XVII Reunión de la ASAC

Comunicaciones videoforums

250004. SUTURA LAPAROSCÓPICA Y FUNDUPLICATURA NISSEN COMO TRATAMIENTO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA EN SÍNDROME DE BOERHAAVE

AJ García Moriana, J González-Herrero Díaz, E Perea Del Pozo, F Bernal López, J Padillo Ruiz, I Alarcón Del Agua

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

Introducción: El síndrome de Boerhaave, descrito por Herman Boerhaave en el siglo XVIII, es una patología infrecuente con alta mortalidad sin diagnóstico y tratamiento precoz. Su presentación clínica es variable, aunque clásicamente se describe la tríada de Mackler: vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo.

El diagnóstico requiere alta sospecha clínica y pruebas de imagen como tomografía computarizada con contraste hidrosoluble o esofagografía. El tratamiento varía según el tiempo de evolución y el estado del paciente, desde manejo conservador en casos seleccionados hasta un manejo quirúrgico.

Caso clínico: Paciente de 47 años que acude a Urgencias por dolor torácico de 10 horas de evolución tras vómitos intensos. Presentó presión arterial de 110/60 mmHg y frecuencia cardíaca de 105 lpm. Se realizó radiografía de tórax y tomografía computarizada con contraste oral e intravenoso. La primera mostró derrame pleural derecho; la segunda, fuga de contraste oral en la pared posterior del esófago y neumomediastino. Ante estos hallazgos, se optó por manejo quirúrgico para cierre primario laparoscópico de la perforación y funduplicatura tipo Nissen así como drenaje de ambos espacios pleurales.

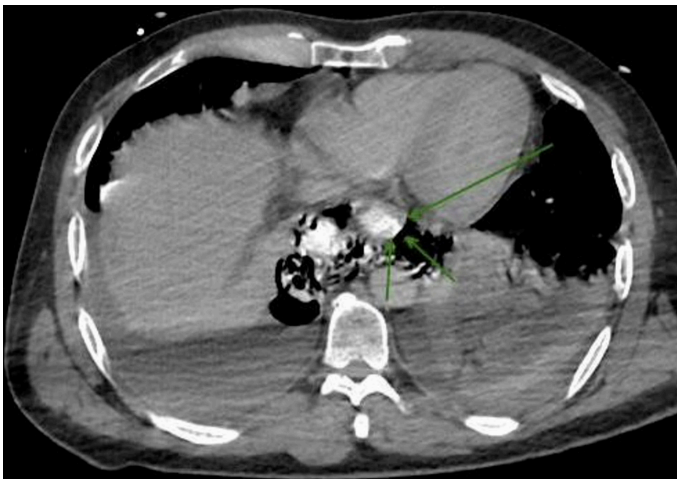

Figura 1

Imagen de TC en la que se ve neumomediastino secundario a la perforación esofágica.

El paciente ingresó en UCI y, tras dos días con buena evolución, pasó a planta. Requirió colocación de un drenaje endotorácico para drenaje de un empiema derecho, resuelto tras colocación de drenaje endotorácico. Tras una recuperación adecuada el paciente fue dado de alta tras 12 días de hospitalización.

Discusión: El tratamiento quirúrgico sigue siendo el abordaje de elección en el síndrome de Boerhaave en la mayoría de los casos. Es preferible un abordaje laparoscópico, dado que aporta ventajas técnicas importantes, como la mayor exposición del campo quirúrgico, una mejor visión del mismo y una mejor exploración del tórax bajo visión directa; además, aporta al paciente los beneficios propios de la cirugía mínimamente invasiva, como el menor dolor postoperatorio y una más pronta recuperación.

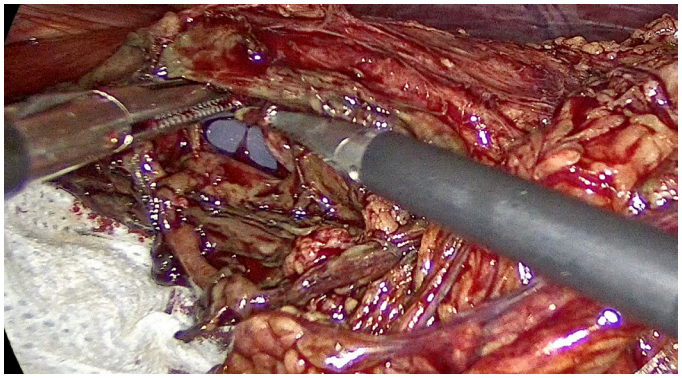

Figura 2

Imagen de la perforación esofágica en esófago distal una vez abdominalizada la porción torácica del esófago.

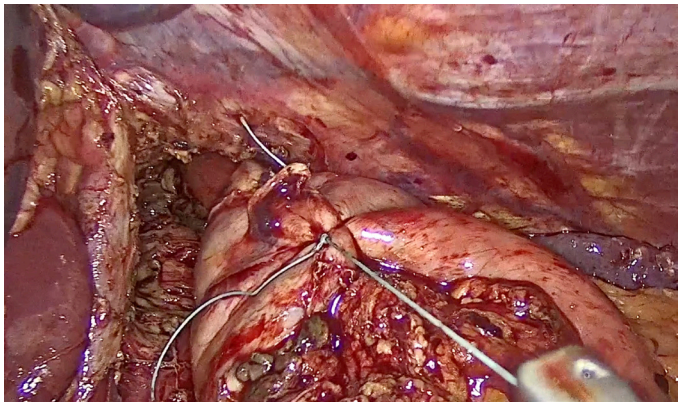

Figura 3

Funduplicatura de Nissen tras la reparación mediante cierre primario de la perforación.

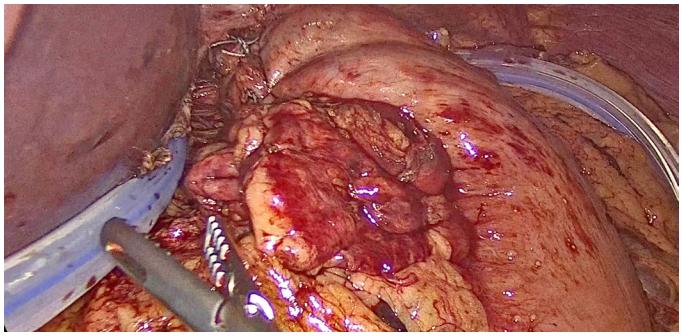

Figura 4

Imagen tras finalizar la cirugía, una vez colocados dos drenajes mediastínicos.

En nuestro caso se realizó un cierre primario laparoscópico de la perforación mediante sutura barbada tras la adecuada abdominalización del esófago y exposición de la perforación. Previo a realizar la sutura de la perforación se introdujo una sonda de Foucher, cuya utilización aporta una mejor identificación del defecto y minimiza el riesgo de estenosis esofágica posterior. Se asoció a la reparación una funduplicatura tipo Nissen que aporta protección a la sutura y evita la migración al tórax. Finalmente se realizó un drenaje de los detritus vertidos a ambos espacios pleurales y se colocaron dos drenajes mediastínicos bajo visión directa.

250017. COLECISTECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA. UN RECURSO PARA CASOS DE COLECISTECTOMÍA DIFÍCIL

S Mansilla Díaz, L Díaz Sánchez, J Roldán De La Rua, R De Luna Díaz, MÁ Suárez Muñoz

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

Introducción: La colecistectomía laparoscópica (CL) constituye el tratamiento estándar para la litiasis vesicular. Sin embargo, en contextos de inflamación severa, fibrosis o adherencias complejas, puede dificultarse la identificación segura de las estructuras anatómicas del pedículo hepático, elevando el riesgo de lesión iatrogénica de la vía biliar. En estos casos, la colecistectomía subtotal (CS) representa una alternativa quirúrgica segura.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 80 años con múltiples comorbilidades, antecedentes de coledocolitiasis tratada mediante CPRE y episodio reciente de colecistitis aguda grado III (clasificación TG18), resuelto inicialmente mediante colecistostomía percutánea. Ante nueva colestasis y ausencia de paso de contraste a duodeno, se realizó CPRE con esfinterotomía y extracción de cálculo. Posterior colangio-RM no evidenció hallazgos patológicos. Dado el carácter recurrente, se indicó intervención quirúrgica.

Planteamos un abordaje laparoscópico con cuatro trócares, visualizándose desde el inicio una cirugía compleja, identificando un asa de intestino delgado adherida al fundus vesicular, la cual fue liberada. Se instiló verde de indocianina (ICG) a través del catéter de colecistostomía, visualizándose la vía biliar principal, aunque no el conducto cístico por fibrosis intensa. Continuamos con la disección de los elementos del pedículo vesicular, pero la gran retracción y fibrosis no permite una adecuada identificación de los elementos por lo que se decide realizar colecistectomía anterógrada. La liberación de la cara posterior es muy dificultosa dada la necrosis y absceso retrovesicular, no obstante, se consigue progresar caudalmente hasta que conseguimos visualizar en profundidad la entrada del conducto cístico extrayéndose cálculos impactados, y se procedió a colecistectomía subtotal con cierre del muñón mediante sutura continua barbada. Se completó con lavado, colocación de drenaje y parche de epiplón mayor.

En el postoperatorio se evidenció elevación de reactantes de fase aguda. El TAC mostró colección subfrénica derecha, la cual fue drenada percutáneamente siendo dada de alta al octavo día postoperatorio.

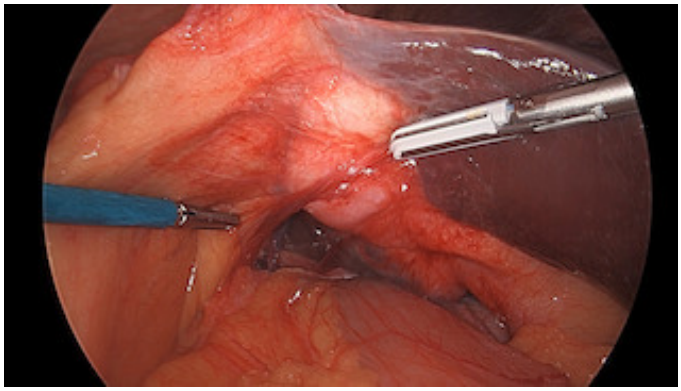

Figura 1

Adherencia de asa de delgado.

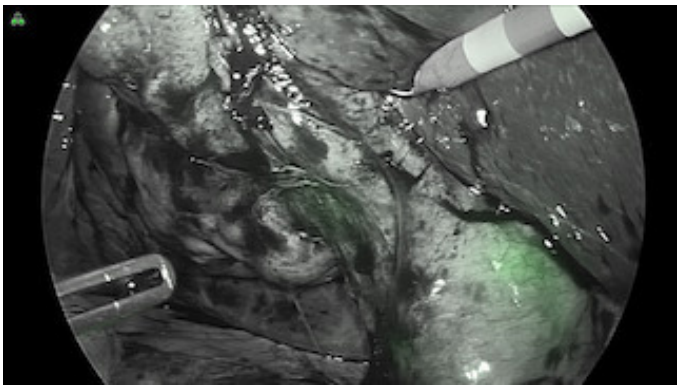

Figura 2

ICG.

Discusión: La colecistectomía difícil se define por la imposibilidad de una disección segura del triángulo hepatocístico a pesar de maniobras como la visión crítica de Strasberg o la técnica B-SAFE. Diversas escalas como AAST, Parkland y Nassar permiten estratificar la dificultad quirúrgica. La CS, parcial y orientada a evitar lesión biliar, se clasifica según Strasberg en fenestrada y reconstructiva. Sus principales complicaciones son fuga biliar, litiasis residual y estenosis. La CS, laparoscópica o abierta, debe considerarse en casos seleccionados de alta complejidad quirúrgica como una opción segura y resolutiva.

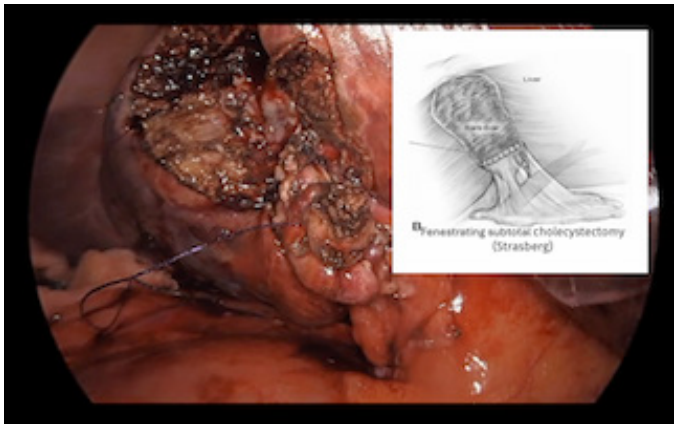

Figura 3

Colecistectomía subtotal reconstitutiva.

