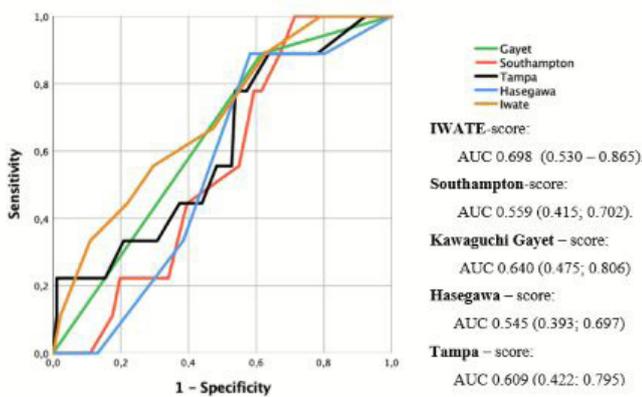


Figura 8
Curva ROC: Predicción de la precisión de DSS en relación con morbilidad mayor (≥IIa)

Figura 1
Evolución de los niveles de Calcio y PTH medios, antes de la intervención quirúrgica y al mes y a los 6 meses tras la intervención.

250036. SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LOS ADENOMAS ATÍPICOS

C Morera Navarro, C Sacristán Pérez, M Díaz Rodríguez, B Marengo De La Cuadra, C Marín Velarde, S Morales Conde

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

Introducción: Los adenomas atípicos de paratiroides son una causa de hiperparatiroidismo primario (HPTP) poco frecuente (1,2-1,3%). Son un tumor de potencial maligno incierto, con un comportamiento que parece más agresivo, aunque se trata de una entidad rara y poco estudiada. El objetivo de este trabajo es estudiar la evolución de este tipo de tumores a medio y largo plazo.

Material y métodos: Para realizar este estudio, utilizamos una serie de casos prospectiva de todos los pacientes con anatomía patológica de adenoma atípico tras paratiroidectomía en el hospital Universitario Virgen Macarena entre enero 2017 y enero 2025. Se estudia el calcio sérico, la PTH, y la vitamina D, tanto prequirúrgicos como al mes y a los 6 meses tras la intervención. Se recogen también las complicaciones postquirúrgicas, y los casos de recidiva.

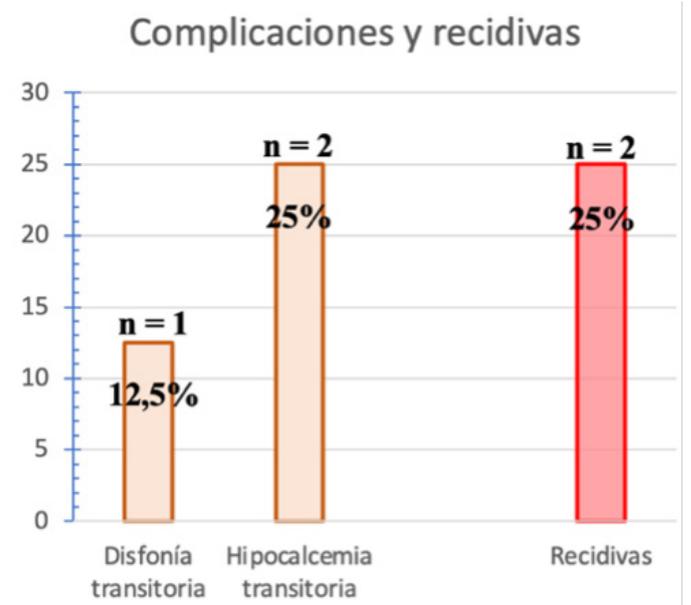


Figura 2
Porcentaje y tipos de complicaciones postquirúrgicas y porcentaje de recidivas a largo plazo.

Conclusiones: Los adenomas atípicos parecen presentar niveles de PTH y Calcio preoperatorio más elevados que el HPTP por adenoma simple. Unos niveles de PTH superiores a 200pg/mL deberían hacernos sospechar que no se trate de un adenoma simple.

Los pacientes con diagnóstico de adenoma atípico requieren un seguimiento más prolongado, ya que tienen un comportamiento más agresivo, con un índice de recidivas más elevado.

En caso de sospecha clínica de adenoma atípico se contraindica la ablación por radiofrecuencia y la cirugía mínimamente invasiva, se recomienda exploración bilateral.

Los adenomas atípicos parecen ser localmente agresivos, pero no parecen metastatizar a distancia.

250037. ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA COMO TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

C Morera Navarro¹, A Linares Cuartero², M Díaz Rodríguez¹, B Marengo De La Cuadra¹, C Sacristán Pérez¹, C Marín Velarde¹, S Morales Conde¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio Radiología Intervencionista Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El tratamiento del hiperparatiroidismo primario (HPTP) es principalmente quirúrgico (paratiroidectomía), pero se están planteando nuevas opciones terapéuticas menos agresivas.

La ablación por radiofrecuencia (ARF) es una técnica mínimamente invasiva, realizada con anestesia local, y consiste en una lesión térmica con necrosis coagulativa mediante un electrodo. Se utiliza en numerosos tumores (lesiones hepáticas, tiroideas...) y se plantea su utilidad en el HPTP por adenoma único a principios de los años 2000.

La ARF como tratamiento del HPTP estaría indicada en pacientes que no pueden someterse a una cirugía por alto riesgo anestésico o que no desean cirugía. Sólo estaría indicada en lesiones benignas y únicas según dos estudios de imagen coincidentes preoperatorios.

Material y métodos: Para realizar este estudio, nos basamos en una serie de casos retrospectiva de todos los pacientes a los que se les realiza una ARF para tratar el HPTP en el hospital Universitario Virgen Macarena entre enero 2017 y diciembre 2024. Se estudia el calcio sérico, la PTH, y la vitamina D, tanto antes del procedimiento como al mes y a los 6 meses tras la ablación. Se recogen también las complicaciones post-ablación, así como los casos de recidiva.

Resultados: Tenemos una serie de 30 casos. Como complicaciones durante el procedimiento, 1 paciente presentó una disfonía transitoria que se resolvió de forma espontánea en el mes siguiente al procedimiento. No se han registrado otras complicaciones.

Respecto a las complicaciones tras el procedimiento, no se ha registrado ninguna.

Resultados tras ARF

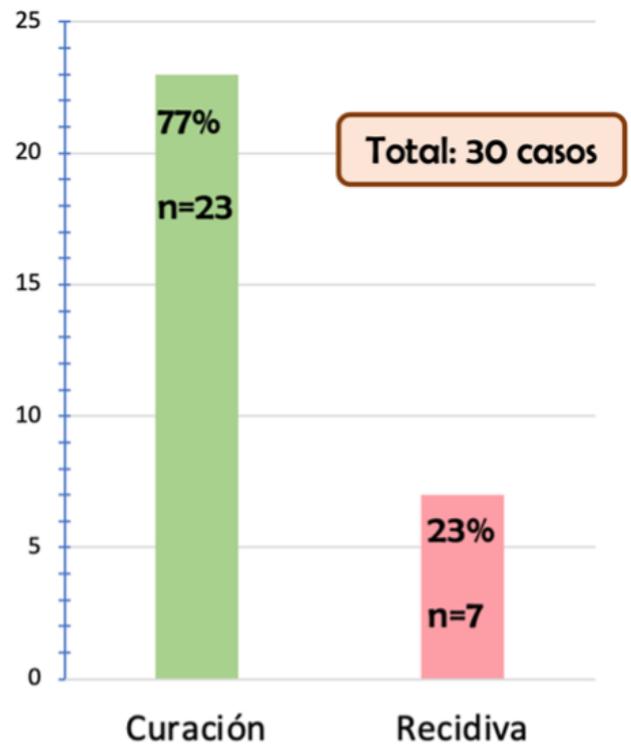


Figura 1

Resultados del total de casos tras la ablación por radiofrecuencia, sin tener en cuenta el diagnóstico anatomopatológico posterior.

Resultados tras ARF

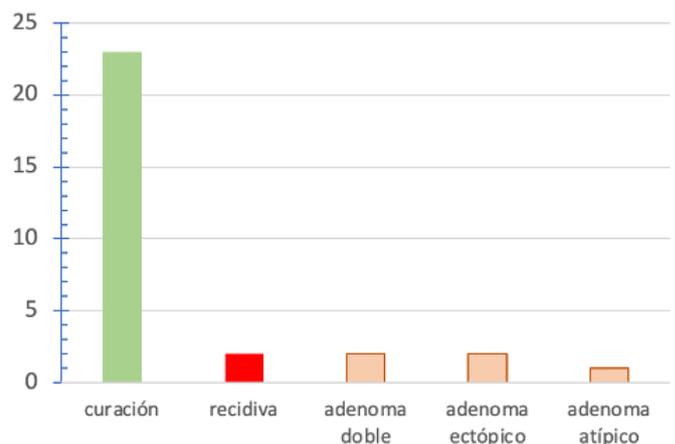


Figura 2

Resultados post-ARF teniendo en cuenta la anatomía patológica de aquellas recidivas que se intervienen como tratamiento definitivo.

Un 70% de los pacientes presentó curación del HPTP con una sesión de ARF. Un 6% de pacientes requirieron una segunda ARF para lograr la curación. En cuanto a las recidivas, un 23% de pacientes presentaron persistencia o recidiva de la enfermedad, de los

cuales 6% eran adenomas únicos y los otros 17% eran diagnósticos prequirúrgicos parciales (2 adenomas dobles, 2 adenomas ectópicos y 1 adenoma atípico).

Conclusiones: La ARF es una técnica segura para el tratamiento del hiperparatiroidismo primario en casos en los que no se sospeche malignidad. El número de complicaciones es mínimo.

La ARF está indicada en pacientes con alto riesgo quirúrgico o que rechacen la cirugía.

El índice de curación es comparable a la cirugía con abordaje selectivo.

Consideramos que se requeriría un cambio en el protocolo para un mejor diagnóstico prequirúrgico.

250041. PERFORACIÓN INTESTINAL YATROGÉNICA TRAS RADIOFRECUENCIA DE MIOMAS UTERINOS

B Mirón Pozo, MA García Matas, P Dabán López, MDM García Bretones

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: Las complicaciones más frecuentes de la radiofrecuencia aplicada a los miomas uterinos son leves y autolimitados (dolor abdominal y fiebre), con una incidencia del 20%. Entre las complicaciones graves figura la perforación intestinal, con una incidencia inferior al 1% y con una presentación más tardía, en torno al décimo día postoperatorio. Es importante su sospecha en mujeres con dolor abdominal y antecedentes de aplicación de esta técnica.

Caso clínico: Presentamos una mujer de 45 años con deseo gestacional y antecedentes de miomatosis sintomática, intervenida unos días antes en régimen de cirugía mayor ambulatoria por parte de Ginecología, realizando una ablación transvaginal por radiofrecuencia. Acude a los seis días a Urgencias por dolor abdominal, taquicardia e hipotensión. La analítica muestra leucocitosis, neutrofilia y elevación de proteína C reactiva y procalcitonina. La tomografía computarizada revela una colección hidroaérea en pelvis con cambios inflamatorios en la grasa mesentérica, con sospecha inicial de absceso periuterino.

Ginecología indica una laparoscopia exploratoria urgente, encontrando una peritonitis biliointestinal generalizada, por lo que se convierte a laparotomía media. En ese momento somos avisados a quirófano, identificando una perforación de 1 cm en íleon terminal en contacto previo con la pared posterolateral derecha del útero, coincidente con la región del mioma ablacionado y donde se observa una cicatriz que traspasa el espesor uterino. Finalmente se decide realizar resección y anastomosis del segmento ileal afecto.

La paciente tuvo una evolución favorable, siendo alta al séptimo día postoperatorio y continúa sin complicaciones dos meses después.

Discusión: La ablación por radiofrecuencia (ARF) es una técnica mínimamente invasiva para tratar miomas uterinos sintomáticos, especialmente en mujeres que desean preservar el útero. Se ha demostrado eficaz en la reducción del volumen tumoral y la mejora de

los síntomas, con altas tasas de satisfacción. La ARF puede realizarse por vías laparoscópica, histeroscópica o transvaginal, siendo esta última menos invasiva.

Las complicaciones asociadas a la ARF son infrecuentes, con una tasa global entre 1 y 4%. Las complicaciones leves incluyen dolor transitorio o infección urinaria, mientras que las moderadas incluyen hematomas pélvicos o infección de la cavidad. Las complicaciones graves, como perforaciones viscerales o sepsis, son excepcionales (<0,5%).

La perforación intestinal con peritonitis es una complicación extremadamente rara tras una ablación por radiofrecuencia vía transvaginal. Es por ello que resulta fundamental en estas pacientes una vigilancia postoperatoria estrecha, así como sospecha diagnóstica e intervención quirúrgica tempranas ante una exploración abdominal sospechosa y signos de sepsis.

250043. ¿PREDICE LA ESCALA LRINEC LA MORTALIDAD EN LA GANGRENA DE FOURNIER? ANÁLISIS DE 20 CASOS.

MDM García Bretones, B Mirón Pozo, MA García Matas, M López-Cantarero García-Cervantes

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: La gangrena de Fournier (GF) tiene una mortalidad descrita del 15-40%. El score Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC, 0-13) se propone para estratificar el riesgo, pero su utilidad específica en GF sigue controvertida. Este estudio analiza si un LRINEC ≥ 6 (alto riesgo) al ingreso predice mortalidad intrahospitalaria y su asociación con factores clínico-analíticos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 20 pacientes con diagnóstico de GF en el Hospital Universitario San Cecilio (2022-2025). Se recopilaron datos de historias clínicas: edad, días de ingreso, parámetros analíticos (PCR, leucocitos, hemoglobina, sodio, creatinina, glucosa), puntuación LRINEC, antibioterapia, curas quirúrgicas y exitus. El LRINEC (rango 0-13; ≥ 6 alto riesgo) se calculó al ingreso.

Posteriormente se realizó un análisis estadístico descriptivo (medias, desviaciones) y comparativo (test t, chi-cuadrado) para determinación de relación entre LRINEC y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes, 16 varones (80%), con edad media de 66 ± 15 años. El LRINEC medio fue $7,1 \pm 2,9$; 15 pacientes (75%) presentaron LRINEC ≥ 6 . La mortalidad intrahospitalaria fue del 20% (4/20). Los fallecidos mostraron un LRINEC significativamente mayor que los supervivientes ($9,5 \pm 1,3$ vs. $6,6 \pm 2,9$; $p = 0,03$). También se asoció al exitus la edad > 75 años y la PCR > 150 mg/L ($p < 0,05$). La estancia hospitalaria media fue $19,9 \pm 18,91$ días y la mediana de desbridamientos 5.5 (RIC 3-9). El tratamiento empírico inicial más frecuente fue meropenem±linezolid (85%).

Conclusiones: La gangrena de Fournier, una emergencia quirúrgica de alta mortalidad, demanda un desbridamiento agresivo temprano y antibioterapia de amplio espectro. En esta cohorte, un LRINEC ≥ 6 al ingreso se relacionó con mayor mortalidad intrahospitalaria, especialmente en pacientes de edad avanzada y con PCR elevada, lo

que respalda su uso como herramienta de estratificación inicial en GF. No obstante, el tamaño muestral limitado y el diseño unicéntrico aconsejan validar estos hallazgos en estudios multicéntricos de mayor escala.

250044. VÓLVULO INTESTINAL INTRATORÁCICO, EL RETO DE LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA URGENTE

MDV Parejo De Soto¹, N García Aguilar², A Jiménez Urbano¹, R Escalera Pérez¹, FJ García Molina²

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

Introducción: La hernia diafragmática consiste en la existencia de un defecto en el diafragma que ocasiona migración del contenido abdominal al tórax. Es una patología poco frecuente, pero si se presenta en un paciente con antecedente de esofagectomía, hace que sea un caso extremadamente raro. Pueden presentarse como hernias complicadas que precisan cirugía urgente suponiendo un reto quirúrgico para el cirujano general, que debe tener un correcto conocimiento porque en muchos centros no se dispone de cirujano torácico.

Caso clínico: Paciente varón 62 años con antecedente hace años de neoplasia de esófago intervenida mediante esofagectomía tres campos (McKeown). Hernia diafragmática asintomática de dos años de evolución. Acudió a centro de referencia por disnea y dolor torácico, tras realización de prueba de imagen e intento de descompresión endoscópica fallido fue derivado a nuestro centro.



Figura 1
TAC corte coronal.

Presentaba regular estado general, sensación disneica, asimetría torácica y abdomen excavado. En TAC tórax y abdomen: Hernia diafragmática con contenido de páncreas, colon e intestino delgado, con torsión de este último con signos de sufrimiento generando una hernia estrangulada.



Figura 2
TAC corte coronal.



Figura 3
TAC corte axial.

Intervención quirúrgica urgente: Laparotomía media con hallazgos de hernia diafragmática con defecto de 5 cm que contenía colon transverso, ángulo esplénico, páncreas e íleon proximal que se presentaba torsionado y estrangulado sobre anillo de constricción diafragmático. Tras adhesiolisis, se reduce paquete intestinal con dificultad. Colon y páncreas sin alteraciones.