250018.ASPECTOSTÉCNICOSDELAPANCREATECTOMÍA DISTAL CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA

R Ávila Figueroa, J López Fernández, MDJ Rodríguez Perdomo, A Fuentes Zaplana, D Cabañó Muñoz, MDM Rico Morales, J Torres Melero, A Reina Duarte

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

Introducción: La pancreatectomía con preservación esplénica está indicada en lesiones quísticas benignas, lesiones premalignas (como el TNE y la NPMI) y en algunas lesiones metastásicas como las del carcinoma renal de células claras. La conservación del bazo en la pancreatectomía distal ha demostrado una serie de ventajas: beneficio inmunológico por la protección del bazo frente a bacterias encapsuladas, una menor incidencia de colecciones postoperatorias, menos trombosis venosas espleno-portales e incluso menor riesgo de diabetes. Por otro lado, se trata de un procedimiento técnicamente demandante con una alta probabilidad de hemorragia, de conversión a cirugía abierta y un potencial aumento del tiempo quirúrgico.

Caso clínico: Paciente varón de 32 años con antecedente familiar de padre fallecido por cáncer de páncreas, en seguimiento por Digestivo durante dos años por lesión quística indeterminada en cuerpo-cola de páncreas que había doblado su tamaño en el último control radiológico. Ante la duda diagnóstica y el aumento del tamaño de la lesión, se presentó el caso en el Comité de Tumores Digestivos proponiéndose intervención quirúrgica. Se realizó una pancreatectomía distal laparoscópica con preservación esplénica. En el postoperatorio presentó como complicación una fístula pancreática tipo B de la clasificación del ISGPF que se manejó de forma ambulatoria con análogos de la somatostaina, antibiótico y retirada progresiva del drenaje (Clavien-Dindo II). El informe definitivo de Anatomía Patológica fue de cistoadenoma seroso de páncreas.

Discusión: La pancreatectomía distal laparoscópica requiere de una técnica quirúrgica demandante dado el riesgo de lesión de estructuras vasculares como la arteria y vena esplénica. De forma mayoritaria está recomendada en pacientes con lesiones benignas o premalignas en el cuerpo y cola de páncreas. Es recomendable un diagnóstico preopearatorio preciso en las lesiones quísticas

Figura 1

Disección arteria esplénica.

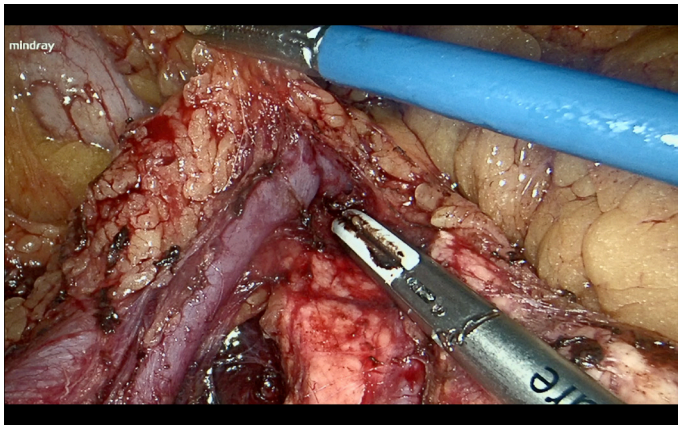

Figura 2

Disección vena esplenica.

Figura 3

Sección cuello páncreas.

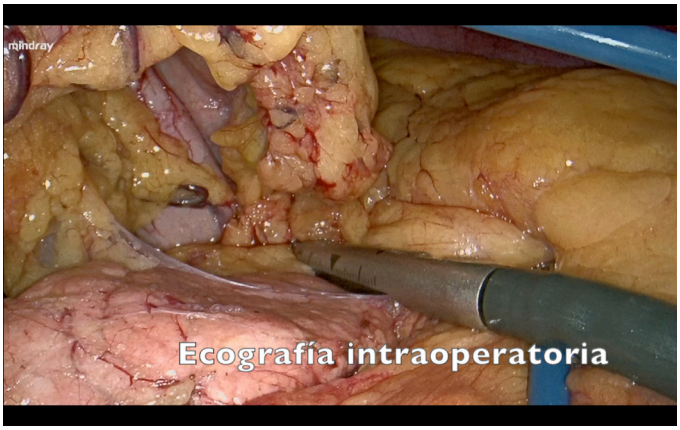

Figura 4
Ecografía intraoperatoria.

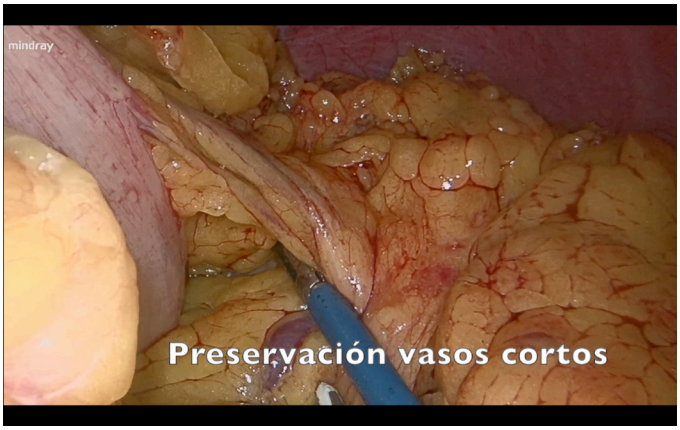

Figura 5
Preservación vasos cortos.

pancreáticas no subsidiarias de tratamiento quirúrgico, con el fin de evitar cirugías innecesarias y la morbilidad que éstas implican.

250019. MANEJO LAPAROSCÓPICO EN UN SOLO TIEMPO DE LA COLE-COLEDOCOLITASIS TRAS CPRE FALLIDA: ¿RESCATE QUIRÚRGICO O ESTRATEGIA DE PRIMERA ELECCIÓN?

MJ Rodríguez Perdomo, J López Fernández, MM Rico Morales, Am Fuentes Zaplana, DJ Cabañó Muñoz, D González Sánchez, JM Vargas Fernández, J Torres Melero, AJ Reina Duarte

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

Introducción: Actualmente existe controversia sobre la técnica ideal para la resolución de la coledocolitiasis con vesícula biliar in situ, sin embargo, el estándar más habitual, es la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y una colecistectomía diferida. Entorno a un 40% de CPRE son fallidas, por distintas causas, como la imposibilidad de canulación, dificultades en la identificación de la papila o cálculos de gran volumen, enclavados o múltiples, por tanto, la resolución ha de ser necesariamente quirúrgica

Caso clínico: Paciente varón de 31 años, sin patologías crónicas reconocidas. Antecedente de colelitiasis sintomática en 2013, rechazó tratamiento quirúrgico por desaparición de los síntomas. En agosto 2023 consulta Urgencias por elevación de las enzimas de colestasis destacando bilirrubina total de 5.65 U/L con bilirrubina directa de 4.25 U/L, ecografía de abdomen donde se evidencia colelitiasis y coledocolitiasis con dilatación de la vía biliar intra y extra hepática, ingresa en el servicio de Digestivo para CPRE, en la que se evidencia coledocolitiasis múltiple, imposible de manejar por CPRE, se comenta el caso en sesión clínica, se decide abordaje quirúrgico mediante exploración laparo-endoscópica de la VBP y colecistectomía.

Discusión: El tratamiento de la cole-coledocolitiasis en un solo tiempo es un procedimiento eficaz, seguro y reproducible, sin embargo, no se encuentra disponible de manera sistemática en todos los centros, donde puede variar entre CPRE + colecistectomía, bien diferida o en el mismo acto (Rendez Vous) y el tratamiento quirúrgico, que ha quedado relegado a los casos de CPRE fallida o imposible. Metaanálisis y revisiones sistemáticas recientes no concluyen a favor de uno u otro abordaje, no obstante, el tratamiento en un solo tiempo ofrece las ventajas de mejor limpieza de la VBP, disminución de la estancia hospitalaria, un solo acto anestésico, manteniendo una papila indemne, que sumados al abordaje transcístico disminuye la fístula biliar, principal complicación del tratamiento quirúrgico en la antigüedad.

Al no haber consenso, una de las conclusiones es, si se cuenta con los medios y el personal entrenado, es mejor abogar por el tratamiento en un solo tiempo.

250022. VÍA BILIAR EN GUERRA: RESOLUCIÓN EN ACTO ÚNICO DE COLEDOCOLITIASIS MÚLTIPLE CON PRÓTESIS BILIARES Y VESÍCULA BILIAR IN SITU

MJ Rodriguez Perdomo, M García Redondo, MM Rico Morales, O Fuentes Porcel, J Torres Melero, J Lopez Fernandez, DJ Cabañó Muñoz, JM Vargas Fernandez, AJ Reina Duarte

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

Introducción: Actualmente existe controversia respecto a la estrategia terapéutica óptima en pacientes con coledocolitiasis concomitante. Las opciones disponibles pueden ser el abordaje en dos tiempos; CPRE seguida de colecistectomía, esta última generalmente diferida. Alternativa se puede contraponer al manejo en un solo tiempo, ya sea mediante Rendez-Vous o a través de un abordaje laparoendoscópico, preferentemente por vía transcística.

Un "abdomen hostil", con una vía biliar multiexplorada, con prótesis metalica y plástica, con coledocolitiasis múltiple, e imposibilidad de nuevos intentos de CPRE, supone un reto quirúrgico para el cirujano general, por lo que que estos pacientes deben ser manejados en centros de referencia, con experiencia en cirugía hepatobiliar y con los medios necesarios para su resolución eficaz.

Caso clínico: Varón de 77 años con antecedentes de FA anticoagulado con Apixaban, cistectomía radical con reconstrucción

tipo Bricker por carcinoma de vejiga, ADC de pulmón tratado con cirugía + QT + RT, neoplasia de colon tratada con resección endoscópica, en seguimiento regular por las 3 neoplasias, libre de enfermedad, ECOG 0.

Presenta colecoledocolitiasis múltiple, con CPRE fallida en 4 ocasiones, portador de prótesis metálica recubierta y prótesis plástica telescopada por múltiples episodios de colangitis e imposibilidad de extracción de coledocolitiasis. Tras medidas iniciales y buena respuesta a antibioticoterapia empírica se evidencia; enzimas de colestasis en aumento e imposibilidad de nueva CPRE se propone intervención quirúrgica urgente, se realiza abordaje laparoscopico, dificultado por las adherencias de la cirugía previa, entre los hallazgos destacan fístula colecistocólica, dilatación de la vía biliar principal (VBP) y colecistitis crónica agudizada, se realiza exploración laparoendoscópica de la VBP con extracción de restos fecales, coledocolitiasis múltiples, prótesis plástica y metálica por vía transcoledocal, cierre de la fístula colecistocólica y colecistectomía laparoscópica.

La evolución fue favorable siendo posible el alta al 5º día postoperatorio.

Discusión: La resolución de la coledocolitiasis en acto único constituye una técnica reproducible, segura y eficaz. La evidencia respalda su consideración como primera línea en centros que dispongan de los recursos necesarios y de un equipo quirúrgico con formación especializada.

En el caso expuesto, una vez superada la curva de aprendizaje, se realizó una evaluación multidisciplinar que concluyó, que el abordaje quirúrgico representaba la opción terapéutica definitiva más apropiada. La intervención, compleja, se llevó a cabo mediante una estrategia mínimamente invasiva, lo que permitió demostrar la viabilidad y eficacia de la técnica al confirmar la completa limpieza de la VBP. No obstante, se enfatiza la necesidad de individualizar cada caso.

250025. NOVEDADES TÉCNICAS EN LA NECROSECTOMÍA RETROPERITONEAL VIDEO-ASISTIDA (VARD): A PROPÓSITO DE UN CASO

P Bravo-Ratón, E Perea-Del Pozo, B Ruiz-García, CM Marín-Rodríguez, M Álvarez-Aguilera, F Pareja-Ciuró

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

Introducción: El tratamiento de la pancreatitis aguda necrotizante se basa en un abordaje escalonado (step-up approach) e individualizado, atendiendo a la localización de la necrosis, el momento evolutivo y madurativo de la pancreatitis y de los recursos disponibles. La estrategia mínimamente invasiva (necrosectomía retroperitoneal vídeo asistida-VARD) ofrece resultados satisfactorios cuando el drenaje percutáneo y/o endoscópico no son suficientes. El uso de técnicas innovadoras, como el VARD-ICG, puede ayudar a identificar con mayor claridad las zonas desvitalizadas, así como la vascularización de la glándula, haciendo que el procedimiento presente mayor seguridad.

Caso clínico: Varón de 53 años con antecedente de pancreatitis aguda necrotizante severa, complicada con una colección peripancreática sobreinfectada, que presentó buena respuesta al tratamiento médico y drenaje percutáneo, siendo dado de alta sin incidencias. Reingresa por fiebre, realizándose un TC que revelaba la reaparición de una gran colección. Se realizó un nuevo drenaje percutáneo sin mejoría, por lo que se decidió escalar el abordaje, llevando a cabo una necrosectomía retroperitoneal videoasistida (VARD). Se utilizó el verde de indocianina (ICG) para mejorar la visualización de las estructuras vasculares y del tejido pancreático remanente viable, así como endoloops para sellar el tejido pancreático, reduciendo el riesgo de fístula pancreática. Además, se colocaron dos drenajes para permitir un lavado continuo en el postoperatorio. Tras la intervención, el paciente experimentó una mejoría clínica y analítica importante, con un TC de control que mostraba una reducción significativa de la colección. Finalmente, fue dado de alta al 13º día postquirúrgico.

Discusión: La necrosectomía retroperitoneal vídeo asistida (VARD) resulta una técnica segura y eficaz, con menores tiempos de recuperación y complicaciones, en comparación con el abordaje abierto anterior tradicional. Su combinación con tecnologías avanzadas, puede ser una opción terapéutica factible y efectiva. El VARD guiado por ICG ayuda a identificar el tejido pancreático viable con mayor seguridad, no solo mejorando los resultados postoperatorios sino, también, contribuyendo a una menor morbimortalidad de estos pacientes críticos. A pesar de que su aplicación, y la de otras técnicas novedosas, no está del todo estandarizada y la evidencia disponible es limitada, podría convertirse en una herramienta adecuada a implementar.

250029. GASTROENTEROSTOMÍA ENDOSCÓPICA ECOGUIADA Y EL ROL DEL CIRUJANO EN EL MANEJO DE SUS COMPLICACIONES

E Navarro García, L Sobrino Brenes, FJ Almoguera González, F Hinojosa Ramírez, E Romero Vargas, M? Gil-Olarte Márquez, JA López Ruíz, S Morales-Conde

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

Introducción: La gastroenterostomía endoscópica ecoguiada es una técnica novedosa desarrollada como alternativa para el tratamiento de la obstrucción al vaciamiento gástrico de diversas etiologías, con una tasa de éxito entorno al 90%. La principal causa de fallo de la técnica es la malposición de la prótesis (6-27% de los casos). Esta complicación ha dificultado la difusión de la técnica.

Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de 73 años, con antecedentes de tabaquismo y enolismo crónico, ingresado por cuadro de pancreatitis aguda atípica. La RMN de abdomen informa de una lesión sólida en cabeza de páncreas y lesiones hepáticas sugestivas de metástasis. La PAAF ecoguiada confirma la presencia de un adenocarcinoma ductal con infiltración del bulbo duodenal e invasión portal.

Durante el ingreso, el paciente desarrolla una intolerancia oral progresiva a sólidos, por lo que se decide realizar una gastroenterostomía endoscópica ecoguiada con implante de stent metálico de aposición luminal. Durante el procedimiento se produce el deslizamiento del asa de yeyuno quedando un extremo de la prótesis desplegada en su interior y el otro, libre en cavidad peritoneal, con imposibilidad para su recuperación por vía endoscópica, por lo que se traslada el paciente a quirófano.

Se realiza una laparoscopia exploradora, identificándose la endoprótesis a unos 10 cm del ángulo Treitz. Se extrae mediante tracción directa sin necesidad de ampliar el orificio. Se sutura el defecto yeyunal con un punto simple y para resolver el cuadro obstructivo se realiza una gastroyeyunostomía mecánica con cierre de la brecha entérica con sutura barbada reabsorbible del 3/0. No requiere cierre del defecto gástrico.

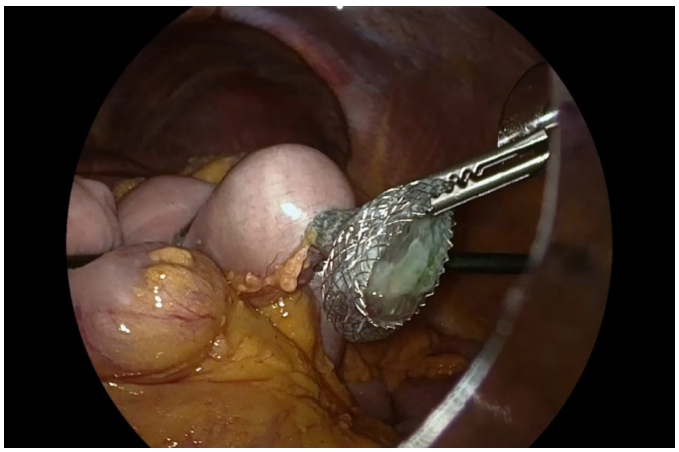

Figura 1

Extracción de prótesis de gastroenterostomía endoscópica ecoguiada.

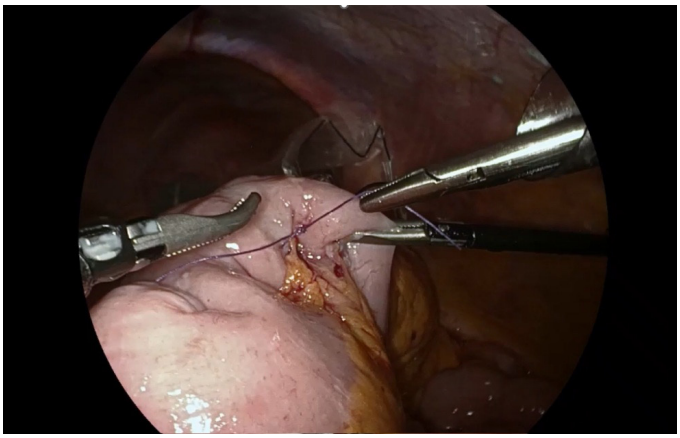

Figura 2

Sutura simple del defecto yeyunal.

La evolución postoperatoria fue favorable. Inicia tolerancia a líquidos a las 48 horas y progresa a dieta blanda al tercer día. Recibe únicamente profilaxis antibiótica, sin complicaciones infecciosas. Es dado de alta al octavo día.

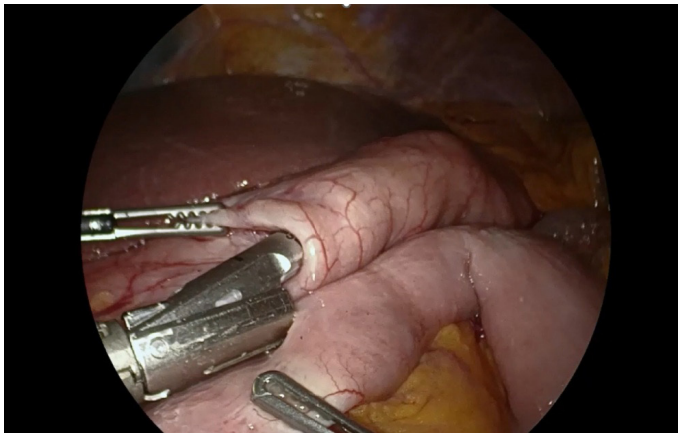

Figura 3

Gastroenteroanastomosis laparoscópica mecánica.

Discusión: Se han descrito cuatro tipos de malposicionamiento de la prótesis, siendo nuestro caso (tipo III) el menos frecuente (2.2%) y con mayor dificultad para su resolución endoscópica. Nuestro caso demuestra la importancia de conocer las nuevas técnicas endoscópicas que se están desarrollando, no solo como alternativa terapéutica, sino también para resolver las posibles complicaciones.

250032. PARTINGTON-ROCHELLE, HEPÁTICO-YEYUNOSTOMÍA Y PANCREATOSCOPIA MÍNIMAMENTE INVASIVAS EN PACIENTE CON PANCREATITIS CRÓNICA CALCIFICANTE

R Olmo García, R Ciria Bru, M Durán Martínez, JM Pérez De Villar, R Calleja Lozano, MD Ayllón Terán, P López Cillero, FJ Briceño Delgado

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

Introducción: La pancreatitis crónica calcificante es una enfermedad inflamatoria crónica que produce fibrosis del parénquima pancreático y concreciones cálcicas en los conductos que causan obstrucción, insuficiencia pancreática y dolor. La principal etiología es el consumo excesivo de alcohol. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando fracasan el tratamiento médico y endoscópico, y puede constar de dos componentes: la derivación del conducto, o la resección parcial o total de la cabeza del páncreas.

Caso clínico: Paciente varón de 62 años con pancreatitis crónica calcificante con litiasis mayores de 6mm en conducto de Wirsung que no fueron susceptibles de extracción mediante endoscopia, por lo que se planteó litotricia extracorpórea de estas. También presentaba estenosis de la vía biliar que requirió dilatación con prótesis plásticas mediante CPRE.

Se realiza pancreato-RM y TAC de abdomen donde se aprecia un conducto de Wirsung dilatado de hasta 9mm con múltiples litiasis en su interior, y un colédoco dilatado de hasta 12mm con las prótesis plásticas en su interior bien colocadas y que llegan hasta duodeno.

Tras haber descartado malignidad en cabeza pancreática, se decidió como mejor opción una derivación Wirsung-yeyunal lateto-

lateral en un asa en Y (Partington-Rochelle) junto con hepático-yeyunostomía. Adicionalmente, se realizó pancreatoscopia intraoperatoria, para la extracción de cálculos pancreáticos y objetivar ausencia de litiasis residuales en partes proximal y distal.

Tras la cirugía, postoperatorio favorable, con inicio de tolerancia en el día 5 postoperatorio y alta hospitalaria en el día 8 postoperatorio. Al mes, precisó ingreso por una colección adyacente a la anastomosis pancreática y un hematoma adyacente al segmento VI hepático que requirieron drenaje percutáneo.

En la revisión del cuarto mes, presenta mejoría ostensible del dolor, reducción de dosis de aportes de enzimas pancreáticas exógenas y normalización de tránsito intestinal, y en TAC, conducto de Wirsung sin dilatación, resolución de la colección pancreática y gran disminución del hematoma adyacente al hígado.

Figura 1

TC preoperatorio 1.

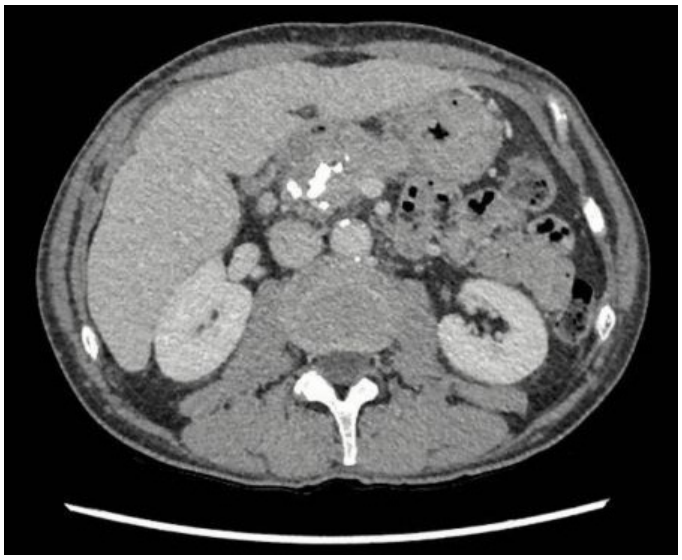

Figura 2

TC preoperatorio 2.

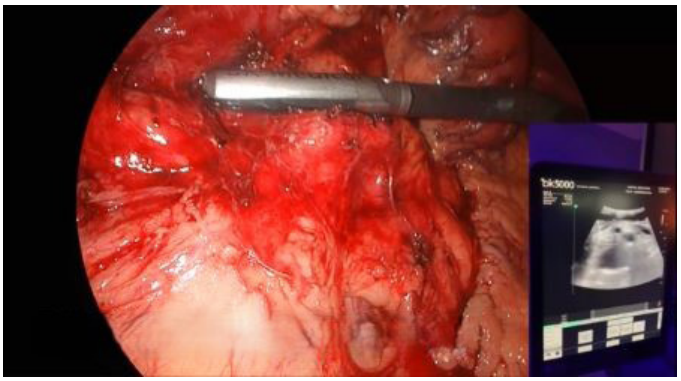

Figura3

Ecografía intraoperatoria.

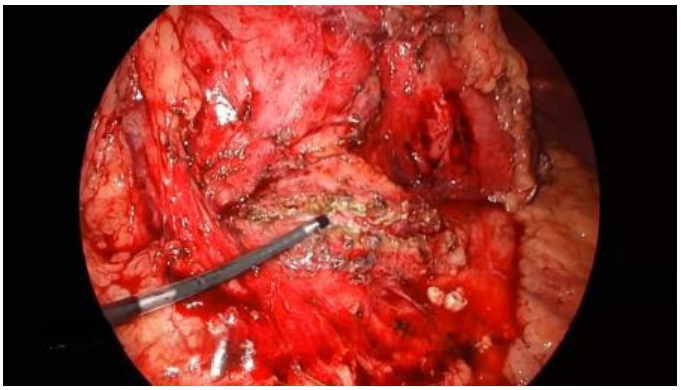

Figura 4

Pancreatoscopia intraoperatoria.

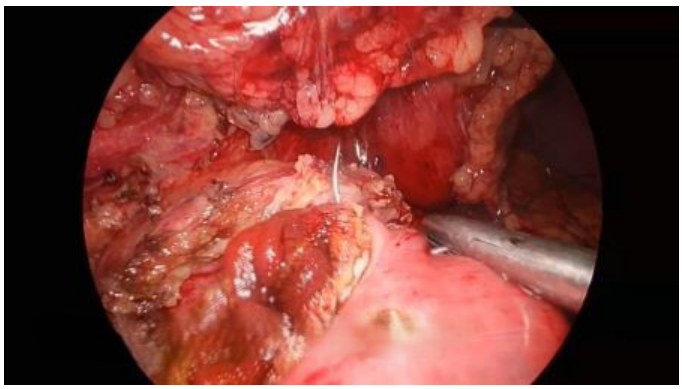

Figura 5

Anastomosis pancreático-yeyunal.