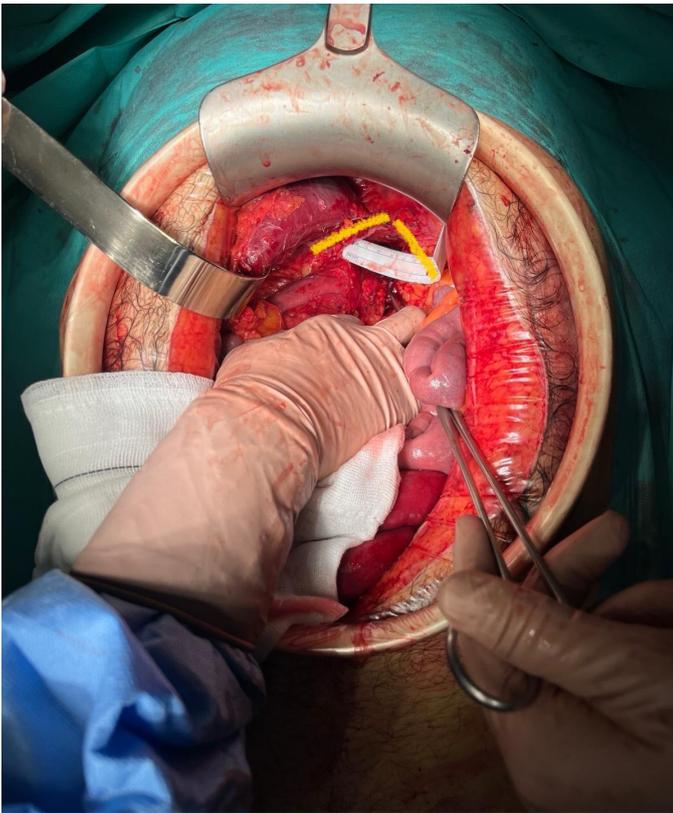


Figura 4

Cirugía. Defecto herniario 5 cm aprox.

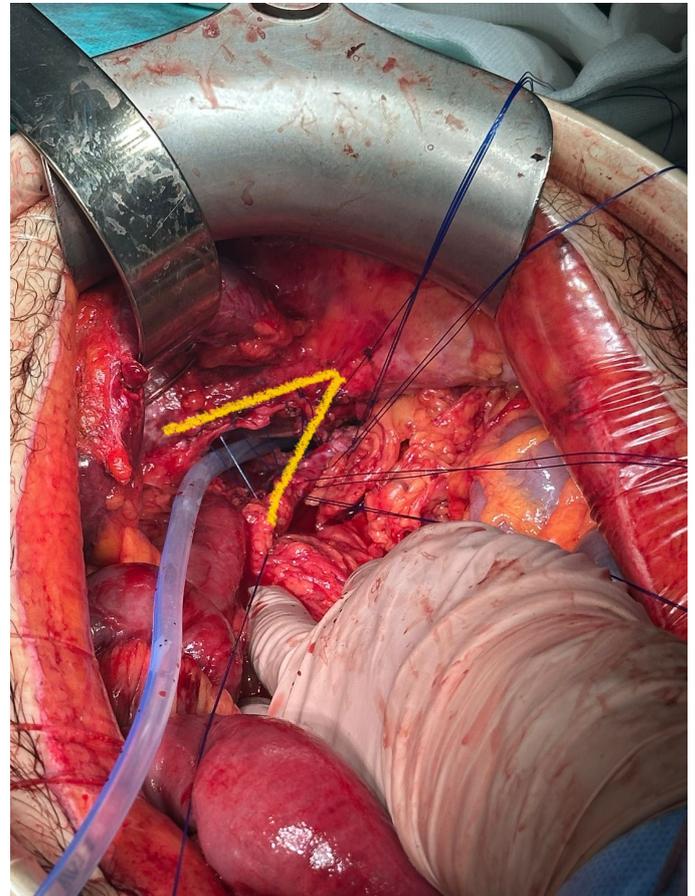


Figura 6

Cirugía. Cierre defecto diafrágico.

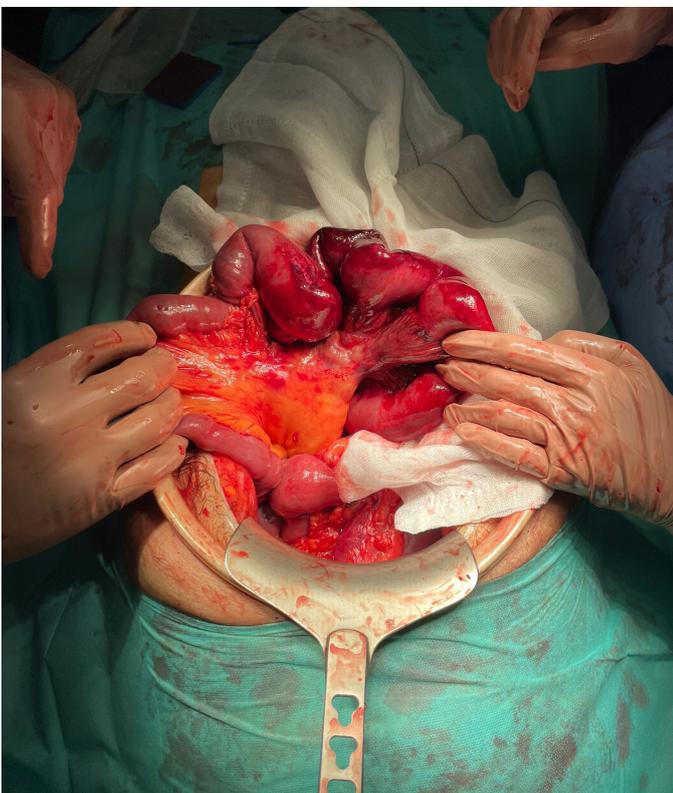


Figura 5

Cirugía. Asas de intestino delgado reducidas.

Íleon con 30 cm muy congestivos que tras maniobras de resucitación se comprobó correcta viabilidad con verde de indocianina por lo que se decidió no reseca. Debido a la manipulación se produjo apertura incidental de pleura colocándose drenaje endotorácico. Se realizó cierre de diafragma con puntos sueltos en "U" con sutura monofilamento no reabsorbible del pilar derecho hacia anterior y lateral izquierdo. Colocación drenaje aspirativo transhiatal.

Postoperatorio en UCI donde se aisló en aspirado bronquial *Candida Glabrata* tratada con antifúngicos intravenosos. Posteriormente en planta, se retiraron drenajes y se realizaron radiografías de control sin signos de recidiva herniaria.

Discusión: Las hernias diafrágicas complicadas presentan alta mortalidad. El tratamiento es quirúrgico con reducción del material herniado y reparación de la lesión diafrágica pudiendo utilizarse malla según el tamaño del orificio y la tensión tras cierre.

La vía de abordaje en urgencias suele ser abdominal por mayor experiencia de este campo para el cirujano general, en ocasiones puede precisar un abordaje combinado toracoabdominal.

La cirugía mínimamente invasiva debería ser de elección cuando la situación clínica y hemodinámica del paciente lo permita.

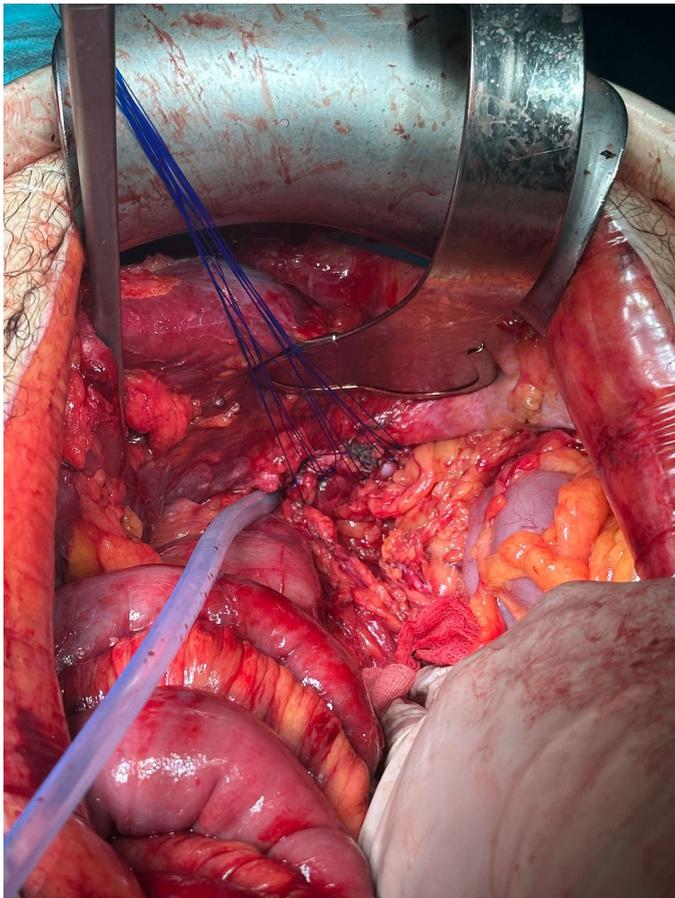


Figura 7

Cirugía. Cierre defecto diafragmático.

250048. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO COMPARATIVO ENTRE LA CATEGORIZACIÓN TIRADS, BETHESDA Y AP DEFINITIVA ENTRE LAS TIROIDECTOMÍAS Y HEMITIROIDECTOMÍAS POR CITOLOGÍA BETHESDA 3,4,5 Y 6

JM Cañas Orellana, J Díaz Roldán, M Ramos Torres, R Jurado Jimenez, M Díaz Oteros

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

Introducción: Evaluar la precisión diagnóstica de los sistemas TIRADS y Bethesda en relación con los hallazgos histopatológicos en pacientes sometidos a cirugía tiroidea.

Objetivos específicos:

- Determinar la concordancia entre las clasificaciones TIRADS, Bethesda y los hallazgos anatomopatológicos.
- Analizar las discordancias diagnósticas y su impacto en el manejo clínico.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, realizado en el Hospital Universitario de Valme. Se

incluyeron pacientes (n=109) con nódulos tiroideos que contaban con PAAF y que fueron sometidos a tiroidectomía o hemitiroidectomía entre enero y diciembre de 2024. Se analizaron las categorizaciones TIRADS y Bethesda, comparándolas con el resultado histopatológico definitivo.

Resultados: Se observó una discrepancia significativa en los nódulos clasificados como Bethesda II, considerados benignos citológicamente, con una proporción no despreciable de malignidad en el análisis histológico postquirúrgico. Este hallazgo plantea dudas sobre la seguridad del seguimiento clínico exclusivo en esta categoría.

Resultados Bethesda

Bethesda 2	34
Bethesda 3	25
Bethesda 4	32
Bethesda 5	17
Bethesda 6	1

	Cáncer	No cáncer	Total
Bethesda 2	7 (20%)	27	34
Bethesda 3	4 (16%)	21	25
Bethesda 4	16 (50%)	16	32
Bethesda 5	15 (88%)	2	17
Bethesda 6	1 (100%)	0	1

Tabla 1

Resultados Bethesda.

Resultados Bethesda

	Cáncer	No Cáncer	Total
Bethesda < 4	11 (FN)	48 (VN)	59
Bethesda >=4	32 (VP)	18 (FP)	50

VPP	VP/VP+FP	32/32+18	0.64
VPN	VN/VN+FN	48/48+11	0.81
S	VP/VP+FN	32/32+11	0.74
E	VN/VN+FP	48/48+18	0.73

Tabla 2

Bethesda agrupados.

Resultados Bethesda (excluyendo Bethesda 3)

	Cáncer	No Cáncer	Total
Bethesda = 2	7 (FN)	27 (VN)	34
Bethesda >=4	32 (VP)	18 (FP)	50

VPP	VP/VP+FP	32/32+18	0.64
VPN	VN/VN+FN	27/27+7	0.80
S	VP/VP+FN	32/32+7	0.82
E	VN/VN+FP	27/27+18	0.6

Tabla 3

Resultados bethesda excluyendo bethesda 3.

En contraste, los nódulos Bethesda V presentaron una tasa de malignidad del 88%, superior a la reportada en la literatura (60-75%), lo que sugiere una mayor especificidad diagnóstica en nuestro entorno, posiblemente influenciada por factores locales o criterios de selección quirúrgica.

El sistema TIRADS mostró una baja correlación con los hallazgos histopatológicos, lo que limita su utilidad como único criterio de indicación quirúrgica en nuestro medio.

Resultados Bethesda (excluyendo Bethesda 4)

	Cáncer	No Cáncer	
Bethesda = 2	7 (FN)	27 (VN)	34
Bethesda >4	16 (VP)	2 (FP)	18

VPP	VP/VP+FP	16/16+2	0.88
VPN	VN/VN+FN	27/27+7	0.80
S	VP/VP+FN	16/16+7	0.69
E	VN/VN+FP	27/27+2	0.93

A medida que se incluyen en el análisis las categorías menos concluyentes de malignidad, como son las categorías IV y V, el VPP disminuye

Tabla 4

Resultados bethesda excluyendo bethesda 4.

Comparativa con la literatura

	Cáncer en nuestros resultados	Reporting Thyroid Cytopathology	AEC
Bethesda II	7 (20%)	0-3%	<3%
Bethesda III	4 (16%)	5-15%	10-30%
Bethesda IV	16 (50%)	15-30%	25-40%
Bethesda V	15 (88%)	60-75%	50-75%
Bethesda VI	1 (100%)	97-99%	>97%

Tabla 5

Comparación con la literatura.

Resultados TIRADS

Tirads 2	12
Tirads 3	38
Tirads 4	38
Tirads 5	21

	Cáncer	No cáncer	Total
Tirads 2	3(25%)	9	12
Tirads 3	6 (15%)	32	38
Tirads 4	21 (55%)	17	38
Tirads 5	13 (62%)	8	21

Tabla 6

Resultados TIRADS.

Resultados TIRADS

	Cáncer	No Cáncer	
Tirads < 4	9 (FN)	41 (VN)	59
Tirads >=4	32 (VP)	25 (FP)	50

VPP	VP/VP+FP	34/34+25	0.57
VPN	VN/VN+FN	41/41+9	0.82
S	VP/VP+FN	34/34+9	0.79
E	VN/VN+FP	41/41+25	0.62

TR 1. Benigno	NO PAAF
TR 2. No Sospechoso	NO PAAF
TR 3. Sospecha Baja	PAAF si ≥ 2.5 cm
TR 4. Sospecha Moderada	PAAF si ≥ 1.5 cm
TR 5. Sospecha Alta	PAAF si ≥ 1 cm

Tabla 7

Resultados TIRADS agrupados.

Conclusiones: El sistema Bethesda ha demostrado ser una herramienta eficaz en la evaluación citológica de los nódulos tiroideos, aunque con tasas de malignidad divergentes respecto a la literatura, especialmente en las categorías II y IV. El sistema TIRADS no ha mostrado una utilidad decisiva para la indicación quirúrgica en nuestra experiencia.

Estos hallazgos evidencian la necesidad de adaptar los protocolos diagnósticos y terapéuticos a la realidad local y reevaluar periódicamente la fiabilidad de los sistemas utilizados en función de los resultados obtenidos.

250070. COLECCIÓN NECRÓTICA RETROPERITONEAL POSTAPENDICECTOMÍA: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE

MA Bonilla Cózar, C Fernández Holgado, JR Soler Frías, E Perea Del Pozo, I Martínez Casas, V Durán Muñoz-Cruzado, F Pareja Ciuró

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

Introducción: La apendicitis aguda (AA) es una de las patologías abdominales más frecuentes, con una incidencia del 10% en la población general, y mayor prevalencia entre los 10 y 30 años. El tratamiento, principalmente quirúrgico, y el manejo precoz mejora el pronóstico. Las complicaciones postapendicectomía prevalecen en ancianos, comórbidos, inmunodeficientes o en AA complicada. Entre ellas, destacamos la infección del sitio quirúrgico (1,2-20%) y la intraabdominal (2-30%). Otras menos frecuentes son la obstrucción intestinal (2,8%), sepsis (0,43%) o infección por C. Difficile (0,35%).

Caso clínico: Varón de 15 años que acude a Urgencias en múltiples ocasiones por dolor abdominal asociado a fiebre. No es hasta el quinto día de inicio de la clínica cuando es diagnosticado de AA, siendo posteriormente intervenido mediante apendicectomía laparoscópica sin incidencias, con alta a las 24 horas. Al cuarto día postoperatorio, desarrolla un cuadro febril y orquialgia derecha, sugestivo de funículo-epididimitis complicada con piocele. A pesar de drenaje quirúrgico y antibioterapia intravenosa, presenta una evolución tórpida con signos de infección necrotizante. Se realiza una tomografía computerizada urgente donde se evidencia una importante colección necrotizante retroperitoneal que abarca desde región suprarrenal hasta la bolsa escrotal derecha, con afectación

muscular asociada (Figura 1), precisando dos intervenciones, y realizándose desbridamiento de partes blandas a nivel escrotal y lavado más drenaje retroperitoneal.

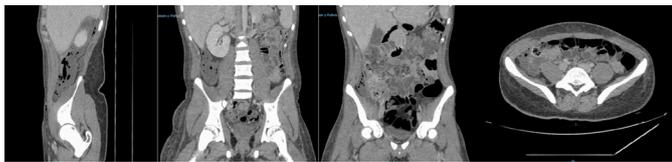


Tabla 1

Colección retroperitoneal en TC de abdomen-pelvis.

Tras resolución del cuadro infeccioso por *E. coli* multisensible y *S. anginosus*, presenta evolución favorable. No obstante, el defecto de partes blandas es tal que no es subsidiario de cierre por segunda intención (Figura 2). Se coordina el cierre con Cirugía Plástica, realizándose cobertura mediante colgajo de avance escrotal en el 33º día postoperatorio. Posteriormente, es dado de alta con tratamiento antibiótico oral. En la revisión posthospitalización se verifica adecuada evolución.



Figura 2

Defecto del drenaje quirúrgico del piocele antes y después de la cura en quirófano.

Discusión: La colección necrótica retroperitoneal y la fascitis necrotizante postapendicectomía son complicaciones infrecuentes (<0,02%) pero graves. Factores como la fragilidad del paciente, la perforación apendicular y el retraso terapéutico pueden provocar una destrucción rápida de los tejidos blandos y retroperitoneo, conllevando una emergencia quirúrgica. El diagnóstico precoz basado en la sospecha clínica y la confirmación tomográfica con la presencia de aire retroperitoneal son claves. El tratamiento requiere un manejo multidisciplinar que incluye desbridamiento quirúrgico precoz agresivo, antibióticos de amplio espectro, medidas de soporte, siendo fundamental un manejo proactivo y temprano, así como revisiones quirúrgicas planificadas y coordinadas para mejorar el pronóstico, como recomiendan las guías World Society of Emergency Surgery (WSES), Surgical Infection Society Europe (SIS-E) o Surgical Infection Society America (SIS-A).