Discusión: Resultó fundamental anticiparse a las dificultades, de esta forma se decidió realizar una ecografía intraoperatoria para identificar el conducto de Wirsung, y se planteó realizar una pancreatoscopia intraoperatoria que permitiese explorar la luz de conducto de Wirsung y extraer las litiasis de su interior. Podrían haberse planteado técnicas resectivas no radicales de

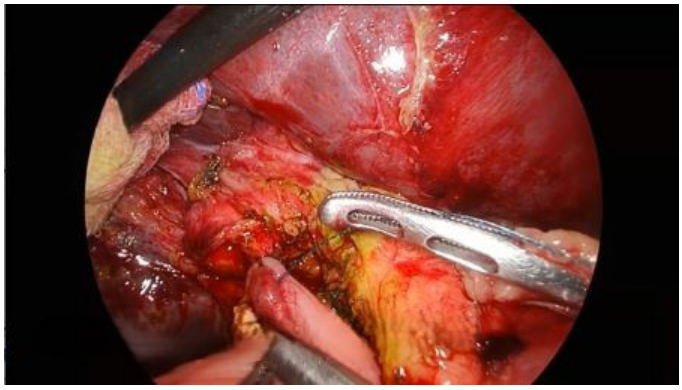

Figura 6

Anastomosis hepático-yeyunal.

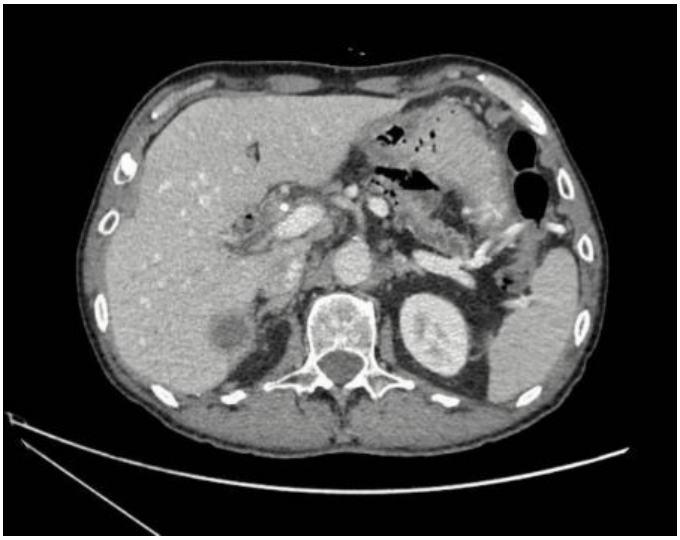

Figura 7

TC postoperatorio.

cabeza pancreática (Beger o Frey) o bien cirugía radical (Whipple). No obstante, al descartarse malignidad, esta opción parece una alternativa razonable pues mejoró significativamente los síntomas de la pancreatitis refractarios al tratamiento médico o endoscópico, además de frenar el deterioro de la función pancreática.

250046. HERNIA LATERAL CON INCLUSIÓN DE LÓBULO HEPÁTICO DERECHO TRAS RESECCIÓN DE CONDROSARCOMA COSTAL

S Borrego Canovaca, A Montosa Garcia, J Tinoco González, A Sánchez Arteaga, L Tallón Aguilar, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: Las hernias incisionales laterales surgen entre la línea alba y los músculos paraespinales posteriores y entre la cresta ilíaca y el margen costal. Estos límites anatómicos suponen una dificultad para su manejo dada la cercanía de las estructuras óseas y escasez de tejido aponeurótico.

Según la bibliografía , no existe aún consenso sobre la mejor estrategia quirúrgica , aún menos informes centrados en reparación robótica .Sin embargo en la literatura se evidencia una menor morbimortalidad y recidiva mediante la técnica laparo-endoscópica respecto a la abierta.

En general, el abordaje transabdominal (TAPP) evita un procedimiento de separación del componente posterior, en contraposición al abordaje extraperitoneal (TEP) preservando la estructura retromuscular para futuras reparaciones.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 67 años con antecedente de resección en 2017 de un condrosarcoma T2N0M0 de la 11º costilla (libre de enfermedad) que desarrolla una tumoración entre el 11º y 12º arco costal derecho asociado a molestias locales.

A la exploración se evidencia una eventración L1W2 junto a un defecto de unos 8 cm.

Se objetiva una herniación parcial del lóbulo hepático derecho a nivel intercostal (entre el 11º y 12º arcos costales) en TAC de tórax.

Figura 1

Vista axial del TAC donde se evidencia una eventración lateral conteniendo el lóbulo hepático derecho.

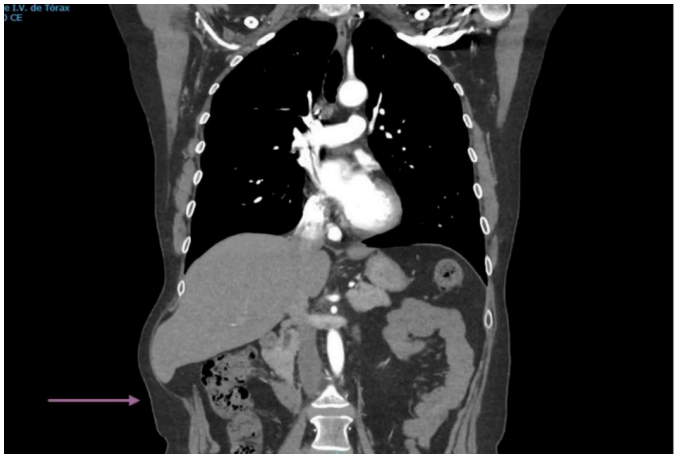

Figura 2

Vista coronal del TAC donde se evidencia una eventración lateral conteniendo el lóbulo hepático derecho.

Dado los hallazgos se consensúa realización de un TAPP lateral robótico.

Técnica quirúrgica: Disponemos de la asistencia robótica de Da Vinci XY colocando 3 trócares de 8mm en disposición vertical a lo largo del músculo recto izquierdo (hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo y fosa iliaca izquierda).

Una vez dentro de la cavidad hallamos la impronta del lóbulo hepático derecho hacia la eventración lateral creando el flap preperitoneal a nivel de la inserción del músculo transverso junto su liberación y del diafragma hasta identificar la 11º y 12º costilla derecha. Disecamos el anillo herniario de 6 x 8 cm con un margen inferior de 2-3cm el cual se cierra mediante sutura continua con stratafix 1/0.

Colocamos la malla de polipropileno de 15 x 15 cm y realizamos el cierre del flap mediante sutura continua con vlock 3/0.

La paciente es dada de alta como cirugía mayor ambulatoria sin incidencias.

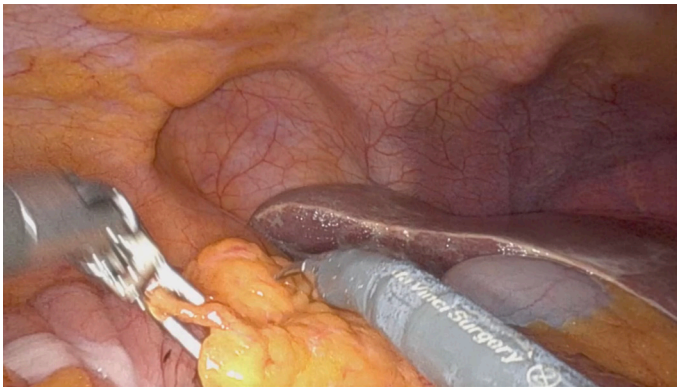

Figura 3

Vista intraperitoneal donde se localiza la eventración a nivel de la 11º-12º costilla derecha incluyendo el lóbulo hepático derecho.

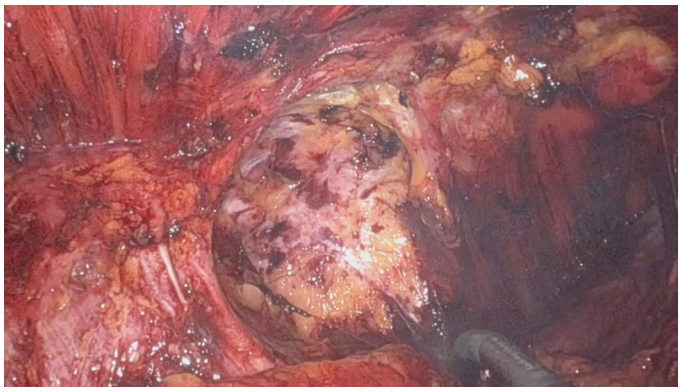

Figura 4

Vista intraperitoneal del defecto herniario una vez realizado el flap peritoneal junto a la disección del músculo transverso hacia el diafragma.

Discusión: Como conclusión destacamos que la selección de los pacientes y planificación preoperatoria (evaluar el defecto, contenido) continua resultando una parte crucial del tratamiento de las hernias incisionales laterales.

En nuestro caso, el abordaje robótico ofrece como ventaja mejor visualización, una sutura intracorpórea mejorada, disección más amplia y la posibilidad de utilizar una malla grande para minimizar anomalías de la pared abdominal.

250051. USO DEL TAMIS EN EL SINUS CRÓNICO ANASTOMÓTICO

RS Revuelta De Peralta, J Cintas Catena, F Del Rio Lafuente , J Valdés Hernández, A Cano Matías, A Pérez Sánchez, C Torres Arcos, JC Gómez Rosado

Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El sinus crónico anastomótico es una complicación infrecuente tras cirugía rectal con anastomosis. Se origina tras una fuga inadvertida en que da lugar a una cavidad persistente originada en un trayecto fistuloso que drena a la luz rectal.

Caso clínico: Presentamos a un hombre de 78 años con antecedente de adenocarcinoma de recto estadio IV, intervenido quirúrgicamente con buena evolución postoperatoria. Reingresó por cuadro febril y emisión purulenta en las heces, se realiza TAC y se diagnostica de una colección presacra, que es manejada inicialmente con antibioterapia. Tras 2 nuevos reingresos por el mismo motivo, y rectoscopia diagnostica, se decide, previa desaparición del cuadro febril, intervención quirúrgica del sinus mediante abordaje TAMIS.

Se empleó un puerto transanal GELpoint Path ® junto a instrumental estándar de laparoscopia y un insuflador de CO2 continuo. Mediante abordaje TAMIS se accedió al lumen rectal para valorar el sinus anastomótico.

Se identificó un orificio fistuloso en la cara posterior de la anastomosis, por lo que se realiza dilatación roma del orificio fistuloso, junto a aspirado y legrado de la cavidad y del trayecto fistuloso

Finalmente se procedió al cierre directo del sinus anastomótico con sutura continua con material barbado irreabsorbible. El paciente fue dado de alta 4 días más tarde sin incidencias y con normalización de reactantes de fase aguda y afebril.

Discusión: El sinus crónico anastomótico representa una complicación poco frecuente pero clínicamente relevante tras cirugía rectal con anastomosis, relacionada con la existencia de una fuga o dehiscencia anastomótica previa.

En este contexto, el abordaje TAMIS se presenta como una alternativa quirúrgica mínimamente invasiva y segura para el tratamiento de esta entidad cuando la distancia al margen anal externo lo hace accesibles por vía transanal. El uso de este abordaje permite con instrumental laparoscópico estándar, una buena exposición y maniobrabilidad dentro del recto.

El TAMIS consigue un tratamiento definitivo, evitando la necesidad de cirugías más agresivas como la resección anastomótica y confección de colostomía. Ofrece una alternativa menos invasiva que los abordajes tradicionales, permitiendo una adecuada exploración, desbridamiento y reparación del defecto con una recuperación potencialmente más rápida y menos complicaciones postoperatorias.

250052. ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO PARA EL MANEJO DEL TRAUMA DIAFRAGMÁTICO PENETRANTE

RS Revuelta De Peralta, L Sobrino Brenes, RE Licardie Bolaños, F Hinojosa Ramírez, FJ Almoguera Gonzalez, E Romero Vargas, M? Gil-Olarte Márquez, JA López Ruiz, S Morales Conde

Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Las roturas diafragmáticas traumáticas se presentan en alrededor del 3.5% de los traumatismos toracoabdominales penetrantes. La TC de tórax y abdomen es el método diagnóstico de elección, ya que permite determinar la ubicación y el tamaño del defecto en el diafragma, además de identificar otras posibles lesiones asociadas.

Caso clínico: Se presenta el caso de un hombre de 26 años sin antecedentes médicos de interés, quien acude a Urgencias tras una agresión con arma blanca. La herida penetrante se localiza en el décimo espacio intercostal, en la región posterolateral izquierda. A su llegada, está hemodinámicamente estable, con leve descenso de hemoglobina.