250081 DESARROLLO DE HIPOTIROIDISMO POSTHEMITIROIDECTOMÍA: DE UNA CONSECUENCIA INFRAVALORADA

MA Bonilla Cózar, A García León, S Borrego Canovaca, M Rubio Manzanares-Dorado, JM Martos Martínez

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

Introducción: El hipotiroidismo tras hemitiroidectomía, aunque bien conocido en cirugía tiroidea, sigue siendo subestimado por los cirujanos. Su incidencia (5,6% hasta 64,2%) y momento de aparición, junto con sus factores de riesgo, aún no están claros. Este estudio evalúa su incidencia en nuestro centro e identifica los factores de riesgo asociados.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo e inferencial de los pacientes sometidos a hemitiroidectomía en nuestro centro (2012-2023), excluyendo los casos de hipotiroidismo preoperatorio (TSH > 4 mUI/ml) (Figura 1). Se estudiaron las características basales, las variables relacionadas con la cirugía y la función tiroidea preoperatoria y postoperatoria de los pacientes. Las variables que se asociaron significativamente con la necesidad de tratamiento con levotiroxina en el análisis bivariante se introdujeron en el análisis multivariante; se calcularon la OR y los IC del 95% ($p < 0,05$).

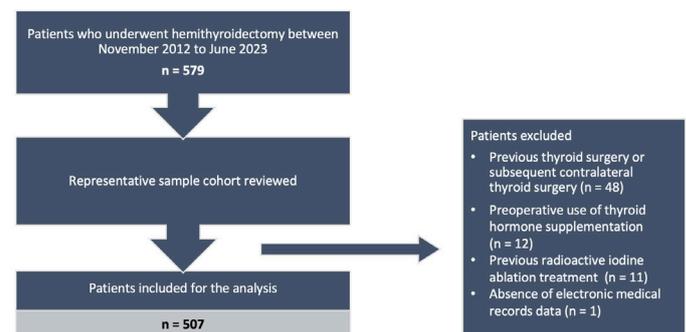


Figura 1

Flow-chart of the selection of the study population.

Resultados: De 507 pacientes sometidos a hemitiroidectomía, 271 (53,45%) desarrollaron hipotiroidismo en un plazo de 12 meses (Fig. 3), y la mayoría de los casos (132 pacientes) se produjeron en los 3 primeros meses. No hubo diferencias en cuanto a edad, sexo, bocio endotorácico o neoplasia. El análisis ROC identificó una TSH preoperatoria >2,42μIU/mL como el punto de corte óptimo para el riesgo de hipotiroidismo (Figura 2). En el análisis univariante de la regresión de Cox, los factores significativos fueron tiroiditis ($p=0,039$), niveles bajos de T3 libre preoperatorios ($p=0,003$), TSH preoperatoria >2,42μIU/mL ($p=2,42μIU/mL$ (HR 2,247; IC 95%: 1,709-2,955; $p<0,001$), longitud de la muestra $\geq 36,2$ mm (HR 2,629; IC 95%: 1,357-5,096; $p=0,004$), tiroiditis en la muestra quirúrgica (HR 3,877; IC 95%: 1,790-8,397; $p=0,001$) y presencia de carcinoma en la pieza (HR 2,332; IC 95%: 1,150-4,728; $p=0,012$) como predictores independientes de sustitución postoperatoria de hormona tiroidea (Tabla 1).

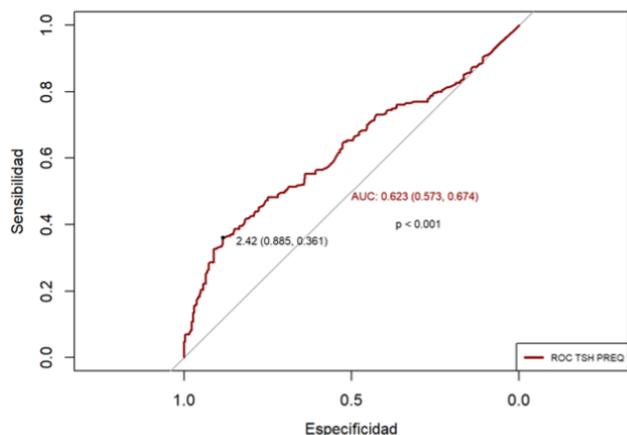


Figura 2

ROC curve of preoperative TSH.

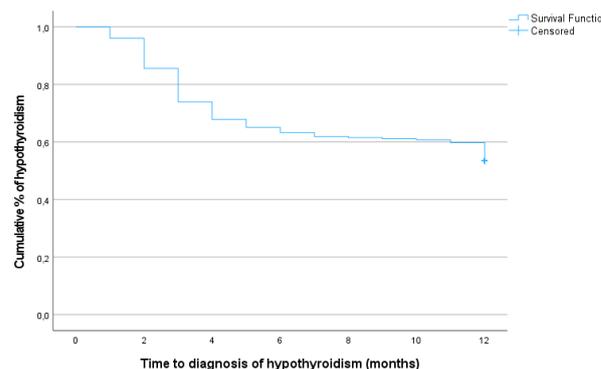


Figura 3

Kaplan-Meier analysis of the development of hypothyroidism, overall survival curve.

250092. DRENAJE PERCUTÁNEO GUIADO POR IMAGEN EN EL MANEJO DE LA COLECISTITIS AGUDA EN PACIENTES CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO TERCIARIO

A Fernández Jiménez, A Ortiz Sánchez, A Valverde Martínez, MD Casado Maestre, JM Pacheco García

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

Introducción: Las guías actuales recomiendan el drenaje percutáneo de la vesícula biliar seguida de cirugía diferida en los pacientes con colecistitis aguda (CA) considerados de alto riesgo quirúrgico.

El objetivo del presente estudio es valorar los resultados de la punción-aspiración de la vesícula biliar en estos pacientes en el Hospital Universitario de Puerta del Mar.

Materia y métodos: Estudio de cohorte, descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivos con pacientes con colecistitis aguda de alto riesgo quirúrgicos tratados mediante punción aspiración en el Hospital Universitario Puerta del Mar desde 2017 a 2021. Se recogieron los datos de un total de 26 pacientes.

Resultados: El 84.6% presentó CA grado II y el 15.4% grado III. El 84.6% presentó CA grado II y el 15.4% grado III.

El análisis estadístico de los resultados revela una disminución estadísticamente significativa de la leucocitosis y PCR ($p < 0.001$ y $p = 0.002$, respectivamente) al ingreso y post-punción.

No se registraron fallos inmediatos en la técnica, aunque la tasa de reingreso a los 3 meses posteriores del 11,5% confirma la necesidad de una cirugía diferida. Se encontraron complicaciones médicas en un 42.3% de los casos, en su mayoría reagudizaciones de las comorbilidades de base. La complicación más frecuente fue el hematoma perihepático (7.7%). La estancia media fue de 13 días, si bien se prolongó en diferentes ocasiones por descompensaciones de

Variable	Univariate		Multivariate	
	HR (95% CI)	p	HR (95% CI)	p
Age	1.003 (0.993-1.012)	0.571		
BMI	0.997 (0.984-1.012)	0.725		
Sex (F)	1.305 (0.932-1.827)	0.122		
Family history of thyroid pathology	1.330 (0.980-1.806)	0.068		
Endothoracic goiter	0.670 (0.356-1.263)	0.216		
Thyroiditis disease	1.658 (1.025-2.683)	0.039	1.341 (0.442-4.074)	0.605
Hashimoto thyroiditis	1.365 (0.764-2.440)	0.294		
Preoperative thyroid status (T)	1.002 (0.763-1.315)	0.989		
Preoperative FT3	1.299 (1.094-1.542)	0.003	1.509 (1.245-1.828)	<0.001
Preoperative FT4	1.355 (0.996-1.844)	0.053		
Preop TSH >2.42 μ IU/mL	2.523 (1.925-3.306)	<0.001	2.247 (1.709-2.955)	<0.001
Lobectomy side (L)	0.860 (0.663-1.117)	0.259		
Specimen's length \geq 36.2 mm	1.478 (1.116-1.957)	0.006	2.629 (1.357-5.096)	0.004
Specimen's volume	1.00 (0.997-1.003)	0.902		
Specimen's weight \geq 13.3 grams	1.437 (1.080-1.913)	0.013	1.727 (0.817-3.650)	0.153
Thyroiditis in surgical specimen	1.867 (1.229-2.836)	0.003	3.877 (1.790-8.397)	0.001
Cancer in surgical specimen	2.407 (1.849-3.133)	<0.001	2.332 (1.150-4.728)	0.012

Tabla 1

Cox regression of univariate and multivariate analyses for risk of hypothyroidism.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes desarrollaron hipotiroidismo poshemitiroidectomía, lo que subraya el papel del cirujano en la prevención de esta complicación mediante una planificación adaptada y un seguimiento estrecho. La THS preoperatoria, los niveles de T3 libre preoperatorios, valores elevados de la longitud mayor de la pieza quirúrgica, la presencia de tiroiditis en la pieza quirúrgica y la enfermedad neoplásica tiroidea son factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de hipotiroidismo tras una intervención mediante hemitiroidectomía. La evaluación e identificación de los factores, así como el tiempo de desarrollo del mismo puede ser útil a la hora de iniciar una terapia hormonal sustitutiva.

las comorbilidades de base. La tasa de éxitus fue del 11.5%, atribuida a patologías de base.

VARIABLE	RESULTADO
Leucocitosis al ingreso	16910 ± 7835.954
PCR al ingreso	230.42 ± 104.472
Leucocitosis post-punción	9071.15 ± 3416.962
PCR post-punción	163.27 ± 84.312

Tabla 1

Cox regression of univariate and multivariate analyses for risk of hypothyroidism.

VARIABLE	MEDIA	MEDIANA	DESVIACIÓN TÍPICA	MÍNIMO	MÁXIMO
Leucocitosis al ingreso	16910	15085	7835.954	4720	35730
PCR al ingreso	230.42	222.50	104.472	27	394
Leucocitosis post - punción	9071.15	9015	3416.962	2880	17000
PCR post - punción	163.27	145	84.312	25	316

Tabla 2

Estudio descriptivo. Principales parámetros analíticos de inflamación sistémica.

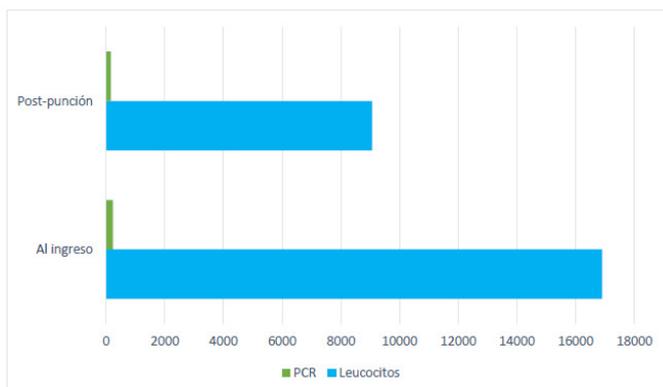


Figura 1

Datos de inflamación sistémica (media de variables).

VARIABLE	RESULTADO	
	NO	SI
FALLO PUNCIÓN	26 (100%)	0 (0%)
COMPLICACIONES MÉDICAS	15 (57.7%)	11 (42.3%)
REINGRESO	23 (88.5%)	3 (11.5%)
RE - PUNCIÓN	23 (88.5%)	3 (11.5%)
HEMATOMA PERIHEPÁTICO	24 (92.3%)	2 (7.7%)
EXITUS	23 (88.5%)	3 (11.5%)
ESTANCIA HOSPITALARIA	P25: 5.75	P50 (mediana): 9.50
		P75: 17

Tabla 3

Complicaciones de la técnica.

Conclusiones: El drenaje percutáneo en pacientes frágiles y de alto riesgo quirúrgico con CA grado II/III muestra beneficios como alternativa al tratamiento quirúrgico.

- Mejora la sintomatología y los datos de inflamación sistémica analíticos en las primeras 24 horas.

- Aunque se registraron complicaciones médicas, estas se asociaron principalmente a comorbilidades de base.

- La técnica ofrece resultados satisfactorios con tasas de complicaciones y mortalidad similares a las esperadas.

250095. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ENDOMETRIOSIS INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

R Noriega Mel, J Álvarez Medialdea, MI Marín Herrero, C Mestre Ponce, C Murube Algarra, L Martínez Ruíz, A Callejo Pilosa, V Vega Ruíz

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

Introducción: La endometriosis se define por la presencia de tejido endometrial extrauterino, que desencadena inflamación persistente y produce fibrosis. Su prevalencia es incierta y existen múltiples teorías sobre su origen.

La afectación gastrointestinal tiene una prevalencia del 3-37%. La obstrucción intestinal secundaria es poco frecuente, con una amplia variedad de signos y síntomas: dolor abdominal y pélvico crónicos, vómitos, estreñimiento y diarrea. Habitualmente, suele diagnosticarse mediante TAC, RMN o laparoscopia. La cirugía comprende desde la resección de segmentos afectados hasta intervenciones más extensas como colectomías. En el tratamiento médico se incluyen anticonceptivos orales, DIU hormonal, agonistas de la GnHR, inhibidores de la aromatasa y danazol.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 43 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos previos, que consultó en Urgencias por dolor mesogástrico de horas junto con náuseas, vómitos y cese del tránsito desde hacía 3 días. Refería episodios similares autolimitados desde hacía 4 años.

A la exploración, presentaba abdomen blando, depresible, doloroso en región periumbilical, timpánico y distendido, sin peritonismo. En la analítica destacaba leucocitosis con neutrofilia, sin otras alteraciones en el resto de parámetros. Ante estos hallazgos, se solicitó un TAC de abdomen, objetivándose un cambio de calibre con líquido libre en moderada cuantía sin identificar la causa del cuadro.

Ante estos hallazgos, realizamos una laparotomía urgente, objetivando dilatación de asas de delgado secundaria a una masa en ciego que englobaba apéndice cecal e íleon terminal, sin poder determinar su naturaleza, por lo que se realizó una hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica.

Durante el postoperatorio, la paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al sexto día. En el estudio anatomopatológico se observaron focos de glándulas y estroma endometrial que afectaban a la muscular, submucosa y tejido adiposo peri-intestinal. Con estos resultados, se derivó a la paciente a Ginecología.

A los dos meses, se revisó en consulta. Tras la cirugía y el inicio del tratamiento hormonal, se encontraba asintomática y no había presentado más síntomas.

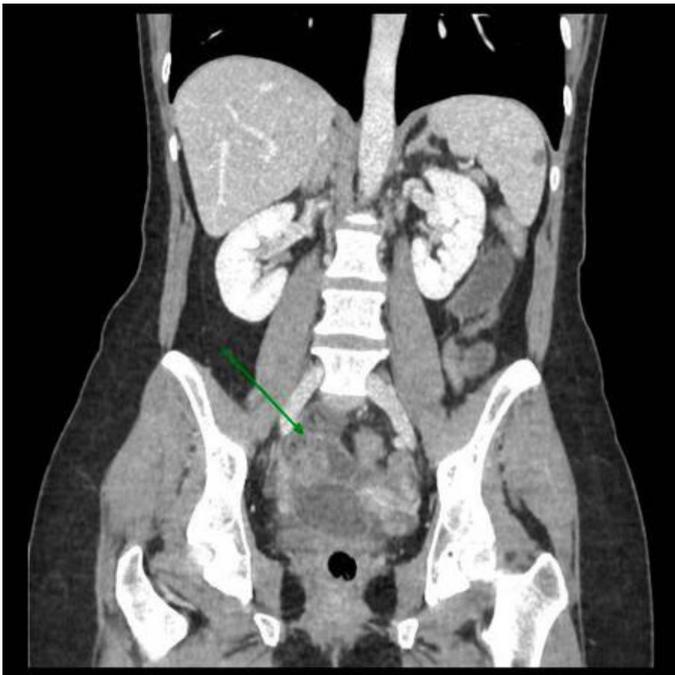


Figura 1

Datos de inflamación sistémica (media de variables).

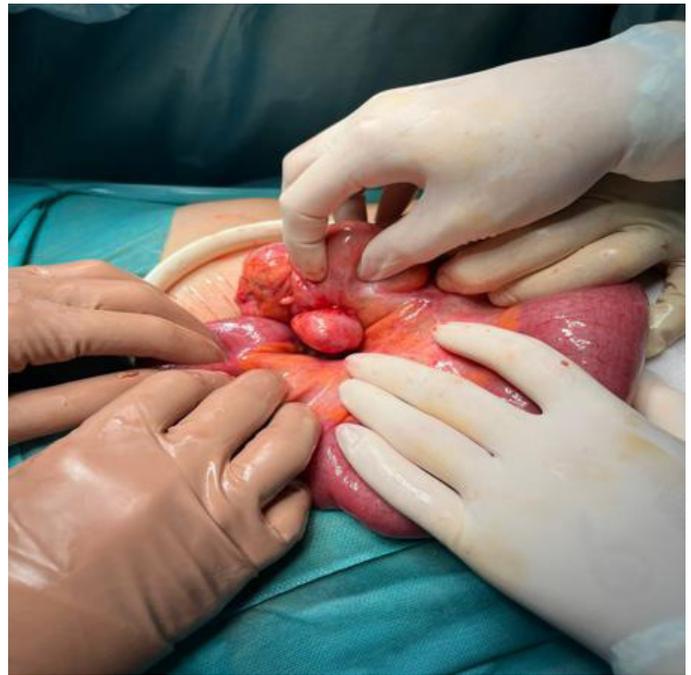


Figura 3

Imagen de exposición de la lesión tomada durante la cirugía.



Figura 2

Datos de inflamación sistémica (media de variables).



Figura 4

Apéndice cecal englobado en la lesión.

Discusión: La endometriosis intestinal es rara y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la obstrucción intestinal en mujeres. Es importante establecer planes individualizados intentando priorizar medidas conservadoras y mínimamente invasivas, como la terapia hormonal oral y técnicas endoscópicas, reservándose la cirugía para aquellos casos que lo requieran.

Macroscópicamente, las lesiones pueden asemejarse a una neoplasia. En nuestro caso, fue crucial el estudio anatomopatológico para poder establecer el plan a seguir.

250103. IMPACTO DE LOS ANTICOAGULANTES ORALES DIRECTOS EN LA INDICACIÓN QUIRÚRGICA DE LA COLECISTITIS AGUDA.

A Gallego Vela, P Parra Membrives, JA Gómez López, D Bejarano González-Serna

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

Introducción: Determinar si el uso de anticoagulantes orales directos (DOAC) influye en el manejo terapéutico de la colecistitis aguda (CA) en términos de tratamiento conservador versus quirúrgico.

Cuantificar la proporción de colecistitis agudas tratadas de forma conservadora por uso de DOAC en nuestro servicio.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva (1 de enero – 31 diciembre de 2024). Se revisaron 42 historias consecutivas de pacientes con CA, asociando o no otras entidades biliopancreáticas (colangitis, coledocolitiasis, pancreatitis...), que se manejaron de forma conservadora. 23 de estos presentaban CA según Criterios de Tokio. Variables de mayor relevancia: edad, sexo, ASA, DM, índice de Charlson, tiempo de evolución, diagnóstico, tratamiento definitivo y tipo de anticoagulante (DOAC u otro). Se clasificó la evolución como < 7 días y el tratamiento como quirúrgico (únicamente colecistectomía laparoscópica urgente diferida) o conservador (antibioterapia ± colecistostomía). Los DOAC se agruparon en Apixabán, Edoxabán, Rivaroxabán y Dabigatrán.

Resultados: De los 23 casos de CA, 7 (30 %) tomaban DOAC. 5/7 (82,6 %) presentaba evolución < 7 días; sin embargo, solo 2/7 (28,6 %) con DOAC fueron intervenidos precozmente (ambos en tratamiento con Apixabán). Entre los 16 pacientes sin DOAC, ninguno fue operado dentro de la ventana, pero su manejo conservador no dependió del fármaco. Globalmente, 5/23 (21,7 %) CA incumplieron la indicación quirúrgica exclusivamente por anticoagulación directa. En el subgrupo < 7 días + DOAC, Apixabán representó el 57 % y Edoxabán el 43 %; Rivaroxabán no se registró. La antibioterapia intravenosa fue el tratamiento conservador predominante (71 %) frente a la colecistectomía laparoscópica urgente diferida (29 %). No se observaron complicaciones mayores ni mortalidad hospitalaria.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el uso de DOAC condicionó que un 22% de los pacientes con CA manejados de forma conservadora se mantuvieran en dicha conducta terapéutica, contraviniendo las guías. La ausencia de un protocolo hospitalario perioperatorio específico y de antídotos rápidos podría explicar dicha demora. Estos hallazgos subrayan la necesidad de: 1) implementar algoritmos locales de reversión o de valoración del riesgo hemorrágico para acortar el periodo ventana hasta la intervención; 2) realizar estudios prospectivos amplios que midan morbimortalidad y recidivas asociadas a dicho diferimiento.

250104. NEOPLASIA HEPATOCELULAR NOS, UNA ENTIDAD AUN POR DEFINIR

C Bejarano Carmona, I Trinidad Gutierrez, P López Cillero, R Ciria Bru, FJ Briceño Delgado

Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: El hepatocarcinoma infantil es una neoplasia rara y agresiva siendo la segunda neoplasia hepática más frecuente en niños tras el hepatoblastoma. Existe una neoplasia con características mixtas entre ambas, hepatocarcinoma NOS, más prevalente en adolescentes, de difícil clasificación, diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico temprano es esencial debido a su rápido crecimiento y la gravedad de la enfermedad.

Caso clínico: Paciente mujer de 12 años, sin antecedentes de interés, que tras meses con cuadro de dolor abdominal intermitente e inespecífico con empeoramiento clínico progresivo, comienza con gran tumoración palpable desde hipocondrio derecho a fosa iliaca derecha de rápido crecimiento y endurecida a la palpación. Se inicia estudio diagnóstico con medición de alfa-fetoproteína en > 80.000 y realización de TC abdominal donde se visualiza masa hepática extensa con dos foco tumorales, en segmento VIII de 3 cm y en el segmento V-VI 17,6 cm. Se presenta en comité de tumores donde se propone realización de biopsia hepática percutánea, siendo compatible con carcinoma hepatocelular. Ante dicho diagnóstico se decide realización de volumetría hepática izquierda para planteamiento quirúrgico de hepatectomía derecha como única opción terapéutica de entrada. La paciente fue dada de alta el séptimo día sin incidencias postoperatorias.

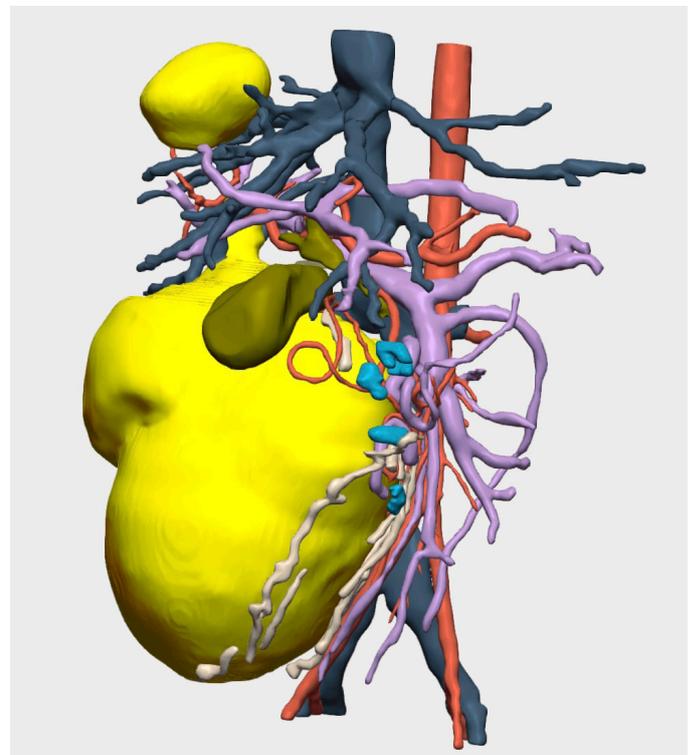


Figura 1

Reconstrucción Cella de neoplasia hepática.

Ante el resultado definitivo de anatomía patológica compatible con neoplasia hepatocelular maligna con hallazgos sugestivos de neoplasia hepatocelular NOS con mutación TERT sin enfermedad a distancia, se considera un tumor de alto riesgo de recaída por lo que se inicia protocolo SIOPEL-4 valorando posteriormente tratamiento de mantenimiento con Sorafenib.

Actualmente, con buena tolerancia a tratamiento quimioterápico con buen estado general y recuperación postoperatoria.



Figura 2

Resección de masa hepática en cirugía abierta.

Discusión: El hepatocarcinoma tipo NOS (not otherwise specified) representa una entidad poco frecuente en edad pediátrica, con características morfológicas que no permiten su clasificación dentro de los subtipos histológicos bien definidos. Su diagnóstico requiere un enfoque integral que combine hallazgos clínicos, bioquímicos, radiológicos e histopatológicos, incluyendo estudios moleculares como la mutación TERT, la cual se asocia a comportamiento biológico agresivo. La elevada alfa-fetoproteína y el patrón radiológico de masas hepáticas multifocales orientan hacia una neoplasia primaria maligna. El tratamiento óptimo incluye resección quirúrgica radical, en combinación con quimioterapia intensiva y terapia dirigida, en el contexto de protocolos colaborativos como SIOPEL.

250106. RECTOPEXIA ORR-LOYGUE EN VARON CON SINDROME DE CURRARINO: NUESTRA EXPERIENCIA.

MI Cañones Martos, A Del Fresno Asensio, E Sanchiz Cardenas, G Plata Pérez, M Peix Raya

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

Introducción: El rectocele en varones es una condición rara, generalmente asociada a otras disfunciones del suelo pélvico. Presentamos uno de los primeros casos intervenidos en nuestro centro mediante rectopexia tipo Orr-Loygue, en un paciente varón con síndrome de Currarino.

Caso clínico: Varón de 52 años con antecedentes de imperforación anal tratada en la infancia, con colostomía derivativa y posterior reconstrucción del tránsito. Además, intervenido en múltiples ocasiones por prolapso rectal vía endoanal. Consulta por recurrencia del prolapso, hipotonía esfinteriana y dificultad defecatoria. En la exploración se objetiva un prolapso rectal completo de 4-5 cm. Las pruebas de imagen muestran una lesión quística presacra de 8 cm, compatible con quiste de duplicación rectal.

Se realiza rectopexia abdominal de Orr-Loygue con extirpación de la masa quística. La evolución postoperatoria es favorable, con resolución del prolapso y mejoría de la función defecatoria. El estudio anatomopatológico confirma un quiste de duplicación rectal, que, junto con los antecedentes, sugiere un síndrome de Currarino.

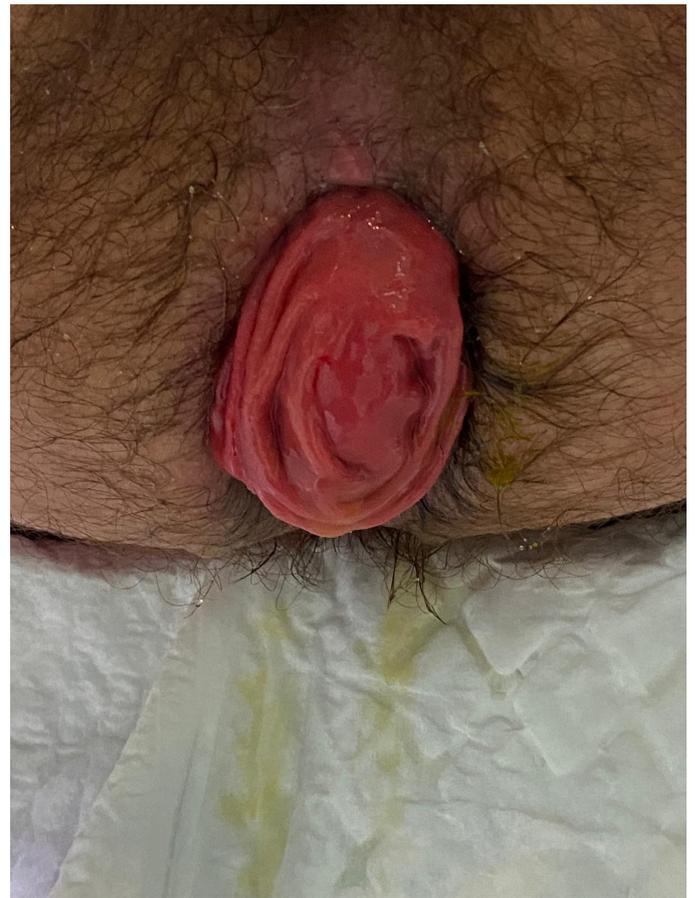


Figura 1

Prolapso rectal a la exploración.

Discusión: El síndrome de Currarino es una malformación congénita rara caracterizada por la tríada de agenesia sacra parcial, masa presacra y malformación anorrectal. Tiene herencia autosómica dominante, asociada al gen HLXB9. Su diagnóstico es radiológico y su tratamiento, quirúrgico, requiere un abordaje multidisciplinar según cada caso.

El rectocele en hombres es raro y suele coexistir con otras alteraciones del suelo pélvico, como el prolapso rectal. Sus síntomas incluyen disquecia, evacuación incompleta y necesidad de maniobras digitales.

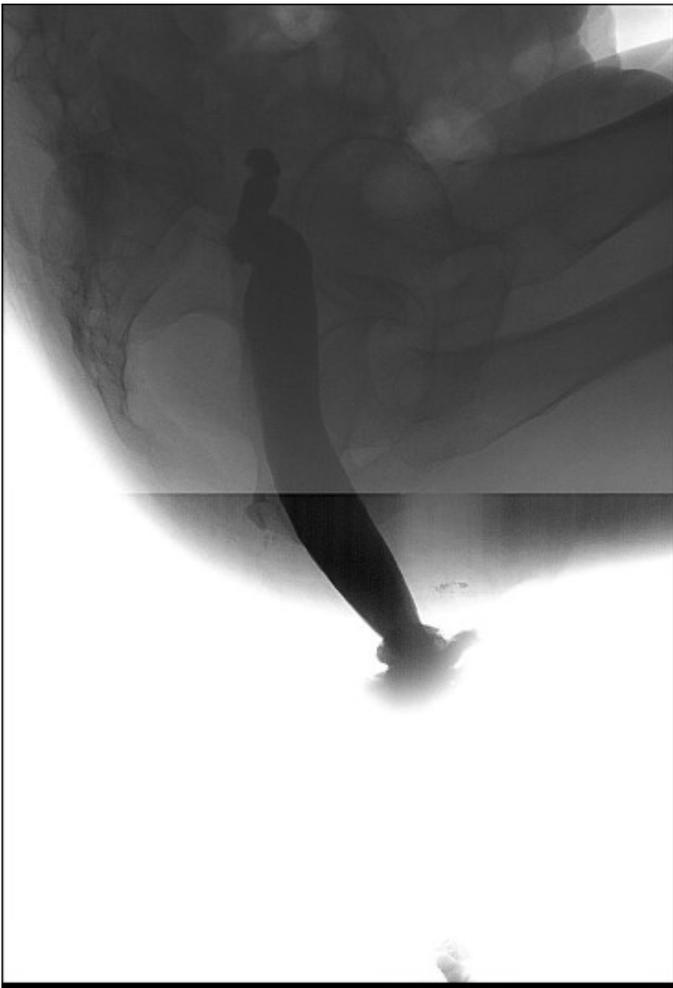


Figura 2

Defecografía donde se aprecia propaso rectal.



Figura 3

TC de abdomen donde se aprecia lesión quística en muy estrecha relación con anatomía pélvica.



Figura 4

TC abdomen, corte coronal, donde se aprecia verticalización rectal y lesión quística adyacente.

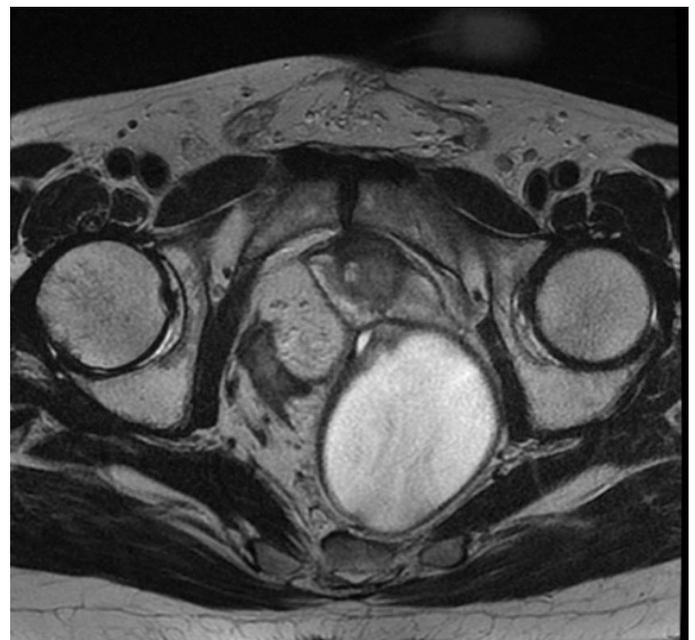


Figura 5

RM de pelvis donde se aprecia lesión quística adyacente a recto.

El enfoque inicial debe ser conservador: dieta, laxantes, reeducación del suelo pélvico y biofeedback. Si estas medidas fracasan y se demuestra relación anatómico-funcional con los síntomas, puede plantearse cirugía. La indicación debe basarse en evaluación clínica y funcional, con estudios como defecografía, manometría y resonancia del suelo pélvico.

La rectopexia tipo Orr–Loygue es una opción quirúrgica indicada especialmente cuando el rectocele se asocia a prolapso rectal. Esta técnica implica la disección posterior del recto, su liberación hasta el elevador del ano, y su fijación de forma lateral al promontorio sacro mediante una malla (sintética o biológica). En caso de dolico Colon se asocia a resección sigmoidea.

La rectopexia mejora los síntomas de obstrucción defecatoria, reduce el rectocele y mejora la calidad de vida. Sin embargo, en varones debe considerarse cuidadosamente el riesgo de disfunción sexual por posible lesión del plexo hipogástrico, además de la mayor dificultad técnica asociada a la pelvis más estrecha del varón. La selección adecuada del paciente es clave para el éxito del tratamiento quirúrgico.

250109. CARCINOMA DE MAMA METAPLÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO EXCEPCIONAL.

Em García Pastor¹, L Díaz Sánchez², M Albarracín Molina¹, Ns Ávila García², G Plata Pérez²

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

Introducción: El carcinoma metaplásico de mama es una forma poco común y agresiva de cáncer mamario. Su diagnóstico es complejo y su tratamiento desafiante. Se presenta a continuación un caso de carcinoma metaplásico de una paciente intervenida en nuestro centro.

Caso clínico: Paciente de 45 años, fumadora activa, intervenida de cesárea y mamoplastia de aumento. Consulta por masa dolorosa en cuadrante superoexterno de mama derecha. A la exploración se palpa tumor adherido a piel y planos profundos (prótesis). No se palpan adenopatías axilares. En la mamografía: nódulo solidoquístico de 85 mm, palpable, de rápido crecimiento. La biopsia confirma una neoplasia maligna pobremente diferenciada, sin expresión de receptores hormonales, HER2 ni marcadores epiteliales.