Se realiza un TC de tórax y abdomen con contraste, que evidencia un hemoneumotórax izquierdo de leve magnitud, una laceración esplénica de 28 mm con focos de sangrado arterial activo, un hemoperitoneo moderado y una rotura diafragmática de 30 mm en el margen posterior izquierdo, acompañada de herniación de grasa mesentérica.

Dados los hallazgos y la estabilidad del paciente, se decide intervención urgente mediante abordaje laparoscópico. Se procede a la reparación primaria del defecto diafragmático mediante una sutura continua con sutura barbada irreabsorbible, asegurando un cierre completo, sin tensión. Posteriormente, se examina el resto de la cavidad abdominal para descartar otras lesiones asociadas.

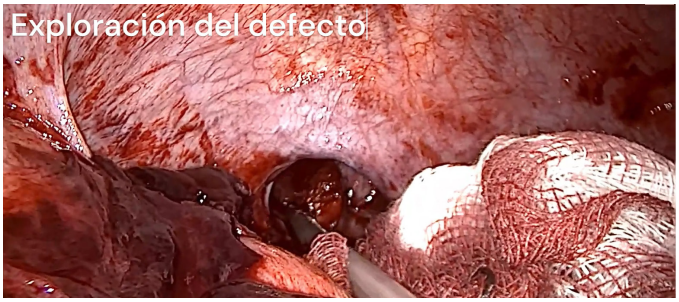

Figura 1

Imagen laparoscópica de defecto diafragmático tras traumatismo penetrante.

El paciente presenta una evolución postoperatoria favorable, sin complicaciones a nivel abdominal ni torácico, y es dado de alta a los seis días de la intervención.

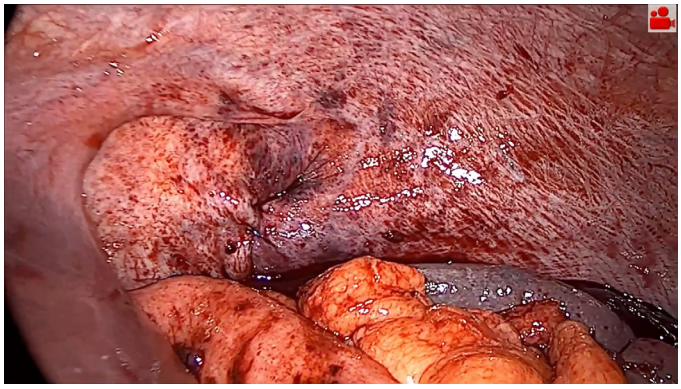

Figura 2

Imagen laparoscópica del defecto diafragmático tras su reparación.

Discusión: Las roturas diafragmáticas traumáticas requieren una intervención quirúrgica urgente para evitar complicaciones inmediatas derivadas de la herniación transtorácica del contenido intraabdominal, como son el compromiso de la función respiratoria y la obstrucción o isquemia de los órganos herniados. Además, pueden generar complicaciones tardías, como el desarrollo de hernias diafragmáticas sintomáticas con el tiempo.

El abordaje laparoscópico se ha consolidado como una opción segura y efectiva en pacientes hemodinámicamente estables y con bajo riesgo de lesiones asociadas significativas. Esta técnica no solo permite la reparación del defecto diafragmático, sino que también facilita la exploración de la cavidad abdominal para identificar lesiones no detectadas en las pruebas de imagen iniciales.

250053. HERNIOPLASTIA LAPAROSCOPICA TRAS OBSTRUCCION INTESTINAL POR HERNIA DE HIATO GIGANTE EN PACIENTE ESOFAGUECTOMIZADO

DI Vazquez Acedo, E Perea Del Pozo, BDLA Ruiz García, C Fernández Holgado, MA Bonilla Cozar, F Pareja Ciuró

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

Introducción: Las hernias de hiato constituyen una complicación infrecuente pero clínicamente relevante tras esofaguectomías, con una incidencia reportada del 0,4% al 3% según la serie revisada. Aunque muchas permanecen asintomáticas, su progresión puede derivar en obstrucción intestinal, isquemia e incluso perforación, por lo que recalcamos la importancia de su detección y manejo precoz.

Caso clínico: Varón de 55 años con antecedente de adenocarcinoma estenosante de la unión gastroesofágica (T3bN+M0), sometido a esofaguectomía tipo Ivor Lewis tras tratamiento neoadyuvante en febrero de 2024. Estudios de imagen de control evidenciaron ascenso de la flexura esplénica del colon al hemitórax izquierdo, compatible con debilidad diafragmática o hernia

diafragmática posteromedial postquirúrgica. El paciente refiere episodios suboclusivos autolimitados desde el postoperatorio temprano, sin embargo, en febrero de 2025 acude a urgencias por dolor abdominal, vómitos fecaloideos, pirosis y cese de tránsito intestinal. La tomografía toracoabdominal reveló hernia de hiato gigante conteniendo de asas de intestino delgado y colon. Se realizó laparoscopia exploradora, con reducción del contenido herniado, sin signos de isquemia. Se liberaron adherencias, se colocó drenaje torácico izquierdo y se efectuó hiatoplastia con sutura irreabsorbible reforzada con malla sintética reabsorbible (Bio-A®) en "C" invertida y adhesivo biológico. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con alta al cuarto día, sin recurrencia a un mes.

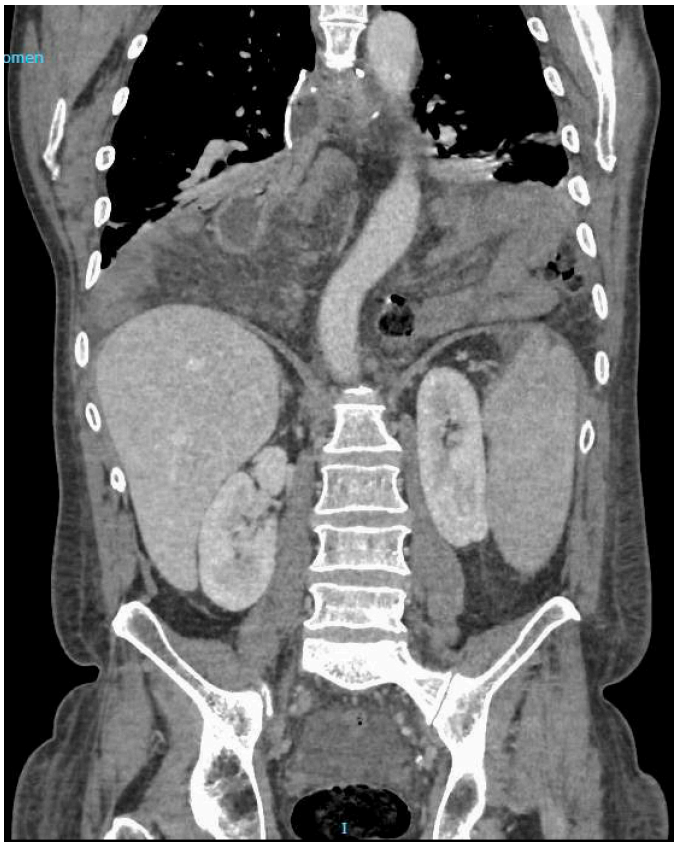

Figura 1

TC de abdomen y torax donde se evidencia paquete intestinal en cavidad torácica.

Discusión: El abordaje mínimamente invasivo permite la reducción segura del contenido herniado y la reparación eficaz del defecto diafragmático, con buenos resultados incluso en contexto de urgencia como lo fue en el caso presentado. Sin embargo, se ha atribuido mayor incidencia de hernia de hiato postesofaguectomía tras abordaje laparoscópico comparado con técnica abierta posiblemente debido a una menor formación de adherencias que, paradójicamente, favorece la migración de contenido abdominal al tórax. Clínicamente, puede manifestarse con síntomas inespecíficos o simular cuadros suboclusivos, lo que podrían significar un retraso en su diagnóstico. Se debe contemplar reparación quirúrgica en todos los casos, salvo herniación mínima y asintomática, para evitar progresión y posterior requerimiento de abordaje en contexto de urgencias. El uso de mallas reabsorbibles ha demostrado reducir la tasa de recurrencia sin aumentar las complicaciones asociadas.

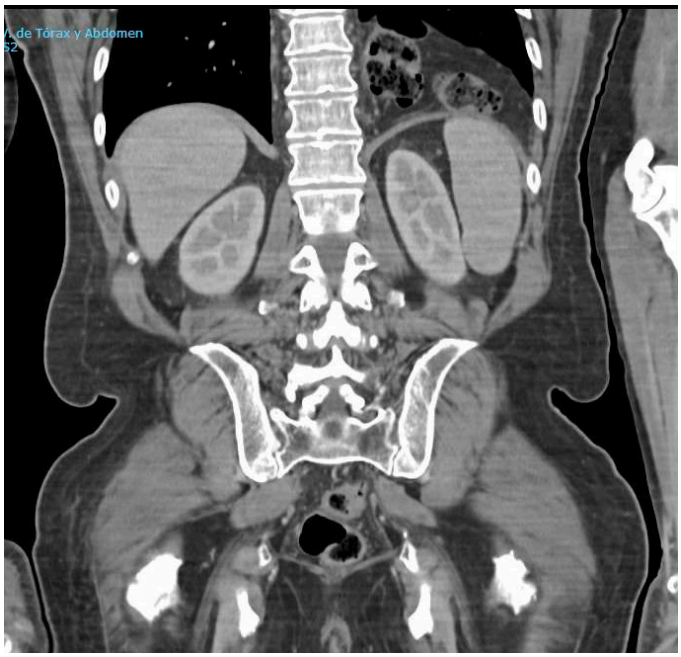

Figura 2

TC de abdomen y tórax con evidencia de asas de colon transverso en cavidad torácica.

Este caso ilustra la necesidad de una vigilancia estrecha postquirúrgica y la inclusión de esta complicación en el diagnóstico diferencial de cuadros obstructivos en pacientes previamente esofaguectomizados, dado que es una complicación en ocasiones de dificil interpretación clínica y de baja incidencia que de no ser sospechado puede pasarse por alto.

250055. RECURRENCIA ESPLÉNICA AISLADA EN CARCINOMA SEROSO DE OVARIO

C Rojas Villodre, R Olmo García, JM Sánchez Hidalgo, B Rufián Andujar, L Rodríguez Ortiz, FJ Biceño Delgado

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

Introducción: El carcinoma seroso de ovario representa una de las neoplasias ginecológicas más agresivas y frecuentes, especialmente en estadios avanzados. A pesar de los avances terapéuticos, esta patología se caracteriza por una alta tasa de recaídas y un curso clínico desafiante. Dentro de sus subtipos histológicos, el carcinoma seroso de bajo grado tiene un comportamiento biológico más indolente que el de alto grado, aunque con menor respuesta a la quimioterapia. La supervivencia prolongada en pacientes con múltiples líneas de tratamiento sigue siendo poco común, y los casos de larga supervivencia representan una oportunidad para analizar estrategias de manejo individualizado y multidisciplinario.

Caso clínico: Paciente femenina diagnosticada en abril de 2016 con carcinoma seroso bien diferenciado de ovario, estadio IIIC de la clasificación FIGO, asociado a carcinomatosis peritoneal. Recibió tratamiento con quimioterapia neoadyuvante basada en Carboplatino y Paclitaxel por 4 ciclos, seguido de cirugía de intervalo con

citorreducción completa R0 y HIPEC. El estudio anatomopatológico confirmó un carcinoma seroso de bajo grado, bilateral, con implantes peritoneales. Posteriormente recibió quimioterapia adyuvante con el mismo esquema por 4 ciclos, completando tratamiento en noviembre de 2016. En mayo de 2018 presentó progresión peritoneal, con imposibilidad de nueva cirugía por afectación extensa de intestino delgado. La biopsia reveló transformación histológica a carcinoma seroso de alto grado. Recibió quimioterapia de segunda línea, logrando respuesta parcial. Desde entonces, la paciente ha tenido múltiples recaídas a nivel esplénico con intervalos libres de tratamiento progresivamente más cortos, recibiendo sucesivamente terapias, incluyendo diversos esquemas combinados con respuestas parciales transitorias. En julio de 2024 se documenta una nueva progresión esplénica. Dada su evolución prolongada y control clínico relativamente estable tras realización de PET-TC y objetivándose solo captación a nivel esplénico se decide finalmente cirugía .

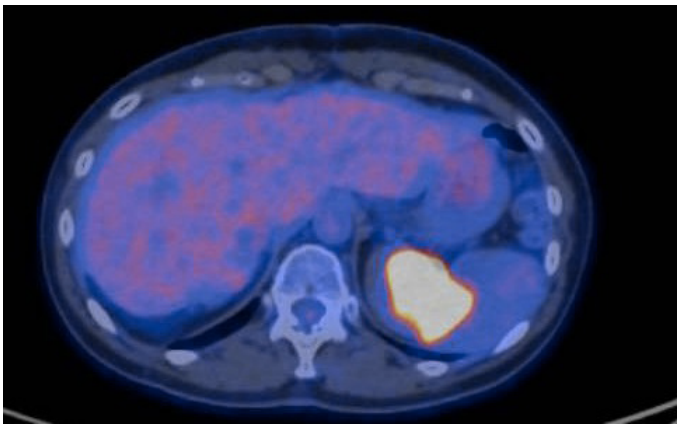

Figura 1

Captación del PET.