Figura 1 Exploración mamaria: tumor adherido a piel y planos profundos.

Se decide en comité multidisciplinar mastectomía radical con exéresis de prótesis y el complejo areola-pezones. El estudio anatomopatológico revela carcinoma metaplásico invasor de tipo sarcomatoide (99%), con componente epitelial (1%) y ductal in situ de alto grado con necrosis (<5%). El tumor mide 10 cm, infiltra músculo, y es grado III (índice Ki-67 del 90%). Estadío pT4aNxM0 (IIIB). Inicia tratamiento adyuvante con quimioterapia para cáncer triple negativo. Evoluciona clínicamente bien, sin evidencia actual de enfermedad.

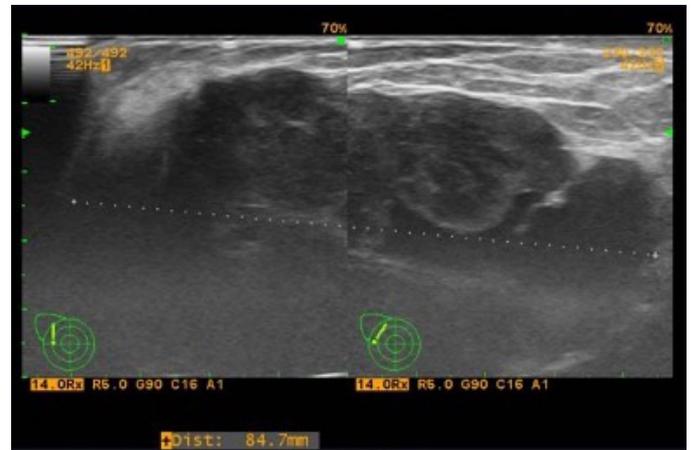


Figura 2 Ecografía de mama. Tamaño del nódulo.



Figura 3 Mamografía laterolateral de mama derecha: nódulo en CSE que comprime e infiltra prótesis mamaria.

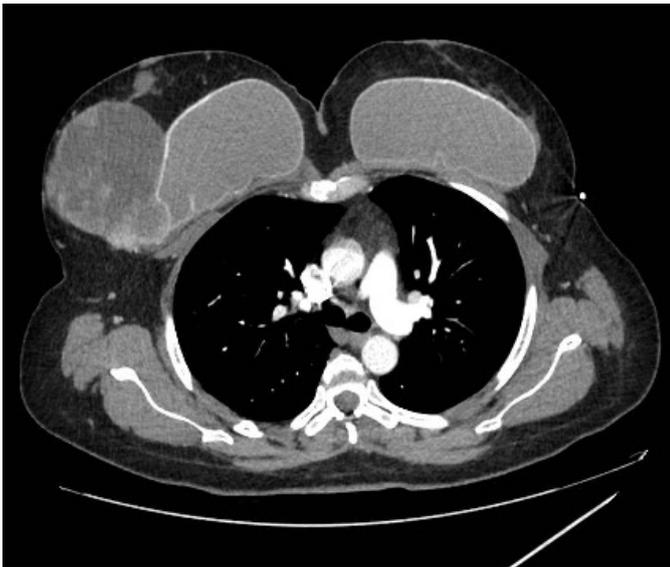


Figura 4

TC tórax: se visualiza tumoración comprimiendo prótesis mamaria.

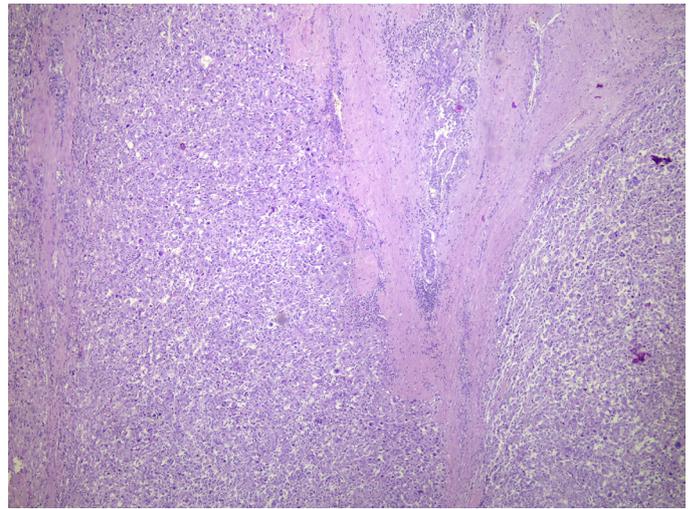


Figura 6

Área de diferenciación epitelial (carcinoma ductal invasor) visto con H-E.

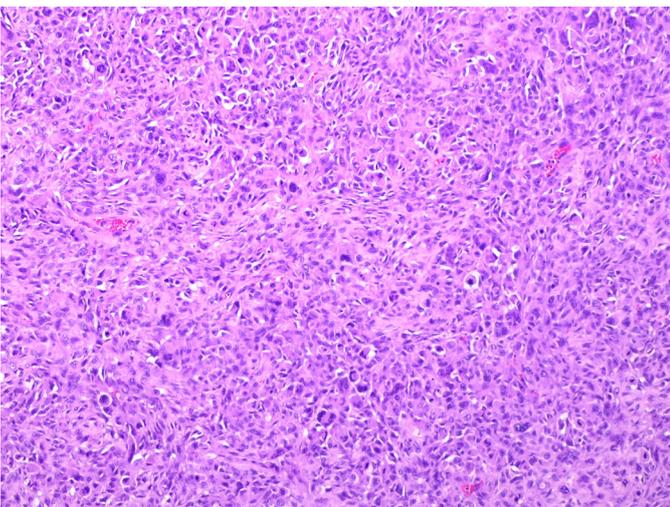


Figura 5

Área de diferenciación sarcomatoide visto con H-E.

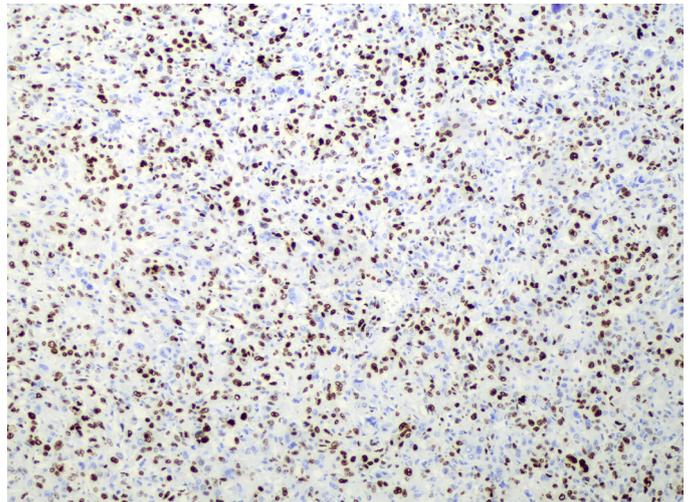


Figura 7

Índice de proliferación Ki-67: 90%.

Discusión: El carcinoma metaplásico de mama (CMM) es un subtipo raro y agresivo de cáncer mamario, que representa menos del 1% de los casos. Se caracteriza por su heterogeneidad morfológica, con componentes epiteliales y mesenquimales que incluyen diferenciación escamosa, sarcomatoide o condro-ósea. Suele presentarse en mujeres entre los 50 y 60 años y, a diferencia de otros tipos de cáncer de mama, en más del 90% de los casos tiene un perfil triple negativo (sin expresión de receptores de estrógeno, progesterona ni HER2), lo que limita las opciones terapéuticas dirigidas.

Clínicamente, se manifiesta como una masa palpable de crecimiento rápido, que a menudo es de gran tamaño al momento del diagnóstico. Aunque tiene una baja tasa de afectación ganglionar, presenta una alta propensión a la diseminación hematológica,

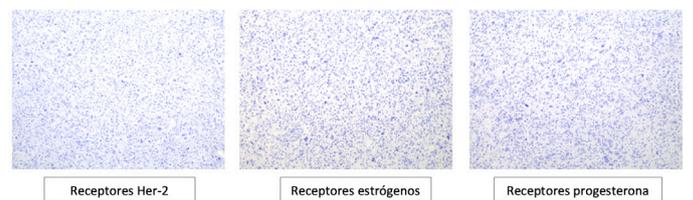


Figura 8

Inmunohistoquímica. Receptores Her-2, estrógenos y progesterona negativos: Triple negativo.

especialmente a pulmones, huesos y cerebro. El diagnóstico definitivo requiere estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos complejos, dada su diversidad celular.

El tratamiento incluye cirugía como pilar principal, combinada con quimioterapia, aunque esta última muestra limitada eficacia. La radioterapia puede ser útil en algunos casos. Debido a su comportamiento agresivo y mal pronóstico, se recomienda un enfoque multidisciplinario en centros especializados.

250124. CARCINOMA TÍMICO: PRESENTACIÓN INUSUAL TRAS HEMITIROIDECTOMÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M López González-Salido, ML Cañones Martos, R Soler Humanes, R De Luna Díaz

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

Introducción: El carcinoma tímico es un tumor epitelial raro y agresivo del mediastino anterior, con una incidencia estimada entre 0.07 y 0.38 por cada 100,000 personas al año. Su diagnóstico suele hacerse en etapas avanzadas y a menudo provoca síntomas por compresión de estructuras próximas. La tomografía computarizada (TC) es esencial para su evaluación inicial y estadificación, siendo los sistemas más empleados el TNM y el Masaoka-Koga. La resección quirúrgica completa (R0) es el pilar del tratamiento, complementada en muchos casos con radioterapia adyuvante. En etapas avanzadas también se emplea quimioterapia y, recientemente, ha cobrado relevancia la inmunoterapia dirigida a ciertas dianas moleculares. Se presenta un caso de un varón de 45 años con diagnóstico de carcinoma tímico tras una hemitiroidectomía.

Caso clínico: Varón de 45 años, sin antecedentes de interés, que consulta por disfonía. Durante el estudio se diagnosticó un nódulo en polo inferior de lóbulo tiroideo izquierdo con punción con aguja fina (PAAF) compatible con Bethesda III y parálisis recurrencial asociada. Con dicho diagnóstico se intervino de hemitiroidectomía izquierda y el resultado de anatomía patológica definitiva fue compatible con carcinoma escamoso tímico. Posteriormente se completó estudio con PET-TC que confirmó persistencia tumoral en la glándula tímica, por lo que se presentó en comité multidisciplinar y se decidió timectomía total con exéresis de adenopatías. Ante hallazgos compatibles con un estadio TNM: T1, N1, M0 (Masaoka-Koga IVB) se decidió radioterapia adyuvante.

Discusión: El carcinoma tímico, aunque poco frecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas mediastínicas anteriores. Es la cuarta lesión solitaria más común en mediastino anterior tras timomas, quistes benignos y linfomas. Su incidencia es mayor en varones de mediana edad y se ha vinculado con ciertas enfermedades genéticas y exposición a radiación. Puede causar síntomas por compresión de estructuras vecinas como disnea, disfonía o síndrome de vena cava superior. La TC es el método diagnóstico inicial, pudiéndose completar con resonancia magnética o PET-FDG. La cirugía, especialmente con resección completa, mejora el pronóstico, pero la alta tasa de recurrencia hace esencial la radioterapia adyuvante en muchos casos. Las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas han demostrado buenos resultados en recuperación. En casos irresecables o avanzados, el tratamiento sistémico con



Figura 1 Timectomía por carcinoma tímico. Pieza quirúrgica.



Figura 2 Tejido linfograso en timectomía por carcinoma tímico.

quimioterapia o inmunoterapia tiene un papel relevante, aunque aún se investigan las dianas terapéuticas más efectivas.

250128. REVOLUCIONANDO LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA: LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL COMO PREDICTOR DE MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA EN CÁNCER ESOFAGOGÁSTRICO

Á De Laguno De Luna¹, R Fernández Jiménez², JM García Almeida², R De Luna Díaz¹

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

Introducción: La morbimortalidad postoperatoria en el cáncer esofagogástrico continúa representando un reto clínico significativo, a pesar de los avances quirúrgicos y perioperatorios. En este contexto, la inteligencia artificial (IA) se posiciona como una herramienta emergente de gran valor para la predicción individualizada de resultados clínicos. Nuestro estudio explora la integración de algoritmos de IA aplicados al análisis de tomografía computarizada (TAC) preoperatoria con fines de valoración morfofuncional.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes intervenidos por cáncer esofagogástrico en un centro terciario entre 2014 y 2020. Se emplearon modelos de aprendizaje automático entrenados con parámetros extraídos del TAC, incluyendo masa muscular esquelética, grasa visceral y subcutánea, junto con datos funcionales como la dinamometría y parámetros clínicos nutricionales (Tabla 1).

Estos datos se correlacionaron con resultados postoperatorios a 30 y 60 días, incluyendo complicaciones mayores (Clavien-Dindo \geq III) y mortalidad.

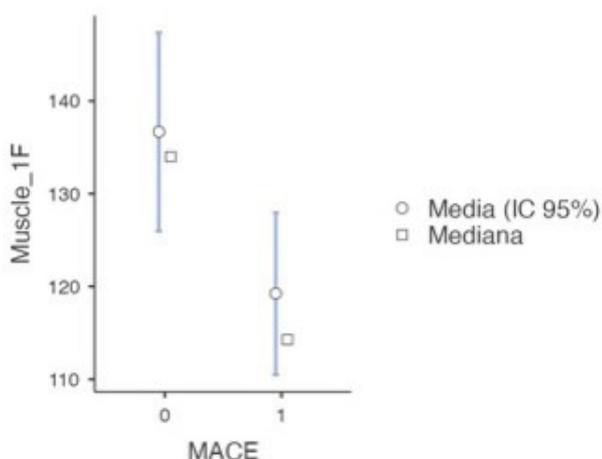


Figura 1

Figura 1. Relación entre baja masa muscular preoperatoria y MACE (morbimortalidad postoperatoria medida en Clavien-Dindo \geq III y mortalidad), mediante prueba estadística X².

Resultados: Los resultados demuestran que la IA, aplicada sobre imágenes morfofuncionales, permite una estratificación de riesgo más precisa que los modelos clínicos tradicionales. En particular, la sarcopenia oculta y la baja masa muscular mostraron fuerte asociación con desenlaces adversos (Tabla 2 y Figura 1).

Parameter	Results
Sample size (n _i)	n = 70
Age (years)	Me = 69 IQR = 18.8
Older than 65 (n _i)	n = 38 (54.3%)
Toxics	Yes, n = 42 (60%) No, n = 28 (40%)
Charlson Index	ME = 5 IQR = 3.75
Comorbidity	Yes, n = 64 (91.4%) No, n = 6 (8.6%)
ASA index	I, n = 6 (8.6%) II, n = 36 (51.4%) III, n = 26 (37.1%) IV, n = 2 (2.9%)
Previous surgery	Yes, n = 23 (32.9%) No, n = 47 (67.1%)
Weight (kg)	M = 69.5 SD = 12.9
Height (cm)	Me = 164 IQR = 9.75
BMI (kg/m ²)	M = 25.9 SD = 4.58
Weight lost >5p (<6 months)	n = 43 (61.4%)
Glim	0, n = 28 (40%) 1, n = 16 (22.9%) 2, n = 26 (37.1%)
Muscle 1 (cm ²)	Me = 127 IQR = 43.5
IMAT 1 (cm ²)	Me = 9.57 IQR = 9.54
VAT 1 (cm ²)	Me = 160 IQR = 127
SAT 1 (cm ²)	Me = 140 IQR = 84.5
SMI 1	M = 51.4 SD = 10.2
Low muscle mass 1	Yes, n = 27 (38.6%) No, n = 43 (61.4%)
Muscle 2 (cm ²)	M = 127 SD = 30.3
IMAT 2 (cm ²)	Me = 7.44 IQR = 10.8
VAT 2 (cm ²)	Me = 118 IQR = 128
SAT 2 (cm ²)	Me = 130 IQR = 93.3
SMI 2	M = 50.5 SD = 10.8
Low muscle mass 2	Yes, n = 24 (36.9%)

Tabla 1

Características clínicas del estudio (N=70) Variables cualitativas expresadas en frecuencias absolutas (n_i) y porcentajes (%). Variables paramétricas expresadas mediante media (M) y desviación estándar (SD). Variables no paramétricas expresadas mediante mediana (Me) y rango intercuartílico.

Conclusiones: Concluimos que la IA basada en TAC preoperatorio ofrece un enfoque no invasivo, objetivo y reproducible para optimizar la selección de candidatos quirúrgicos y anticipar complicaciones, lo que representa un avance significativo hacia la personalización del tratamiento en cirugía oncológica.

	No, n = 41 (63.1%)
Dynamometry (JAMAR) (kg)	Me = 22 IQR = 29.4
Strenght lost	Yes, n = 32 (45.7%) No, n = 38 (54.3%)
Myosteatosi	Yes, n = 20 (28.6%) No, n = 50 (71.4%)
Sarcopenia	Yes, n = 23 (32.9%) No, n = 47 (67.1%)
Immunonutrition	n = 18 (25.7%)
Neoplasm location (n _i)	Esophageal n = 21 (30%) Gastric n = 49 (70%)
Stage (TNM) at diagnosis	IA (n = 17); IB (n = 8); IIA (n = 16); IIB (n = 8); IIIA (n = 13); IIIB (n = 3); IIIC (n = 2); IV (n = 3)
Neoadjuvant therapy (n _i)	Yes, n = 27 (38.6%) No, n = 43 (61.4%)
First surgery	Esophagectomy, n = 22 (31.4%) Gastrectomy, n = 46 (65.7%) Other, n = 2 (2.9%)
Clavien-Dindo 30 days (>= IIIB)	Yes, n = 11 (15.7%) No, n = 59 (84.3%)
Clavien-Dindo 60 days (>= IIIB)	Yes, n = 6 (8.6%) No, n = 64 (91.4%)
Hospital stay (days)	Me = 12.5 IQR = 18
High-risk hospital stay (>15 days)	Yes, n = 30 (42.9%) No, n = 40 (57.1%)
Active chemotherapy (n _i)	Yes, n = 27 (38.6%) No, n = 43 (61.4%)
Mortality (n _i)	Yes, n = 8 (11.4%) No, n = 62 (88.6%)
MACE (Clavien>=IIIB + Mortality)	Yes, n = 32 (45.7%) No, n = 38 (54.3%)

Tabla 1

Características clínicas del estudio (N=70) Variables cualitativas expresadas en frecuencias absolutas (n_i) y porcentajes (%). Variables paramétricas expresadas mediante media (M) y desviación estándar (SD). Variables no paramétricas expresadas mediante mediana (Me) y rango intercuartílico.