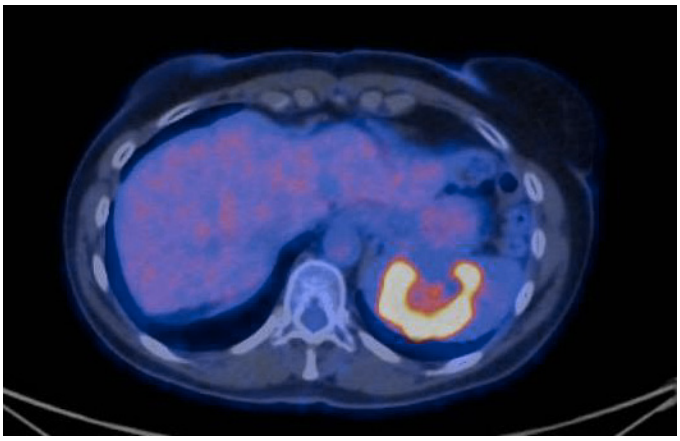

Figura 2

Captación PET Bazo.

Discusión: El carcinoma seroso de ovario es una de las neoplasias ginecológicas más comunes y agresivas, especialmente en fases avanzadas. A pesar de los avances en los tratamientos, esta enfermedad se caracteriza por una alta frecuencia de recaídas y un curso clínico complejo. En cuanto a sus subtipos histológicos, el carcinoma seroso de bajo grado presenta un comportamiento biológico más lento en comparación con el de alto grado, aunque tiene una respuesta menor a la quimioterapia. La supervivencia prolongada en pacientes que han recibido múltiples líneas de tratamiento sigue siendo relativamente rara, pero los casos de larga supervivencia ofrecen una valiosa oportunidad para desarrollar enfoques terapéuticos personalizados y multidisciplinarios

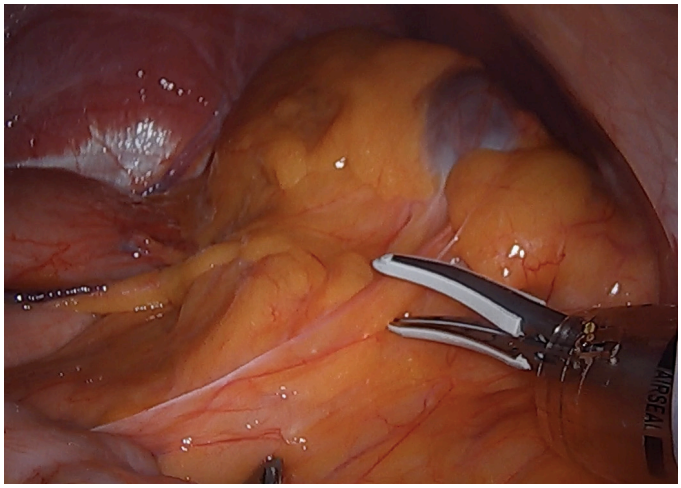

Figura 3

Esplenectomia.

250068. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA GIGANTE DERECHA TRAUMÁTICA SUBAGUDA CON HERNIACIÓN HEPÁTICA

MA Bonilla Cózar, MM Congregado González, DI Vázquez Acedo, B Ruiz García, E Perea Del Pozo, I Martínez Casas, CJ García Sánchez, JR Soler Frías, J Alonso Gómez, F Pareja Ciuró

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

Introducción: Las hernias diafragmáticas postraumáticas son difíciles de identificar, especialmente en los casos del lado derecho. El diagnóstico suele realizarse mediante TC y su detección precoz se asocia a un mejor pronóstico. El tratamiento de elección es la reparación quirúrgica precoz para evitar el desarrollo de complicaciones respiratorias o abdominales. Las técnicas mínimamente invasivas mediante VATS o laparoscopia son preferibles en los casos agudos porque mejoran la recuperación funcional.

Caso clínico: Varón de 22 años que sufrió un traumatismo cerrado en un accidente de tráfico. Fue diagnosticado de múltiples fracturas cerradas que incluían costillas bilaterales, esternón, clavícula izquierda y pelvis; hemoneumotórax que fue drenado con un catéter pleural; una laceración renal AAST grado III y laceraciones esplénicas de grado II. El día 17º se detectó en la TC de control una rotura del diafragma con un defecto de 9,6 x 12,4 cm y herniación de la porción superior del lóbulo hepático derecho hacia la cavidad torácica **(Figura 1)**.

El día 23º el paciente se sometió a cirugía por vía laparoscópica. El retraso en la cirugía se debió a un diagnóstico inicialmente no enfocado

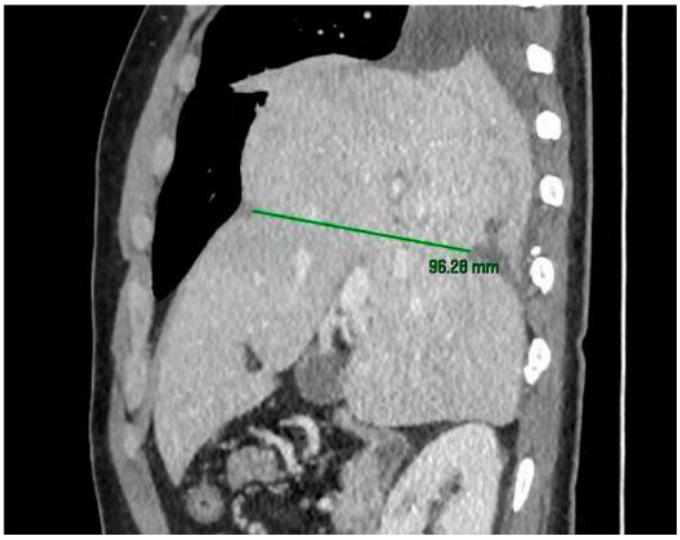

Figura 1

TC toracoabdominal donde se evidencia la rotura diafragmática y herniación del hígado.

en la causa principal. La intervención consistió en la reducción de la hernia hepática, la reparación del defecto diafragmático con sutura 2/0 V-Lock® no reabsorbible y la colocación de una malla Synecorn® fijada con tachuelas **(Figuras 2-5)**. Posteriormente, se colocó un drenaje torácico de 24Fr bajo visión directa. La recuperación postoperatoria cursó sin incidencias salvo por un neumotórax completo derecho persistente asintomático, resuelto con drenaje torácico y fisioterapia respiratoria. El paciente fue dado de alta el 11º día postoperatorio y permanece asintomático y con buena recuperación funcional a los 2 meses de seguimiento **(Figura 6)**.

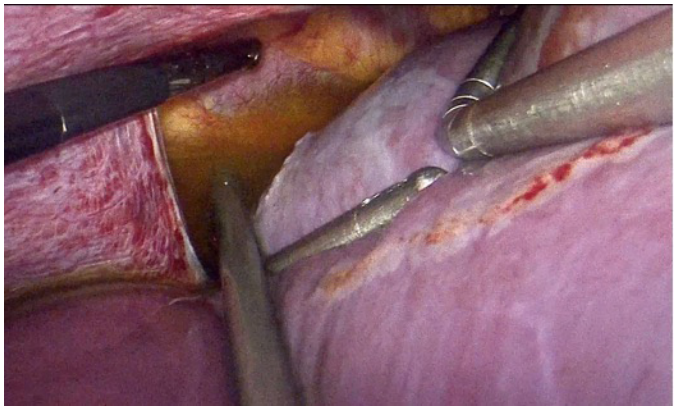

Figura 2

Imágenes clave vídeo: Reducción hernia diafragmática.

Discusión: Las hernias diafragmáticas derechas postraumáticas pueden abordarse de forma segura por vía laparoscópica en fase subaguda. Algunos autores como Obaid O, Ties JS o Liao CH muestran que la tendencia actual es hacia la laparoscopia frente la laparotomía, ofreciendo ventajas en términos de menor morbilidad y estancia hospitalaria, sin embargo, la mayoría de estudios disponibles tienen un nivel de evidencia III-IV. Además, la indicación entre laparoscopia y VATS no es del todo clara, ya que cada una tiene sus ventajas e inconvenientes, siendo desaconsejable la laparoscopia si

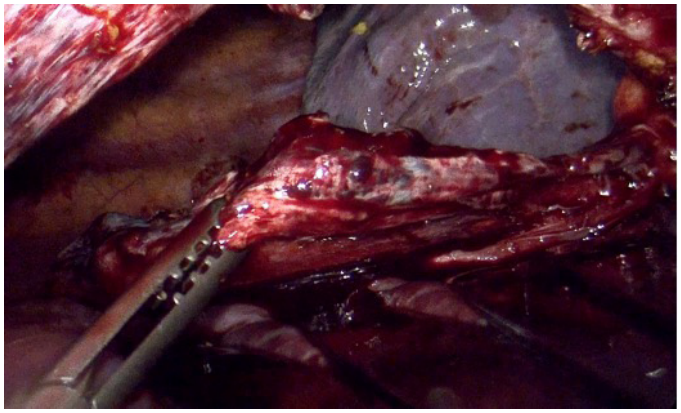

Figura 3

Imágenes clave vídeo: Se muestra el defecto diafragmático completo.

Figura 4

Imágenes clave vídeo: Cierre del defecto con sutura 2/0 V-Lock,

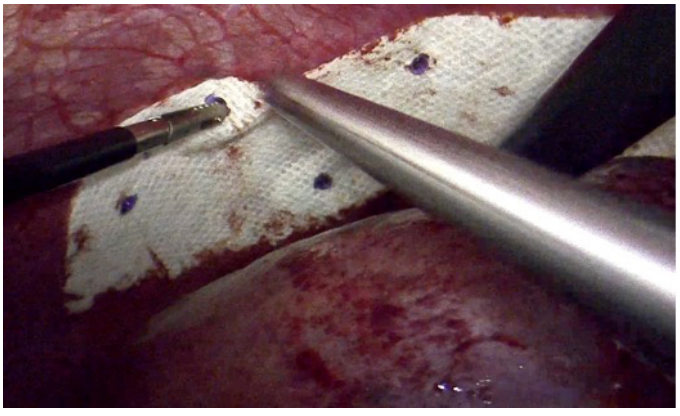

Figura 5

Imágenes clave vídeo: Colocación de malla sobre el cierre directo.

el diagnóstico se retrasa debido a la formación de adherencias y a la migración progresiva del contenido por presiones intratorácicas negativas **(Tabla 1)**. No obstante, el abordaje multidisciplinar y la experiencia quirúrgica son esenciales para obtener mejores resultados en esta patología.

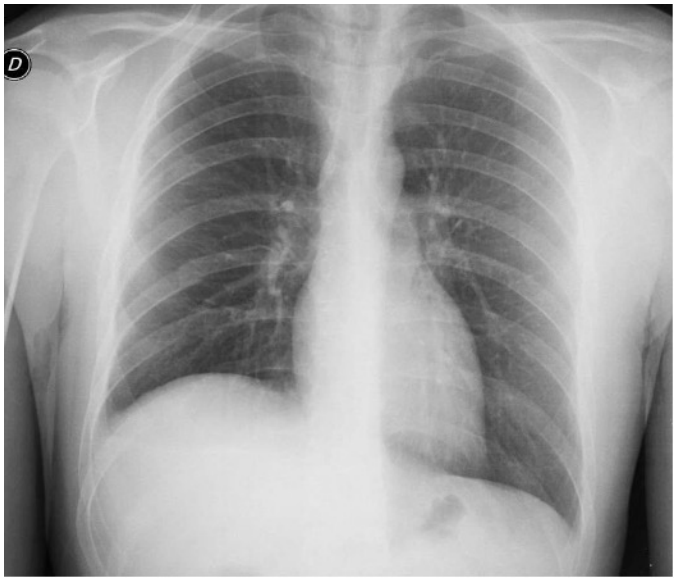

Figura 6

Rx torácica previa al alta donde no se evidencian complicaciones pleuropulmonares ni abdominales.

Abordaje laparoscópico	*Abordaje VATS*
Casos agudos	Casos crónicos
Recuperación precoz, menos dolor postoperatorio	Recuperación tardía
Mejor visualización de órganos abdominales	Mejor visualización de pleura y pulmones
Mayor recuperación funcional	Más alteraciones funcionales

Tabla 1

Tabla comparativa entre abordaje laparoscópico vs abordaje VATS.

250079. ABORDAJE HÍBRIDO DEL SANGRADO DE INTESTINO DELGADO: EXPERIENCIA CON ENTEROSCOPIA INTRAOPERATORIA

MJ Cuevas Cabrera, F Hinojosa Ramírez , L Sobrino Brenes, F Almoguera González , J López Ruiz , S Morales Conde

Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La hemorragia digestiva del intestino delgado es una entidad infrecuente que plantea un desafío diagnóstico y terapéutico, especialmente en pacientes con comorbilidades. La angiodisplasia es su causa más común, representando hasta el 40% de los casos.

El abordaje de estos pacientes requiere una estrategia multidisciplinar que combine métodos radiológicos, endoscópicos y quirúrgicos. En casos donde estos han resultado inconcluyentes, la enteroscopia intraoperatoria puede ser clave para localizar y tratar de forma eficaz las lesiones responsables del sangrado.

Caso clínico: Mujer de 57 años, con múltiples factores de riesgo cardiovascular, ingresada por infarto agudo de miocardio lateroinferior.

Al octavo día de ingreso presentó shock hipovolémico con hemorragia digestiva. Se realizó angio-TAC que evidenció sangrado yeyunal, y posteriormente una arteriografía donde no se objetivo sangrado activo.

Posteriormente presento una nueva descompensación hemodinámica y, se realizó enteroscopia intraoperatoria en colaboración con el equipo de Digestivo. Se realizó un abordaje hibrido con minilaparotomía media supraumbilical y enterotomía a 150 cm del ángulo de Treitz, y se introdujo el enteroscopio. Se identificaron tres angiodisplasias proximales (20–55 cm de Treitz), tratadas mediante esclerosis, colocación de clips y marcaje con tinta china. La exploración distal hasta la válvula ileocecal fue normal.

La paciente evolucionó favorablemente, sin nuevos episodios de sangrado.

Figura 1

Esclerosis de angiodisplasia.

Figura 2

Clipaje de angiodisplasia.

Discusión: La hemorragia digestiva del intestino delgado por angiodisplasia suele ser de difícil localización, especialmente en pacientes inestables o con sangrado intermitente. Su manejo óptimo requiere un enfoque colaborativo entre los servicios de Radiología, Cirugía y Digestivo.

La enteroscopia intraoperatoria permite el diagnóstico y tratamiento en un solo acto quirúrgico, minimizando la necesidad de resecciones intestinales extensas y reduciendo así complicaciones potenciales.

Este abordaje multidisciplinar se presenta como una alternativa segura y eficaz en casos seleccionados de hemorragia digestiva con origen en intestino delgado refractaria a otros tratamientos convencionales.

250080. UTILIZACIÓN DEL VERDE DE INDOCIANINA EN LA CIRUGÍA HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA

R Ávila Figueroa, A Martínez Rodríguez, H Mohamed Hamed, L González Garrido, D Cabañó Muñoz, A Reina Duarte

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

Introducción: El verde de indocianina es una tinción fluorescente visible con luz infrarroja cercana. En cirugía hepática, permite identificar tumores gracias a su acumulación en los conductos biliares que son comprimidos por el tumor. De esta manera, se delimita con precisión el área a resecar.

El objetivo de este video consiste en mostrar la utilidad del verde de indocianina durante la resección laparoscópica de lesiones hepáticas, mejorando la visualización y seguridad del procedimiento.

Caso clínico: Se llevó a cabo un estudio con pacientes sometidos a resección hepática laparoscópica, en quienes se utilizó verde de indocianina (ICG) como herramienta de visualización intraoperatoria. Se incluyeron aquellos intervenidos entre 2024 y 2025, hasta la fecha de publicación.

Los pacientes que fueron analizados fueron diagnosticados de CHC (Hepatocarcinoma) o MHCCR (Metástasis hepáticas de cáncer de colon), siendo divididos en sendos grupos **(Tablas 1 y 2).**

AN	Patología	Cirugía	Verde de Indocianina	Complicaciones	Bordes quirúrgicos
AN0006786765	MHCCR	Hepatectomía parcial (resección el s. II) + reparación de hernia umbilical con malla	Capta	No	Libres
AN1090056506	MHCCR	Ablación con microondas de LOE en s. VII + Hepatectomía parcial (resección VIII y VI, limitada II)	Capta	No	VI libre y II-VIII en contacto
AN0006153740	MHCCR	Segmentectomía de s. VI + Colecistectomía + Hernioplastia umbilical	Capta	No	Libres
AN0026141295	MHCCR	Resección s. IV + Colecistectomía + Resección ligamento redondo	Capta	No	Libres
AN0010333733	MHCCR	Hepatectomía parcial (resección del s. VIII)	Capta	No	Libres
AN0019048878	MHCCR	Lobectomía izquierda + Resección el s. VII	LOE hepática en s. III (capta) y s. VII (no capta)	No	Libres
AN0024087020	MHCCR	Hepatectomía parcial (resección del s. V)	Capta	No	Libres

Tabla 1

Pacientes diagnosticados de MHCCR (Metástasis hepáticas de Cáncer de Colon). Descripción de intervención quirúrgica, captación de verde de indocianina, desarrollo de complicaciones a corto/largo plazo y bordes quirúrgicos de pieza quirúrgica extraída.

AN	Patología	Cirugía	Verde de Indocianina	Complicaciones	Bordes quirúrgicos
AN0010226124	CHC	Segmentectomía hepática de s. V y VIII + colecistectomía laparoscópica	Capta	Sangrado de rama de VSH derecha, Colección posthepatectomía	Libres
AN0004980444	Recidiva CHC	Resección lecho hepatectomía previo	No capta	No	Libres
AN0042834692	CHC	Hepatectomía parcial (resección del s. VIII) + colecistectomía laparoscópica	Capta	No	En contacto

Tabla 2

Pacientes diagnosticados de CHC (Hepatocarcinoma). Descripción de intervención quirúrgica, captación de verde de indocianina, desarrollo de complicaciones a corto/largo plazo y bordes quirúrgicos de pieza quirúrgica extraída.

Se recopilaron datos clínicos relevantes desde el diagnóstico, incluyendo hallazgos en pruebas de imagen preoperatorias, los cuales se compararon con los hallazgos durante la cirugía. Se analizó específicamente si las lesiones hepáticas mostraban captación de verde de indocianina durante el procedimiento.

El seguimiento postoperatorio se realizó tanto a corto como a largo plazo, con especial atención al desarrollo de complicaciones y a la evaluación de los márgenes quirúrgicos en los informes anatomopatológicos.

La administración de verde de indocianina se realizó 72 horas antes de la intervención, de acuerdo con el protocolo del Hospital Universitario Torrecárdenas.

Además, algunas cirugías fueron grabadas para obtener imágenes que se utilizaron en la elaboración de un vídeo explicativo.

Discusión: El verde de indocianina (ICG) es una tinción fluorescente ampliamente empleada para el marcaje intraoperatorio de lesiones hepáticas, facilitando resecciones más precisas y con márgenes libres de enfermedad.

A pesar de sus beneficios, la literatura científica actual destaca la necesidad de ampliar los estudios que respalden su uso y permitan establecer protocolos homogéneos de aplicación.

Este proyecto ha evidenciado la utilidad del ICG en la identificación y delimitación de lesiones hepáticas durante cirugías laparoscópicas, reforzando su valor como herramienta complementaria en la planificación quirúrgica oncológica.

250086. EL ARTE DE CERRARTE: UTILIZACIÓN DE LA TRACCIÓN FASCIAL PARA REPARACIÓN DE EVENTRACIONES COMPLEJAS.

PJ Madroñal Escribano, A Ron García, R Rejon López, M Domínguez Bastante, A Mansilla Roselló

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

Introducción: A pesar del avance de la laparoscopia y la generalización del “small bites” para cierre de laparotomías, las técnicas quirúrgicas cada vez más complejas, la edad avanzada de los pacientes y la prevalencia de la obesidad, facilitan la aparición de hernias incisionales de gran tamaño y complejidad. Su manejo desde Unidades de Cirugía de Pared Abdominal, realizando una correcta

prehabilitacion e implementando técnicas que faciliten el cierre aponeurótico sin tensión, buscan disminuir la morbimortalidad. En este contexto, la tracción fascial intraoperatoria surge como alternativa a la liberación miofascial extensa.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 49 años intervenido en 2022 de adenocarcinoma de esófago UEG tipo II pT1bN2M1, realizándose esofagogastrectomía subtotal con plasta colónica de sustitución y resección de nódulos pulmonares mediante VATS. En revisión en consulta a los 12 meses se evidencia eventración M1M2M3M4M5W3. Dada la estabilidad radiológica oncológica, se propone para eventroplastia, previo preacondicionamiento con toxina botulínica.

Se interviene en marzo de 2024, realizándose laparotomía media supra-infraumbilical (25cm) y evidenciando eventración M1M2M3M4M5W3 (30x15cm) e importante cuadro adherencial. Tras realizar adhesiolisis extensa, se confecciona el plano retromuscular bilateral desde apéndice xifoides a pubis (Rives-Stoppa), cierre de la fascia posterior con PDSplus 2/0 y colocación de una malla de polipropileno de 30x20cm fijada con cianocrilato sobre malla de las mismas dimensiones GORE® BIO-A. Ante la imposibilidad del cierre de la fascia anterior del recto, se decide aplicar dispositivo de tracción fascial intraoperatoria durante 30 minutos con carga máxima de 20kg, consiguiendo aproximación completa de la fascia anterior, que se sutura con monofilamento reabsorbible 0, logrando cierre sin tensión. Se deja drenaje Blake-19 en plano retromuscular y se coloca apósito de presión negativa sobre la herida.

El paciente presenta buena evolución posterior y es dado de alta al 5º día postoperatorio sin evidenciar complicaciones inmediatas en relación con la aplicación del dispositivo: necrosis de pared, isquemia fascial o hematoma retromuscular. Tras un año de seguimiento no presenta recidiva herniaria ni molestias postquirúrgicas.

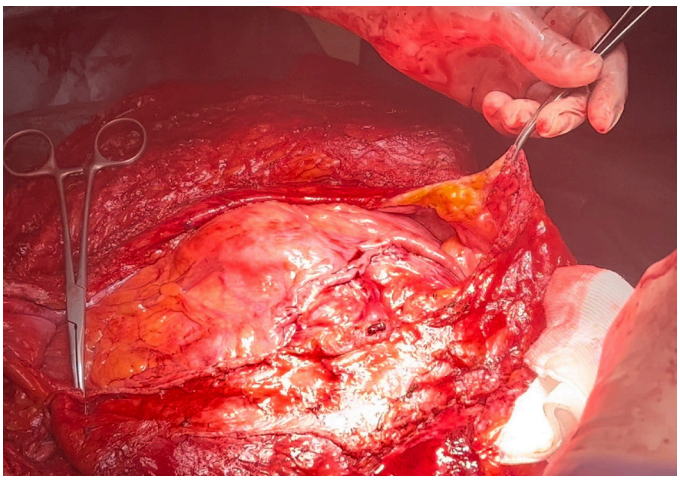

Figura 1

Defecto total en el plano posterior tras adhesiolisis extensa.

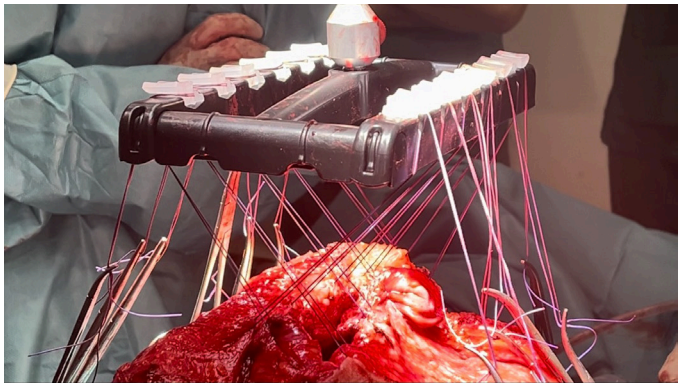

Figura 2

Aproximación de la fascia anterior con dispositivo de tracción fascial.

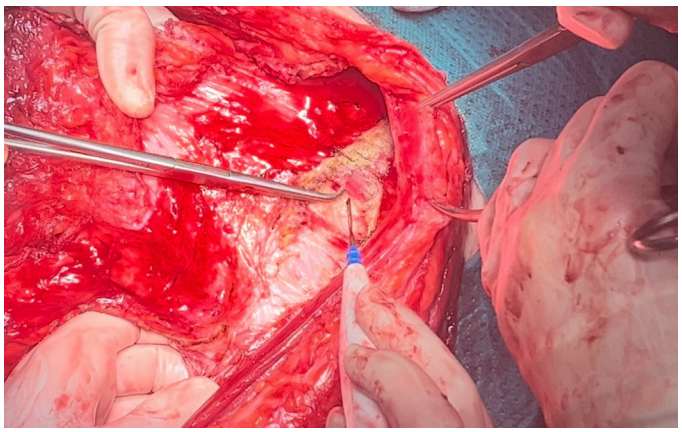

Figura 3

Confección del plano retromuscular bilateral. Según técnica de Rives- Stoppa.