Parameters		Statistical Analysis	Results
Preoperative Low Muscle Mass	MACE (Clavien-Dindo>III + Mortality)	χ ²	p = 0.019
Dinamometry	MACE	χ ²	p = 0.046
Sarcopaenia	MACE	χ ²	p = 0.022

Tabla 2

Resultados estadísticos con p significativa en X².

250132. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN EL TRATAMIENTO DEL PLASTRÓN APENDICULAR: REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA.

K El Bahoudi Masaoudi, J Gómez Sánchez, MM García Bretones, M Munuera Serrano, N Fernández Redondo, A Díaz Granados, B Miron Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: La apendicitis aguda es una patología muy frecuente, afectando al 8,6 % de hombres y al 6,9 % de mujeres. La apendicectomía ha sido considerada el tratamiento estándar, durante años sin embargo, en los casos de apendicitis que evolucionan a plastrón apendicular, se puede plantear un enfoque inicial conservador, seguido por una apendicectomía de intervalo, si la clínica del paciente lo permite. El objetivo de este estudio es evaluar la evolución clínica de los pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular con diferente manejo terapéutico.

Material y métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo del manejo terapéutico de pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular, definido por la duración de la clínica y las pruebas de imagen complementarias desde 2023 a marzo de 2025 en nuestro centro.

Resultados: Se analizaron 80 pacientes con diagnóstico de plastrón apendicular, siendo el 55% varones, con una edad media de 54 años.

En el 25% (20 pacientes) se optó por tratamiento conservador con antibioterapia, mientras que en el 75% (60 pacientes) se decidió realizar intervención quirúrgica de forma urgente debido a la clínica. La estancia media fue de 4 días.

Dentro del grupo tratado de forma conservadora, el 45% (9/20) han sido intervenidos de forma programada tras el alta. Se ha obtenido en el 87.5% de ellas (7/9) una anatomía patológica propia de una apendicitis aguda y en 11.1% un hallazgo compatible con carcinoma seroso papilar de bajo grado. Mientras que 8/20 pacientes (40%) se derivaron al alta sin llegar a programar la cirugía, bien por encontrarse asintomáticos o por incomparecencia de los pacientes. Asimismo, el 15% reingresaron con clínica de abdomen agudo requiriendo intervención de forma urgente sin poder plantear apendicectomía de intervalo.

Del grupo tratados con cirugía urgente inicial, 60 pacientes, el 91,7% presentaron en anatomía patológica una apendicitis aguda, mientras que el 6,7% resultó en adenocarcinoma apendicular. Y solo un 1,7% resultó una apendicitis granulomatosa (cequitis).

De todos los pacientes intervenidos, en el 75,9% se realizó una apendicectomía. Mientras que en el 2.5% se tuvo que realizar una ileocequostomía.

Conclusiones: El tratamiento del plastrón apendicular continúa siendo motivo de controversia. En base a nuestros resultados, aunque aún preliminares, podríamos decir que en determinados casos optar por una alternativa conservadora puede evitar la necesidad de una intervención quirúrgica, que puede requerir de una ileocequostomía, siempre que la clínica y las pruebas complementarias posteriores descarten malignidad.

250139. EPIDEMIOLOGÍA, MANEJO Y COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DE LOS HAMARTOMAS QUÍSTICOS RETRORRECTALES SEGÚN LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

N Fernández Redondo, MDM García Bretones, P De Castro Monedero, M Munuera Serrano, K El Bahoudi Masaoudi, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: Los hamartomas quísticos retrorrectales son lesiones congénitas con origen en el intestino caudal embriológico, localizadas en el espacio presacro. Forman parte del heterogéneo grupo de las masas retrorrectales, cuya incidencia es de 1/40000 habitantes/año. Son más frecuentes en mujeres y, aunque suelen ser asintomáticos, pueden manifestarse como sensación de tumoración, dolor, estreñimiento o sangrado rectal. A pesar de que habitualmente son benignos, existe un riesgo de malignización del 7-10%, por lo

que su tratamiento es quirúrgico. Los tipos de abordaje posibles son abdominal, transanal o posterior.

Presentamos una serie de casos intervenidos en nuestro centro entre el 01/01/2020 y el 31/03/2025 con el objetivo de realizar una descripción epidemiológica de la sintomatología, técnica diagnóstica, abordaje quirúrgico, estancia hospitalaria posoperatoria, complicaciones según Clavien-Dindo y recurrencia en el seguimiento.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de hamartoma quístico retrorrectal en el Hospital Clínico Universitario San Cecilio entre 01/01/2020 y el 31/03/2025.

Resultados: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a cinco pacientes diagnosticadas de hamartoma quístico retrorrectal, todas ellas mujeres, con una edad media de 44,4 años (DS=19,32). En el 60% de los casos el diagnóstico estuvo motivado por síntomas como coxalgia o sensación de tumoración, mientras que en el resto fue un hallazgo incidental. El diagnóstico de la lesión se realizó siempre mediante resonancia magnética pélvica (RMN), confirmándose postoperatoriamente con el análisis anatomopatológico.



Figura 1

RMN. A y B. Corte transversal y sagital con secuencias potenciadas en T2: lesión de 60x50x62mm isointensa bien definida retrorrectal y anteroinferior a últimas vértebras del coxis. C. Corte transversal con secuencias potenciadas en T2 con restricción grasa: se aprecia dicha lesión hiperintensa.

En tres de los cinco casos se optó por un abordaje transanal mínimamente invasivo (TAMIS), con una estancia hospitalaria media de 6,33 días (DS=3,06). Respecto a las complicaciones, una paciente presentó una colección postquirúrgica sobreinfectada (Grado IIIa) y otra coxalgia que precisó de bloqueos nerviosos (Grado II). Un cuarto caso se trató mediante un abordaje combinado laparoscópico y posterior, presentando múltiples complicaciones, entre ellas una colección postquirúrgica y una neuropatía con dolor refractario y estreñimiento, requiriendo la implantación de un estimulador de

raíces sacras (Grado IIIa). Finalmente, el último caso se abordó por vía posterior con solo un día de estancia hospitalaria; la paciente presentó coxalgia leve tratada con rehabilitación (Grado I).



Figura 2

Abordaje vía TAMIS de hamartoma quístico retrorrectal.



Figura 3

Abordaje posterior de hamartoma quístico retrorrectal y pieza quirúrgica tras exéresis.

Conclusiones: En conclusión, el hamartoma quístico retrorrectal es una patología infrecuente, predominantemente femenina, que debido a su potencial malignización requiere de tratamiento quirúrgico. No obstante, ninguna vía de abordaje está exenta de complicaciones, siendo las más comunes la colección postquirúrgica y la coxalgia residual.

250146. APLICACIÓN DE LAS ESCALAS WSES Y HINCHEY EN LA NECESIDAD DE DRENAJE PERCUTÁNEO Y CIRUGÍA URGENTE EN PACIENTES CON DIVERTICULITIS AGUDA

JA Aragón Encina, A Ortiz Sánchez, T Gómez Sánchez, JM Pacheco García, ML Muñoz Bueno

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

Introducción: Valorar la precisión de la escala WSES 2020 y Hinchey modificada en pacientes con diverticulitis aguda, como predictoras de drenaje percutáneo y/o cirugía urgente.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional unicéntrico diagnosticados por TAC de diverticulitis aguda, entre los años 2018 y 2020.

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.

Ambas clasificaciones se relacionan de forma significativa con la necesidad de drenaje percutáneo, concretamente, los estadios IB y II de Hinchey, con una $p < 0,015$; y los estadios IB y IIA de la WSES con una $p < 0,001$; siendo esta asociación más fuerte cuando se aplica la clasificación de la WSES, con un valor de 31,077 frente a 14,02 en el test de Chi-Cuadrado.

La relación de ambas clasificaciones con la necesidad de cirugía urgente también es directa. Para la clasificación de Hinchey, existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en los estadios III y IV. Si se aplica la clasificación de la WSES, esta relación es directa en los estadios III y IV, con una $p < 0,001$. A pesar de que ambas clasificaciones son predictoras de la necesidad de cirugía urgente, la potencia estadística es mayor cuando se aplica la WSES (potencia 74,86) respecto a la Hinchey (potencia 61,19).

Conclusiones: Aunque las escalas de Hinchey modificada por Wasvary y la WSES son ampliamente utilizadas en el diagnóstico de diverticulitis aguda, no existe ninguna clasificación que integre hallazgos radiológicos con parámetros clínicos y analíticos, permitiendo una clasificación precisa. Los hallazgos presentados muestran una mayor precisión de la escala WSES para predecir la necesidad de drenaje percutáneo y cirugía, aunque son necesarios estudios más amplios para confirmar estos hallazgos.

250148. INDICADORES DE CALIDAD QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA REVISIONAL HIATAL: ¿PODEMOS ALCANZAR EL TEXTBOOK OUTCOME?

PJ Madroñal Escribano, P Díaz Ríos, M Fernández Baeza, M Santidrián Zurbano, M Mogollón González, J Trigueros Cabrera, C Plata Illescas, MJ Álvarez Martín

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

Introducción: El textbook outcome (TO) es un indicador que evalúa la calidad de un procedimiento quirúrgico representando un resultado "ideal" esperable tras una intervención, basado en criterios previamente consensuados.

Nuestro objetivo es analizar el cumplimiento del TO en pacientes sometidos a cirugía revisional tras cirugía antirreflujo o de la hernia de hiato.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluye pacientes sometidos a cirugía revisional tras cirugía antirreflujo o de la hernia de hiato entre enero de 2019 y junio de 2024. El TO se definió con los siguientes criterios: ausencia de complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo ≥ 1), no mortalidad en los primeros 30 días, no reingreso en los primeros 60 días, estancia hospitalaria ≤ 3 días (P75) y abordaje íntegramente mínimamente invasivo.

Se llevó a cabo un análisis univariante utilizando el test χ^2 o test exacto de Fisher's para variables categóricas y test U Mann-Whitney para variables continuas. Se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron un total de 33 procedimientos quirúrgicos, de los cuales 26 (78,8%) alcanzaron todos los criterios TO, mientras que 7 (21,2%) no cumplieron uno o más parámetros y se clasificaron como no-TO. El factor más determinante en el fracaso del TO fue una estancia hospitalaria prolongada (>3 días), presente en el 100% de los casos, seguida por la aparición de complicaciones postoperatorias (71,4%), la necesidad de conversión a cirugía abierta (57,1%) y el reingreso precoz (28,6%). No se registró mortalidad a 30 días en ninguno de los casos.

Ni el tamaño del defecto herniario ni el uso de refuerzo hiatal con malla, ni la realización de gastroplastia de Collis mostraron asociación significativa con la consecución del TO. Sin embargo, un mayor tiempo quirúrgico se asoció significativamente con una mayor probabilidad de no alcanzar el TO ($p = 0,012$).

Conclusiones: El cumplimiento del TO en cirugía revisional del hiato es alcanzable en un alto porcentaje de casos, lo que demuestra que, incluso en el contexto de una cirugía revisional, es posible lograr resultados quirúrgicos óptimos bajo estándares de calidad. En este contexto, la planificación eficiente de la cirugía puede disminuir el tiempo operatorio y, por ende, la probabilidad de efectos adversos.

El TO constituye por lo tanto una herramienta valiosa para la evaluación de la calidad quirúrgica, al ofrecer una visión global del resultado más allá de los indicadores tradicionales. Su implementación permite identificar áreas críticas de mejora y favorece la estandarización de resultados en la práctica clínica.

250154. FACTORES PREDICTORES DE NECESIDAD DE SUPLEMENTACIÓN CON HORMONA TIROIDEA TRAS HEMITIROIDECTOMÍA POR ENFERMEDAD BENIGNA

P Vélchez Fernández, P Díaz Ríos, PJ Madroñal Escribano, MJ Alonso Sebastian, NV Muñoz Perez, A Becerra Massare, JI Arcelus Martinez, JM Villar Del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario de Granada. Granada.

Introducción: La hemitiroidectomía (HT) se elige frecuentemente para preservar parte del tiroides y reducir así la necesidad de tratamiento sustitutivo. Esto no garantiza la conservación funcional, pudiendo desarrollarse hipotiroidismo postoperatorio, cuya incidencia y factores de riesgo no están claramente definidos. Nuestro objetivo fue identificar los factores asociados a la necesidad de suplementación posquirúrgica a corto y largo plazo en pacientes sometidos a HT por patología benigna.

Material y métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico basado en datos introducidos en el registro europeo de cirugía endocrina Eurocrine®. Se incluyeron pacientes sometidos a HT por patología benigna entre 2015 y 2024, analizando variables clínicas, quirúrgicas y anatomopatológicas.

La variable dependiente fue la función tiroidea a corto (seis semanas postcirugía) y largo plazo, determinada por la necesidad o no de tratamiento con levotiroxina. Se aplicó el test t de Student o la prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas, y la prueba χ^2 para categóricas. Se identificó la asociación entre variables en análisis bivariante. Se construyó un modelo multivariante para cada variable dependiente, obteniendo odds ratios (OR) crudas e intervalos de confianza al 95% (IC95%). Los cálculos se han realizado con el programa STATA versión 16.1.

Resultados: El estudio incluyó a 245 pacientes, con una edad media de 53 años (79,2% mujeres), y un índice de masa corporal medio de 27,7 kgrs/m². Las principales indicaciones fueron la presencia de síntomas compresivos (54,3%) y la necesidad de exclusión de malignidad por citología obtenida previamente (36,3%).

Tras la primera revisión, 80 pacientes (32,5%) precisaron prescripción de tiroxina, y 100 (40,8%) a largo plazo, tras un seguimiento medio de 52 meses. A corto plazo, en el análisis multivariante, el sexo femenino y el diagnóstico histológico de tiroiditis linfocitaria (TL) se asociaron significativamente con la necesidad de tratamiento con levotiroxina (OR 2,42 y 4,53, IC95% 1,05-5,06 y 1,95-10,53, respectivamente).

A largo plazo, la edad avanzada, el componente intratorácico del lóbulo extirpado y el diagnóstico de TL y bocio multinodular mostraron asociaciones significativas con la necesidad de terapia sustitutiva (OR 1,02 por cada año, 29,71, 7,02 y 2,2; IC95% 1,00-1,04, 3,81-231,64, 2,99-16,48, 1,12-4,31, respectivamente). La capacidad discriminativa de ambos modelos mostró áreas bajo la curva de 0,70 y 0,74, respectivamente.

Conclusiones: Consideramos estos hallazgos útiles para mejorar la información preoperatoria al paciente, estratificar su riesgo, e individualizar el seguimiento postquirúrgico. Podríamos anticipar la necesidad de suplementación hormonal en algunos casos, y suprimir determinaciones analíticas innecesarias en otros de bajo riesgo.

250159. ¿ES NECESARIO EL VACIAMIENTO GANGLIONAR CENTRAL EN PACIENTES CON PAAF BETHESDA V?

N Bregoli Rodríguez, R Soler Humanes, M Peix Raya, ML Cañones Martos, A Saiz Miguel, MS Alvarez Escribano, LT Ocaña Wilhelmi, R De Luna Diaz

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

Introducción: Este trabajo tiene como objetivo analizar la frecuencia de metástasis ganglionares en el compartimento central (niveles VI y VII) en pacientes con sospecha citológica de carcinoma tiroideo (Bethesda V) a quienes se les realizó tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central profiláctico, para valorar la necesidad de realizar este gesto quirúrgico de forma sistemática.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente los casos de tiroidectomía total realizados entre enero de 2022 y marzo de 2025 en pacientes con diagnóstico citológico Bethesda V. Se incluyeron 91 pacientes, recogiendo variables como edad, sexo, clasificación ASA, si se asoció vaciamiento ganglionar central, hallazgos anatomopatológicos y presencia de hipocalcemia postoperatoria, tanto clínica como analítica.

Resultados: Se realizaron 91 tiroidectomías totales: 66 mujeres (72,5%) y 25 varones (27,5%), con una edad media y mediana de 49 años (rango: 22-85). En cuanto al riesgo anestésico, 44 pacientes fueron ASA II (48%), 22 ASA I, 21 ASA III y 4 ASA IV.

El vaciamiento ganglionar central se realizó en 86 casos. En 39 de ellos (45%) se identificaron ganglios metastásicos en el análisis anatomopatológico.

En cuanto a complicaciones, 10 pacientes (11,6%) presentaron hipocalcemia clínica que requirió tratamiento intravenoso durante el ingreso. Además, 27 pacientes (31,4%) presentaron hipocalcemia analítica tratada con calcio oral en domicilio. No se registró ninguna hipocalcemia definitiva atribuibles al vaciamiento central.

Conclusiones: El vaciamiento ganglionar central profiláctico en pacientes con citología Bethesda V y tiroidectomía total permitió identificar metástasis ganglionares en un porcentaje significativo de casos (45%), lo que contribuye a un mejor estadiaje y eventual manejo adyuvante.

La morbilidad asociada al procedimiento fue baja, especialmente en lo referente a hipocalcemia, y se encuentra dentro de los rangos descritos en la literatura.

Estos resultados respaldan la indicación del vaciamiento central en este subgrupo de pacientes, siempre que el procedimiento se realice por equipos con experiencia. Asimismo, esta revisión preliminar sugiere la necesidad de estudios prospectivos que analicen otros factores asociados a la afectación ganglionar, como el tamaño nodular o el patrón ecográfico del nódulo.

250165. ¿ES SEGURO EL TRATAMIENTO AMBULATORIO SIN ANTIBIOTERAPIA EN LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA?

A Serroukh Jebari¹, AM Sanchez Diaz², P Gutierrez Delgado², I Gonzalez Poveda², JA Toval Mata², S Mera Velasco²

¹Unidad Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional de Málaga. Málaga. ²Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional de Málaga. Málaga.

Introducción: 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 prospectivo sobre base de datos retrospectiva de los pacientes que fueron tratados de forma ambulatoria en nuestro servicio desde enero de 2021 hasta enero de 2025.

En nuestra base de datos desde 2010 hasta 2025 tenemos recogidos un total de 313 pacientes que fueron atendidos en Urgencias, siendo diagnosticados de DA y tratados de forma ambulatoria.

Resultados: El 54,6% de los pacientes fueron mujeres, con una edad media de 56,81 años (mediana 58). En cuanto a las comorbilidades, el 42,17% eran hipertensos, 10,86% diabéticos y 29,07% dislipémicos.

De estos pacientes, 267(85,3%) fueron dados de alta con antibioterapia oral. El 11% acudió de nuevo a Urgencias y tan solo el 4,49% precisó ingreso. El 14,69% de los pacientes (46), fueron dados de alta sin antibioterapia. De este grupo, solo 3 pacientes acudieron de nuevo a Urgencias por persistencia de la clínica y ninguno de ellos precisó ingreso.

Ningún paciente de ambos grupos precisó cirugía urgente. No se produjeron complicaciones en estos grupos ni exitus.

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 tratados con antibioterapia al alta, ya que, de ellos, solo uno acudió a urgencias, y ninguno fue hospitalizado ni precisaron cirugía urgente.

250174. PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERIANAL ANTERIOR. ESTUDIO DE EFICACIA Y SEGURIDAD A LOS 5 AÑOS.

R Olmo Santiago, I Carranza Marín, F Hinojosa Ramírez, ML Reyes Díaz, RM Jiménez Rodríguez, F De La Portilla De Juan

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

Introducción: Las fistulas perianales anteriores (FPA) constituyen un reto para el cirujano, especialmente en mujeres donde la musculatura esfinteriana anterior está más adelgazada.

El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados a largo plazo de la terapia con plasma rico en factores de crecimiento (PRFG) en FPA.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional sobre seguridad y efectividad a los 5 años en pacientes con FPA intervenidos mediante PRFG en un período de tiempo de 11 años en un hospital de tercer nivel.

Resultados: Se han intervenido 64 pacientes con FP anterior mediante PRFG. El 54.7% fueron hombres. La edad media fue de 45.66 +/- 13.68 años.

Según su origen, el 82.8% eran criptoglandulares y el 12.5% asociadas a Crohn, siendo las restantes debidas a otras causas como traumatismo o iatrogenia. El 78.1% fueron fistulas transesfinterianas media-alta según la clasificación de Parks. El 87.3% eran recidivadas, de las cuales el 19.4% se habían intervenido en más de 4 ocasiones. El tiempo de evolución medio fue de 45.11 +/- 56.65 meses.

El 88.7% de las intervenciones fueron en régimen ambulatorio. El tiempo medio de cirugía fue 32 minutos. No se evidenciaron complicaciones intraoperatorias. En el postoperatorio solo 1 paciente tuvo que reintervenirse por absceso. En las revisiones al año, tres y cinco años, no se evidenciaron complicaciones.

Respecto a la incontinencia fecal (IF), previo a la cirugía, 5 pacientes presentaban IF (80% leve según la clasificación de Wexner). Al año, 3 pacientes, todos ellos en un grado leve. A los 3 años, un paciente más, mientras que a los 5 años ningún paciente presentaba IF.

Al año se objetiva una tasa de curación del 54.4%. A los tres años, la tasa de curación aumentó al 73.3%. A los cinco años fue del 92.9% siendo la tasa de recidiva del 7.1%.

Conclusiones: La terapia de PRFG en FPA es válida, segura y eficaz, constituyendo una gran oportunidad ya que mejora la IF y la tasa de curación a largo plazo.

250175. RECIDIVAS DEL CÁNCER DE TIROIDES: CIRUGÍA RADIOGUIADA CON LA TÉCNICA ROLL

ML Cañones Martos, G Plata Pérez, R Soler Humanes, JL Fernández Serrano, LT Ocaña Wilhelmi

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

Introducción: El objetivo es presentar los datos en nuestro centro de paciente intervenidos mediante la técnica ROLL (radioguided occult lesion localization) en el periodo de 2014 a la actualidad.

Se ha demostrado mejoría en la tasa de resección completa de metástasis cervicales milimétricas y reduce la morbilidad quirúrgica al minimizar la necesidad de disecciones extensas.

Material y métodos: La técnica consiste en la inyección preoperatoria de macroagregados de albúmina marcados con tecnecio-99m directamente en la lesión, guiada por ecografía, una sonda gamma permite al cirujano identificar con precisión la zona de mayor actividad radiactiva, facilitando la resección.

Se revisan los pacientes intervenidos en nuestro centro desde enero de 2014, visualizándose un incremento significativo de intervenciones desde enero de 2022.

Resultados: Desde enero 2014 hasta la actualidad, se intervienen 48 pacientes mediante la técnica ROLL en nuestro centro. La edad media es de 47,7 años, con edades comprendidas entre 28 y 80 años y una distribución similar entre sexos.

Todos los carcinomas primarios, de los que surgen la recidiva tumoral, fueron intervenidos previamente mediante tiroidectomía total asociada a vaciamiento ganglionar cervical. A muchos de ellos se les asocia tratamiento adyuvante con yodo131 con una dosis de entre 100 y 450 mci.

Los resultados de las Anatomías Patológicas fueron variados: carcinomas papilares (el más frecuente), carcinomas medulares, micropapilares, papilar y folicular sincrónicos, un carcinoma folicular y un carcinoma de células de Hurthle.

De todos ellos, las anatomías patológicas de las recidivas tumorales coinciden en su gran mayoría con el resultado de su tumor primario. De los dos casos de carcinomas sincrónicos, las recidivas tumorales fueron del carcinoma papilar en los dos casos. Además, en total hay 6 casos de resultado de benignidad.

La localización de la recidiva fue ganglionar o tumoral paratraqueal.

El tiempo de permanencia en la unidad hasta el alta es de 24 horas, sin objetivar complicaciones ni reingresos.

Conclusiones: La técnica ROLL es una herramienta quirúrgica radioguiada utilizada para localizar y extirpar lesiones tumorales no palpables.

Esta técnica es especialmente valiosa en pacientes con recidivas cervicales en áreas previamente operadas, donde la fibrosis y las alteraciones anatómicas dificultan la identificación de nuevas lesiones.

En resumen, la técnica ROLL representa una estrategia segura y eficaz para el manejo quirúrgico de recidivas del cáncer de tiroides, mejorando la precisión en la localización de lesiones ocultas y reduciendo las complicaciones asociadas a reintervenciones cervicales.

Su implementación requiere una colaboración multidisciplinar entre endocrinólogos, radiólogos, médicos nucleares, anatomopatólogos y cirujanos especializados.

250180.COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN COLECISTITIS AGUDA: UNA ALTERNATIVA SEGURA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

A Ron García, MJ Alonso Sebastián, PJ Madroñal Escribano, AJ Serantes Gómez, M Serradilla Martín, M Mogollón González, JM Villar Del Moral

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

Introducción: La colecistitis aguda (CA) es una causa frecuente de ingreso hospitalario urgente. En pacientes con alto riesgo quirúrgico y comorbilidades, la colecistostomía percutánea (CP), recomendada por las Guías de Tokyo en casos grado II-III, permite controlar la inflamación y diferir la cirugía. Presentamos nuestra experiencia, analizando indicaciones, evolución clínica y resultados tras su uso.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye pacientes sometidos a ingreso hospitalario por CA y tratados mediante CP entre el 1-01-2020 y el 30-09-2024. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: De 985 pacientes, 84 (8,5%) fueron tratados con CP. La mediana de edad fue 82,5 años (73-87), con predominio masculino (66,7%). El 20,2% era dependiente para actividades básicas y el 27,4% estaban anticoagulados. El 82,1% era ASA III-IV y el 50% tenía un índice de Charlson ≥ 6 . Las medianas en las escalas de riesgo fueron: APACHE II 12 (8,25-16,75), Chole Risk Score 2 (2-3) y Modified Frailty Index 2 (2-4).

El 63,1% de los drenajes se colocó por vía transhepática y el 36,9% por vía libre, sin complicaciones reseñables. En 55 casos se retiró el drenaje tras una mediana de 40 días, con una única salida accidental.

En 24 casos (28,6%) se realizó colecistectomía diferida, siendo de forma programada en el 62,5% de los casos. El abordaje fue laparoscópico en el 83,3% de los casos. En 5 casos existieron complicaciones Clavien-Dindo ≥ 1 y dos pacientes necesitaron reingreso en los primeros 60 días por colección en lecho quirúrgico.

En el subgrupo con colecistitis grado III y CCI > 3 ($n=99$), 37 (37,4%) fueron intervenidos, 28 (28,3%) recibieron antibioterapia y 34 (34,3%) fueron tratados con CP. La mediana de estancia fue de 9 días (cirugía), 8,5 días (CP) y 6 días (antibioterapia) ($p=0,067$). A 90 días, la tasa de reingreso fue del 13,6% (antibioterapia) y 19,2% (CP), con mayor recurrencia a largo plazo en el grupo antibiótico (13,6% vs. 7,7%).

Conclusiones: La CP se confirma como una alternativa eficaz en el tratamiento de la CA en pacientes con alto riesgo quirúrgico como terapia puente hasta la cirugía diferida. Presenta una baja recurrencia sintomática y una tasa de complicaciones escasa, lo que respalda su utilidad en contextos clínicos seleccionados.

250183. BETHESDA I EN CIRUGIA TIROIDEA. ¿ES INOCUA?

A Hendelmeier, A Diez Nuñez, J Alvarez Medialdea, C Murube Algarra, C Mestre Ponce, V Vega Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva Hospital de Especialidades de Puerto Real. Puerto Real, Cádiz.

Introducción: La clasificación Bethesda es un esquema estandarizado para la interpretación de los resultados obtenidos mediante punción aspirativa con aguja fina (PAAF) de nódulos tiroideos. La categoría Bethesda I se denomina "No diagnóstica", asignándose cuando la muestra obtenida no contiene material celular suficiente o representativo para una evaluación adecuada.

La tasa de malignidad en esta categoría varía en la literatura entre un 5 y un 20%. El objetivo del presente estudio es analizar la tasa de malignidad en nuestra cohorte de pacientes intervenidos con una primera citología Bethesda I y evaluar si se corresponde con lo descrito en la literatura. Además, proponemos un algoritmo para el manejo prequirúrgico de estos pacientes.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes con una primera citología tiroidea clasificada como Bethesda I que fueron intervenidos por nuestra unidad entre los años 2016 y 2025.

Se analizaron los siguientes parámetros: realización de una segunda PAAF, tipo e indicación de cirugía, resultados anatomopatológicos, características ecográficas, clínicas y analíticas. La información se obtuvo a través del sistema integrado de gestión e información para la atención sanitaria del Sistema Andaluz de Salud.

Resultados: Entre 2016 y 2025 se intervinieron un total de 573 pacientes. De ellos, 70 presentaban una primera citología no diagnóstica. Se realizó una segunda PAAF en 29 casos, de las cuales 25 volvieron a clasificarse como Bethesda I y 4 como Bethesda II.

De los 70 pacientes, 12 eran varones y 58 mujeres, con una edad media de 51,5 años (rango: 20-79 años). Se realizaron 44 hemitiroideomías y 26 tiroideomías totales.

Respecto a los hallazgos anatomopatológicos, se evidenció malignidad en 9 casos (12,86%): seis correspondieron a carcinoma papilar, dos a carcinoma folicular y uno a carcinoma oncocítico.

Las indicaciones quirúrgicas incluyeron: persistencia de citología no diagnóstica tras dos PAAF, preferencia del paciente, nódulos >4 cm, clínica compresiva y/o hipertiroidismo refractario a tratamiento médico. En los 9 casos con diagnóstico de malignidad, el nódulo se clasificó ecográficamente como TIRADS 3 o 4.

Conclusiones: En nuestra serie, la tasa de malignidad en pacientes intervenidos con una citología inicial Bethesda I fue del 12,86%, valor que se encuentra dentro del rango descrito en la literatura, aunque no por ello debe considerarse despreciable.

Por ello se ha establecido un protocolo de manejo preferente para estos pacientes, que incluye estudio prequirúrgico completo con tomografía computarizada cervical y programación precoz de

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Carcinoma papilar	6	8,6
Carcinoma folicular	2	2,9
Carcinoma oncocítico	1	1,4
Hiperplasia nodular	49	70,0
Adenoma folicular	10	14,3
Adenoma oncocítico	2	2,9

Figura 1

Resultados anatomopatológicos.

Indicaciones quirúrgicas	Frecuencia
Nódulo > 4 cm	40
Preferencia del paciente	27
Clínica compresiva	10
Hiperfunción tiroidea mal controlada	5
Antecedentes familiares de malignidad	1

Figura 2

Indicaciones quirúrgicas. Nota: Algunos pacientes presentaron más de una indicación quirúrgica.

la intervención quirúrgica, especialmente en casos con factores de riesgo clínicos o ecográficos.

250185. RESULTADOS TEXTBOOK OUTCOME EN LA REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL COMPLEJA (W3) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L Hernández Vélez, AJ Cabello Burgos, F Ramos Muñoz, J Rivas Becerra

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

Introducción: La hernia incisional W3, definida por un defecto de anillo >10 cm según la EHS, es considerada una patología de pared abdominal de alta complejidad, frecuentemente asociada a pérdida de dominio, dificultades técnicas y mayor riesgo de complicaciones perioperatorias.

El Textbook Outcome (TO) es un indicador compuesto que permite evaluar el éxito global de las intervenciones quirúrgicas, combinando parámetros de estancia hospitalaria, morbilidad, necesidad de reintervención y reingreso. Evaluar estos indicadores es esencial para medir la calidad quirúrgica y proponer mejoras en protocolos.

Determinar la tasa de Textbook Outcome en pacientes sometidos a reparación de hernia incisional W3 en nuestro centro, así como identificar factores asociados al logro de este resultado.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo donde se analizaron los pacientes intervenidos de cirugía programada por hernia incisional W3. Se analizaron las variables edad, sexo, IMC, ASA, tipo de abordaje, complicaciones intra y postoperatorias, estancia hospitalaria, necesidad de reintervención y reingreso a 30 días. El TO se definió como estancia <8 días, complicaciones Clavien-Dindo ≤IIIa, y ausencia de reintervención o reingreso a 30 días. Se compararon las variables entre los pacientes que lograron TO y los que no.

Resultados: 45 pacientes cumplieron los criterios de inclusión media de edad de 59 años (30-88) e IMC de 29. El abordaje fue mayoritariamente abierto con dos casos laparoscópicos y uno robótico. Las complicaciones fueron Clavien-Dindo I, II y III en el 4, 6 y 11% de la muestra. La estancia promedio fue de 7,3 días y se consiguió un TO en el 76% de las intervenciones.

Se observó un mayor porcentaje de TO en pacientes más jóvenes, defectos transversales menores, ASA bajo, ausencia de necesidad de separación de componentes y uso racional de mallas intraperitoneales.

Variable	TO (n=34)	No TO (n=11)
Edad media (años)	56	64
IMC medio (kg/m ²)	28.5	30
Estancia media (días)	6.5	9.2
Complicaciones mayores (%)	0	100
Reintervenciones (%)	0	18
Abordaje abierto (%)	88	100

Figura 1
Comparativa T.O. vs No T.O.

Conclusiones: El 76% de los pacientes con hernia incisional W3 operados en nuestra sección de pared abdominal alcanzaron el Textbook Outcome, comparable a estándares internacionales. La optimización preoperatoria (botox, neumoperitoneo) y una adecuada selección de los pacientes son clave para mejorar resultados y minimizar complicaciones. Es fundamental reconocer la complejidad de estos casos y usar medidas de estandarización de calidad quirúrgica y de resultados.

250186. PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL Y ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SEGÚN LA TÉCNICA “CLOCKWISE”

I Pizarro Lucena¹, JM Pérez De Villar Vivas², A Luque Molina¹, PA López Cillero¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Juan de Dios de Córdoba. Córdoba. ²Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: El tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI) es una neoplasia quística primaria de los conductos pancreáticos, considerada un tumor raro, pero de creciente prevalencia. Su manejo ha estado siempre sujeto a controversia y, en la actualidad, se fundamenta en las características morfológicas y citológicas del tumor, que predicen su potencial de malignidad. En las últimas décadas, la resección laparoscópica de estas lesiones premalignas ha ganado aceptación por sus reconocidas ventajas.

Caso clínico: Paciente de 67 años a la que se detecta de forma incidental en una ecoendoscopia alta una lesión quística irregular con comunicación ductal en cuerpo-cuello de páncreas. Para descartar malignidad, se realiza USE-PAAF, en la que se obtiene líquido claro, con glucemia de 7 mg, y se extraen dos muestras que Anatomía Patológica describe como epitelio cilíndrico sin atipias y contenido quístico.

Se solicita colangioRM y RM pancreática, que informan de una lesión en cuerpo sugestiva de TPMI de rama colateral, sin signos de malignidad, y lesión quística inespecífica de 7 mm en cola. Los marcadores tumorales CEA y Ca 19.9 son negativos. Considerando el tamaño del tumor como una característica de alto riesgo, se decide intervención quirúrgica, que la paciente acepta.

Se realiza pancreatectomía corporocaudal y esplenectomía laparoscópica según técnica “clockwise”. En primer lugar, se desciende el ángulo esplénico del colon y se procede a la apertura de la transcauidad de epiplones, tras lo cual se expone el páncreas y



Figura 1
Posición de la paciente para la intervención quirúrgica.

se disecciona su borde inferior hasta localizar la lesión. Posteriormente, se secciona el páncreas a la altura del cuello y se ligan y seccionan los vasos esplénicos. Acto seguido, se disecciona el borde superior del páncreas y se libera el bazo, para finalmente extraer la pieza a través de un Pfannenstiel. Se realiza hemostasia y se coloca un drenaje Blake en celda esplénica.

La evolución postoperatoria de la paciente es favorable y recibe el alta al 6ºDPO con adecuada tolerancia, tránsito normal y dolor controlado.



Figura 1
Disposición de trócares para la intervención quirúrgica.

Discusión: La pancreatometomía distal laparoscópica se ha convertido en el abordaje de elección en patología de cuerpo y cola de páncreas, al asociar menor pérdida hemática, menor estancia hospitalaria y menor morbilidad que la cirugía abierta. Frente a esta realidad, la técnica “clockwise” permite una resección segura y reproducible de estas lesiones, gracias a su secuencia de pasos bien definidos, que combinan los principios oncológicos con las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva. Su óptima implementación, no obstante, requiere equipos experimentados y protocolos de selección rigurosos.

250189. CIRUGÍA DEL HEMANGIOMA HEPÁTICO

P González Rojo, Nm Rodríguez Loring, C Román De San Juan, LC Hinojosa Arco, MÁ Suárez Muñoz

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

Introducción: Los hemangiomas hepáticos son los tumores benignos más comunes del hígado, sin riesgo de malignización.

Pueden ser únicos o múltiples. Se definen como gigantes, con un tamaño mayor de 4-5 cm, representando estos el 10%. La edad promedio de presentación oscila entre los 40 y los 60 años y hay mayor frecuencia en mujeres debido a su dependencia hormonal.

El diagnóstico es a menudo incidental y la gran mayoría no precisa actuación. Los motivos fundamentales para su tratamiento son: síntomas, crecimiento rápido, riesgo de complicaciones (trombosis intratumoral, rotura) o, para ciertos grupos, únicamente su tamaño (gigantes). A pesar de que la radiología intervencionista crece en importancia como opción terapéutica, la cirugía sigue teniendo un papel relevante.

Material y métodos: Se presenta una serie de doce casos de hemangiomas operados nuestro centro a lo largo de 10 años (tabla 1).

Resultados: Dos tercios de los pacientes son mujeres, siendo la edad promedio de 58 años. Cuatro de los pacientes fueron operados al diagnóstico por diversos motivos. El resto fueron seguidos durante al menos un año antes de plantear la intervención. Cinco se operaron por encontrarse sintomáticos (principalmente dolor); tres, cuyos tumores son los más pequeños, por duda diagnóstica con neoplasias malignas; el resto por crecimiento y/o riesgo de rotura, habiendo un caso de rotura y hemoperitoneo que se intervino de forma diferida.

En cuanto al tipo de cirugía, las opciones son la enucleación, que preserva parénquima; y la resección hepática. En nuestra serie se realizan únicamente dos enucleaciones por ser esta una cirugía que puede asociar más complicaciones. Así lo refleja uno de los casos: un hemangioma de gran tamaño con una pérdida hemática considerable que requirió transfusión.

A nivel intraoperatorio, en cinco pacientes fue necesario realizar maniobra de Pringle. La pérdida hemática es solo en dos casos mayor a 100ml, y en ningún caso se deja drenaje.

La estancia postoperatoria media es de 6 días. En cuatro casos hubo complicaciones: tres son colecciones, dos de las cuales requirieron drenaje percutáneo; el cuarto es un TEP.

Paciente	Sexo	Tiempo de seguimiento (años)	Edad al momento de la intervención (años)	IMC (kg/m ²)	Índice de Childen	Motivo de intervención	Tamaño tumor (ml)	Tamaño tumor (ml)	Tipo de cirugía	Maniobra de Pringle (min)	Pérdida hemática intraop. (ml)	Uso de hemostático	Drenaje	Transfusión intraoperatoria	Estancia postoperatoria (días)	Complicaciones (ICD10)	Complicaciones	Reingreso 90 días
1	H	2	65	25	7	Síntomas	7.5		SLI* lap	No	300	SI	No	No	2	0		No
2	M	6	72	37	4	Riesgo cirúrgico	6		Atípica seg V lap	No	Nula	No	No	No	1	0	Hematoma/colección. Drenaje percutáneo.	SI
3	M	0	64	25	4	Síntomas	17		Enucleación abierta	SI (18)	600	No	No	SI	3	IIA (42.2)	Hematoma/colección. Drenaje percutáneo.	SI
4	H	0	66	30	9	Duda diagnóstica	0.8		Segmentectomía III lap	No	Nula	No	No	No	4	0		No
5	M	23	55	30	3	Síntomas	21		SLI lap	No	<50	No	No	No	3	0		No
6	M	9	63	27	3	Crecimiento	8		Enucleación lap	No	<50	No	No	No	2	0		No
7	H	0	28	26	0	Rotura	11		SLI lap	SI (80)	>50	No	No	No	8	II (30.8)	Hematoma. compresión duodenal.	No
8	H	3	68	29	3	Duda diagnóstica	3		Atípica seg II lap	No	Nula	No	No	No	0	0		No
9	M	0	71	23	5	Duda diagnóstica	1		SLI lap	No	<100	No	No	No	13	IIA (27.6)	Pancreatitis/colección. Drenaje percutáneo.	No
10	M	4	38	25	0	Síntomas	6.9		SLI lap	SI (45)	>50	No	No	No	2	0		No
11	M	1	48	23	0	Síntomas	14		SPD* lap	SI (80)	<100	No	No	No	3	0		No
12	M	1	54	30	1	Crecimiento	11		SPD abierta	SI (42)	<100	No	No	No	5	II (30.8)	Tromboembolismo pulmonar.	SI

*SLI: segmentectomía lateral izquierda. *SPD: segmentectomía posterior derecha. *CCI: Comprehensive Complication Index

Tabla 1
Cirugía del hemangioma en el HUVV de Málaga.

Conclusiones: La cirugía del hemangioma hepático es poco frecuente y presenta los mismos retos técnicos y complicaciones que la cirugía de otros tumores. Nuestros resultados, al igual que en las principales series de casos publicadas, son similares a los que obtenemos en cirugía hepática.

En general, no existen indicaciones quirúrgicas categóricas, sino que asientan sobre el análisis de cada caso, debiendo realizarse en ocasiones resecciones mayores e incluso trasplante.

250190. PÉRDIDA DE SEÑAL DEL NERVIJO LARÍNGEO RECURRENTE DURANTE CIRUGÍA TIROIDEA SIN LESIÓN ESTRUCTURAL: ANÁLISIS DE FACTORES PREDICTIVOS

MA Muñoz Izquierdo, L Sobrino Brenes, C Sacristán Pérez, M Díaz Rodríguez, Mercedes, B Marengo De La Cuadra, C Marín Velarde, S Morales Conde

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

Introducción: La neuromonitorización intraoperatoria (IONM) del nervio laríngeo recurrente (NLR) se emplea para identificar y prevenir lesiones nerviosas durante la cirugía tiroidea. Sin embargo, se registran un 2-15% de pérdidas de señal a pesar de un NLR intacto. Su mecanismo y repercusión clínica aún no están del todo claros. El objetivo de este estudio es identificar factores predictores de dicha pérdida y evaluar su repercusión clínica.

Material y métodos: Se trata de un estudio de casos y controles donde se incluyen todos los pacientes sometidos a cirugía tiroidea (hemitiroidectomía o tiroidectomía total, con o sin vaciamiento ganglionar), intervenidos en un centro de tercer nivel entre noviembre de 2022 y junio de 2023. Se excluyen aquellos casos en los que se objetiva lesión estructural del nervio (infiltración tumoral, lesión iatrogénica). En todos los casos se lleva a cabo la IONM intermitente de los nervios vago, laríngeo superior y laríngeo recurrente antes y después de la resección. Utilizamos datos demográficos, clínicos y operatorios como variables independientes y realizamos un análisis bivariante para identificar factores asociados a la pérdida de señal y una regresión logística binaria para identificar factores predictores independientes.

Resultados: Se incluyen 196 pacientes, evaluando un total de 317 nervios en riesgo. La incidencia de pérdida de señal es 8,8% (n= 28), con recuperación intraoperatoria de la señal en el 89.3% de los casos. Solo 6 casos manifiestan disfonía postoperatoria, de los cuales 5 son transitorias.

En el análisis bivariante, solo la tracción durante la intervención y el tamaño del nervio se asocian de forma significativa con la pérdida de señal. No se asocian la edad, el sexo, el IMC, la diabetes mellitus, la patología tiroidea, el volumen tiroideo, la bifurcación del nervio ni su relación con la arteria tiroidea inferior.

En el análisis multivariante, la tracción ligera-moderada se asocia de forma significativa y con una relación inversa con la pérdida de señal del NLR, indicando que la probabilidad de pérdida de señal disminuye en presencia de una tracción suave.

Conclusiones: Según nuestro estudio, solo la tracción del nervio se identifica como factor predictor independiente de pérdida de señal del NLR intacto, sin encontrar asociación con otros factores que puedan predisponer o hacer más sensible el nervio. Por tanto, el único método de prevención de estas pérdidas de señal es la movilización

cuidadosa del lóbulo tiroideo. Por otra parte, la mayoría de los casos no presenta una repercusión clínica permanente.

250193. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA PARED ABDOMINAL: UN PASO ADELANTE EN CMA.

C Román De San Juan, E Buendía Peña, MS Álvarez Escribano, M Peix Raya, D Morales García

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

Introducción: La cirugía laparoscópica en tratamiento de la hernia se ha establecido como un abordaje seguro, con ventajas en términos de recuperación postoperatoria, siempre que se realice por equipos expertos en éste campo. El objetivo de este estudio ha sido presentar los resultados del abordaje laparoscópico de la pared abdominal en una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes intervenidos de hernioplastia con abordaje laparoscópico en la unidad de CMA y pared compleja del Hospital

Clinico Universitario Virgen de la Victoria durante el año 2024. Se ha utilizado una muestra de 91 pacientes con una media de edad de 54 años y un IMC de 24.73 .De estos, fueron 87 hernias inguinales (61 TEP y 26 TAPP), 2 hernias crurales (1 TEP y 1 TAPP), además de 1 hernia lumbar, 1 umbilical y 1 de Spiegel (tratadas con eTEP). A todos los pacientes se les realizó un seguimiento postoperatorio estrecho, al mes, a los tres meses y seis meses. Se han recopilado las complicaciones y la tasa de recidiva, así como el dolor subjetivo en función de la escala EVA. Los datos se han procesado y analizado con el programa estadístico SPSS v.27.

Resultados: La estancia hospitalaria media fue de 0,16 días. Únicamente se registró un caso de recidiva precoz (1,1%) antes del primer año postoperatorio. Respecto al dolor postoperatorio, a los seis meses de seguimiento solo tres pacientes reportaron una puntuación EVA superior a 6 (3,3%). Se observaron complicaciones postoperatorias menores en ocho pacientes (8,8%), consistentes en cinco hematomas (5,5%), un seroma (1,1%) y dos infecciones superficiales de la herida quirúrgica (2,2%). Ninguno de estos eventos requirió reintervención ni prolongó la estancia hospitalaria.

Conclusiones: -La tasa de recurrencia en hernioplastias inguinales laparoscópicas en nuestra sería ha sido del 1,1.

-La baja incidencia de complicaciones y la mejoría subjetiva en el control del dolor observada refuerzan la viabilidad de la cirugía laparoscópica como una opción quirúrgica eficaz en pacientes seleccionados.

-Nuestros resultados sugieren que, cuando la cirugía es realizada por cirujanos experimentados, los resultados son especialmente favorables.

-Es fundamental prolongar el seguimiento durante al menos un años post cirugía para una evaluación más completa de la recurrencia a largo plazo y de las posibles complicaciones tardías.

252025. HIPERPARATIROIDISMO PERSISTENTE Y RECURRENTE: ANÁLISIS DE NUESTROS DATOS Y DIAGRAMA DE ACTUACIÓN

F Ramos Muñoz, C Jiménez Mazure, I Pulido Roa, C Rodríguez Silva, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: El Hiperparatiroidismo Primario (HPTP) consiste en la elevación persistente del calcio sérico con niveles elevados o inapropiadamente normales de hormona paratiroidea (PTH). La cirugía es el tratamiento definitivo con tasas de curación habituales del 95% pero existe un pequeño porcentaje de pacientes que pueden presentar una persistencia o recurrencia de la enfermedad. Se define como enfermedad persistente al mantenimiento de calcemia elevada pese a la cirugía, y recurrente, cuando ha habido un periodo de normocalcemia tras la cirugía de 6 meses.

Material y métodos: Análisis observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de hiperparatiroidismo primario desde Enero de 2023 a Abril de 2024 en nuestra unidad de cirugía endocrina. Se propone un diagrama de actuación para el manejo de la recurrencia y persistencia de la enfermedad.

Resultados: De los 92 pacientes intervenidos de cirugía paratiroidea en dicho periodo, 85 fueron de hiperparatiroidismo primario y la tasa de persistencia fue del 11%. Se analizaron los factores relacionados con los antecedentes, con el proceso diagnóstico y la intervención realizada. Finalmente se propone un manejo de actuación para ambos procesos.

Conclusiones: El hiperparatiroidismo primario es la tercera enfermedad endocrina más frecuente y es necesario conocer los factores que intervienen en la persistencia y recurrencia de la enfermedad para conseguir el éxito quirúrgico.

252027. PROTOCOLO ERAS EN LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA. ANÁLISIS DE 100 CASOS.

Hinojosa Arco LC (Presentador), Gómez Pérez R, Mansilla Díaz S, de Laguno de Luna A, Roldán de la Rua J, Rodríguez Loring NM, de Luna Diaz R, Suárez Muñoz MA.

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Los progresos en los cuidados perioperatorios y en el manejo de las complicaciones han dado lugar a una mejora en los resultados postoperatorios de los pacientes operados de duodenopancreatectomía cefálica (DPC). Sin embargo, las complicaciones postoperatorias siguen presentando una considerable incidencia, lo que a menudo también se traduce en una estancia prolongada. En este contexto, presentamos un protocolo multidisciplinario para atender a pacientes con tumores periampulares establecido para intentar disminuir las complicaciones y la estancia hospitalaria en la DPC.

Métodos: Se presenta un estudio retrospectivo analizando la incidencia de complicaciones, la estancia hospitalaria, los reingresos y la mortalidad, incluyendo 100 pacientes operados entre 2019 y 2024. El protocolo de atención a pacientes con tumores periampulares se presenta y desarrolla en la figura adjunta. Se analiza, además, el valor de los distintos aspectos que se mencionan el protocolo, como el TC de control postoperatorio sistemático o la retirada precoz de drenajes.

Resultados: La incidencia de fístula pancreática postoperatoria, fístula biliar, hemorragia postpancreatectomía, retraso del vaciamiento gástrico y pancreatitis postoperatoria fue del 6%, 6%, 8%, 12% y 15% respectivamente. La incidencia de infección del sitio quirúrgico y de infección órgano espacio fue del 10 y el 16%. La tasa de reingreso fue del 20%. El principal factor de riesgo relacionado con este último fue la presencia de líquido peripancreático o perianastomótico (anastomosis pancreática) en el TC de control que se realiza por sistema a los 6-7 días de la intervención (p<0.05). De acuerdo con nuestro protocolo, el drenaje fue retirado entre el 1er-2º día postoperatorio en el 18% de los pacientes y entre el 1er-3er día en el 40% de los casos. Ninguno de esos pacientes desarrolló fístula pancreática después de la retirada. Además, en los pacientes con retirada precoz de complicaciones la incidencia de infección del sitio quirúrgico y pancreatitis fue menor respecto al resto de pacientes (p<0.05).

Conclusión: Estos resultados muestran la importancia del abordaje multidisciplinario para controlar la morbimortalidad en la cirugía pancreática. De acuerdo con nuestro protocolo, parece que la retirada precoz del drenaje puede ser segura en casos seleccionados. Finalmente, nos gustaría poner en valor el TC de control realizado a los 6-7 días de la cirugía para poder afrontar un alta precoz con seguridad, siendo conscientes de que debemos plantear una actitud de vigilancia activa o drenaje en caso de que se detecte líquido peripancreático o perianastomótico.

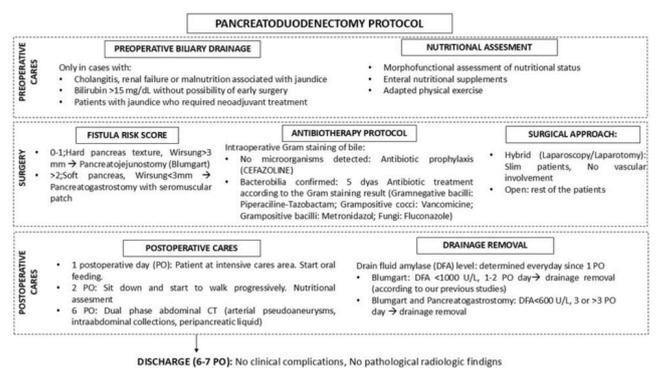


Figura 1 Protocolo duodenopancreatectomía.