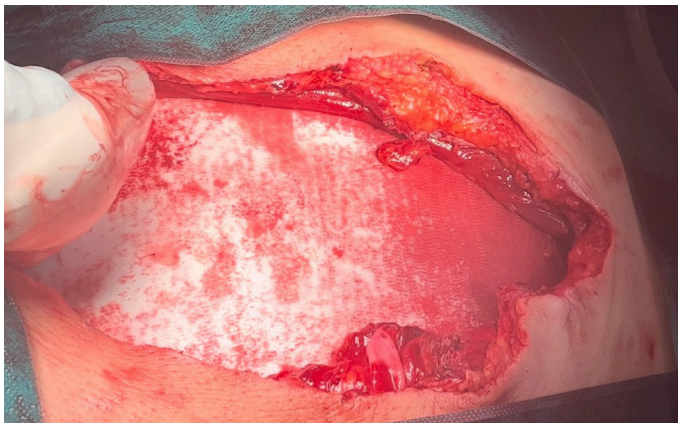

Figura 4

Colocación de malla BioA. Tras cierre del defecto posterior, como refuerzo previa colocación de malla de polipropileno.

Discusión: En nuestra experiencia, los dispositivos de tracción fascial, combinados con las técnicas clásicas de cierre de pared abdominal, permiten el cierre sin tensión de defectos aponeuróticos grandes sin aumentar la morbimortalidad, evitando disecciones miofasciales extensas en pacientes frágiles y consiguiendo buenos resultados tanto a corto como a largo plazo.

250089. EXTRACCIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA DE CLAVO CEFÁLICO MIGRADO A PELVIS.

C Rueda Cruces1, J Pérez Lara1, JJ Farfán Gil2, F Temboury Vilaseca3, M Ubal Berlanga3

[1]Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital Comarcal de Antequera. Antequera, Málaga. [2]Servicio Rehabilitación Hospital Comarcal de Antequera. Antequera, Málaga. [3]Servicio Cirugía General Hospital Comarcal de Antequera. Antequera, Málaga.

Introducción: La migración intrapélvica de material de osteosíntesis tras una fractura de cadera es una complicación infrecuente pero potencialmente grave, con riesgo de lesiones vasculares o viscerales. Presentamos el caso de una paciente anciana con desplazamiento del tornillo cefálico de una prótesis parcial hacia la cavidad pélvica, que requirió intervención quirúrgica conjunta entre los servicios de Traumatología y Cirugía General para su extracción segura.

Caso clínico: Mujer de 86 años, parcialmente dependiente para actividades básicas de la vida diaria, viuda y sin hijos. Antecedentes personales de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, deterioro cognitivo moderado, glaucoma pseudoexfoliativo y cataratas. Como antecedente quirúrgico relevante, presentaba una prótesis parcial de cadera izquierda.

Acudió al servicio de Urgencias quince días después de una intervención previa por fractura de cadera izquierda, refiriendo dolor progresivo e impotencia funcional en el miembro inferior izquierdo, además de disnea de varios días de evolución. Las pruebas de imagen evidenciaron una nueva fractura con migración del tornillo cefálico hacia la pelvis, sin afectación de estructuras vasculares ni viscerales.

Ante este hallazgo, se decidió realizar una intervención quirúrgica conjunta por los servicios de Traumatología y Cirugía General, con el objetivo de extraer el material desplazado minimizando los riesgos de lesión intraabdominal.

Discusión: La migración pélvica de elementos de osteosíntesis es una complicación rara que puede comprometer estructuras vitales como vasos ilíacos, intestino o vejiga. Su abordaje requiere una cuidadosa planificación quirúrgica y, en muchos casos, la colaboración multidisciplinar. En este caso, la intervención conjunta permitió una exploración segura de la cavidad abdominal, facilitando la extracción del tornillo sin complicaciones mayores. El vídeo presentado ilustra los aspectos técnicos clave de la intervención, destacando la importancia de una evaluación precoz ante dolor postoperatorio inusual y la necesidad de coordinación entre especialidades para el manejo de complicaciones complejas.

250114. A PROPÓSITO DE UN CASO: PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO SECUNDARIA A DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL

C Fernández Holgado, BDLÁ Ruiz García, D Vázquez Acedo, A Arteaga Sánchez, L Tallón Aguilar, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: La perforación de víscera hueca supone alrededor de aproximadamente el 10% de los episodios de abdomen agudo. El vertido del contenido intraluminal a la cavidad abdominal conlleva a una peritonitis, por lo que será crucial un manejo precoz, siendo gran parte de estos pacientes subsidiarios de actitud quirúrgica. Para un abordaje óptimo, debe plantearse el origen de dicha perforación, incluyendo las causas más infrecuentes, como es el intervencionismo a nivel abdominal por otras especialidades médicas y quirúrgicas, como Urología (derivación urinaria), Nefrología (diálisis peritoneal), Digestivo (stent biliar o esofágico), Radiología (drenaje percutáneo), Neurocirugía (derivación ventrículo-peritoneal [DVP]), Cirugía Vascular (injertos vasculares)... En consecuencia, resulta imperativo llevar a cabo una anamnesis exhaustiva que contemple los antecedentes personales.

Caso clínico: Mujer de 62 años con antecedentes de cáncer de mama (libre de enfermedad desde 2012), celiaquía e hidrocefalia idiopática, que presenta episodios febriles recurrentes asociado a síntomas gastrointestinales y cefalea desde hace dos meses, por lo que acude en múltiples ocasiones a Urgencias, sin observarse hallazgos patológicos en la tomografía computerizada (TC) craneal y abdominal. Tras la ausencia de respuesta a terapia antibacteriana empírica, ingresa en planta hospitalaria a cargo de Enfermedades Infecciosas ante fiebre de foco desconocido, planteándose diversas opciones como origen autoinmune o neoplásico. Se realiza TC de cuerpo completo, donde se observa extremo distal del catéter de DVP alojado endoluminalmente en intestino delgado a nivel de ileon **(Figura 1)**. Se consensua con Neurocirugía intervención quirúrgica urgente para extracción del dispositivo y resección de la perforación mediante endograpadora **(Figura 3)** por vía laparoscópica, seguido de sustitución de DVP por derivación ventrículo-externa (DVE). Postoperatorio favorable a nivel abdominal, permitiendo la recolocación de DVP en el 14º día postquirúrgico, siendo dada de alta en el 21º día postoperatorio.

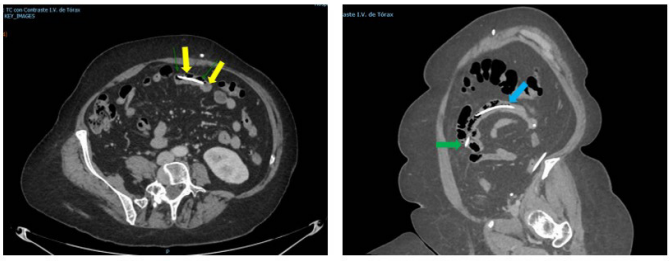

Figura 1

Tomografía computerizada abdominal, corte transversal, que muestra el catéter de derivación ventriculoperitoneal a nivel endoluminal (flechas amarillas), visualizando el punto de entrada (flecha verde) y el extremo distal endoluminal (flecha azul).

Discusión: Las causas de perforación de víscera hueca incluyen los cuerpos extraños intraabdominales y, entre ellos, los dispositivos médicos como son el drenaje percutáneo o quirúrgico, el oblito o el catéter de DVP, neumoperitoneo progresivo, diálisis peritoneal o derivación urinaria. En concreto, la perforación de intestino delgado secundaria es excepcional, ya que localizarse en colon; no obstante, la clínica suele ser inespecífica y las consecuencias severas, por lo que el diagnóstico requiere alto grado de sospecha clínica, siendo imperiosa una anamnesis rigurosa, así como un manejo multidisciplinar.

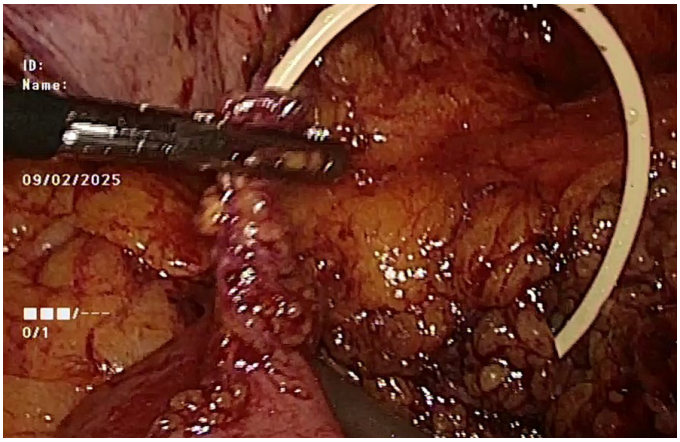

Figura 2

Perforación intestino delgado, apreciándose la entrada endoluminal del catéter de derivación ventriculoperitoneal.

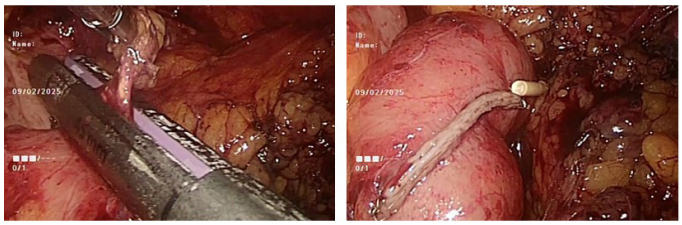

Figura 3

Resección de la perforación de intestino delgado mediante endograpadora y línea de grapado.

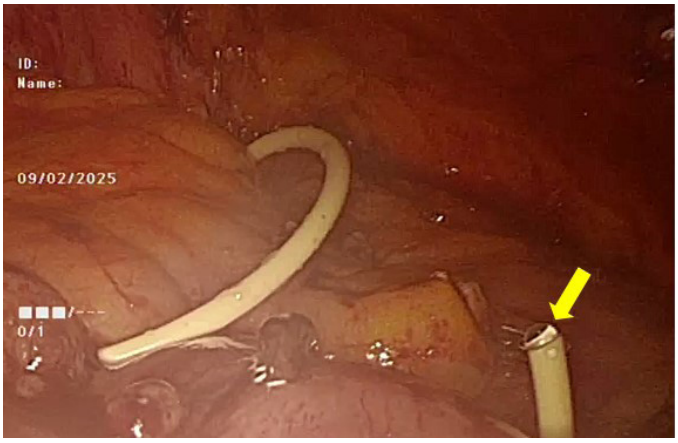

Figura 4

Extremo distal de catéter de derivación ventriculoperitoneal, donde se observa vertido de líquido cefalorraquídeo.

250117. A PROPÓSITO DE UN CASO: HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE

C Fernández Holgado, C Cepeda Franco, C Bernal Bellido, LM Marin Gomez, G Suárez Artacho, JM Álamo Martínez, MA Gómez Bravo, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: El hemangioma hepático (HH) es la lesión benigna más frecuente y se caracteriza por un patrón tomográfico concreto en mujeres de 30-50 años y sin factores de riesgo de malignidad. Cuando supera los 10 cm, se considera HH gigante y suelen ser sintomáticos.

La alta sospecha de HH permite una actitud conservadora en pacientes asintomáticos. Las indicaciones quirúrgicas son la ruptura con hemoperitoneo, el sangrado intratumoral y el síndrome de Kasabach-Merritt. Otras indicaciones relativas incluyen el dolor persistente, la ictericia obstructiva, la hipertensión portal, la superficialidad ante riesgo traumático y el diagnóstico incierto. En este contexto, puede beneficiarse de manejo quirúrgico, teniendo en cuenta el riesgo de hemorragia y la dificultad técnica que supone sus dimensiones. Para suplir este hándicap, puede recurrirse a la embolización arterial transcatéter (TAE) hepática prequirúrgica.

Caso clínico: Mujer de 73 años que presenta dolor en hemiabdomen derecho asociado a hepatomegalia y gran lesión solidoquística. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal que describe lesión central hipodensa con región quística-necrótica de 20x18x21,5cm con anillo periférico de aspecto sólido y calcificaciones, y realce nodular discontínuo, compatible con HH cavernoso gigante. Se repite TC a los 9 meses, en el que se aprecia crecimiento (21,5x23,8x27cm), por lo que se decide intervención quirúrgica previa TAE.

Se realiza enucleación de tumoración de 8kg bien delimitada quística vascularizada, dependiente del lóbulo hepático derecho que requiere ligadura de la vena suprarrenal derecha. Postoperatorio sin incidencias salvo anemia aguda sin sangrado activo que responde a ferroterapia, siendo dada de alta a los seis días.

El resultado anatomopatológico describe lesión ampliamente necrosada con áreas de calcificación distrófica sin identificar parénquima hepático.

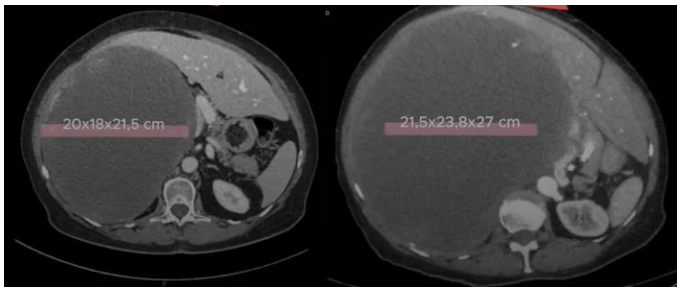

Figura 1

Imágenes tomográficas que muestran el crecimiento tumoral.

Figura 2

Dimensiones tumorales a la exploración.

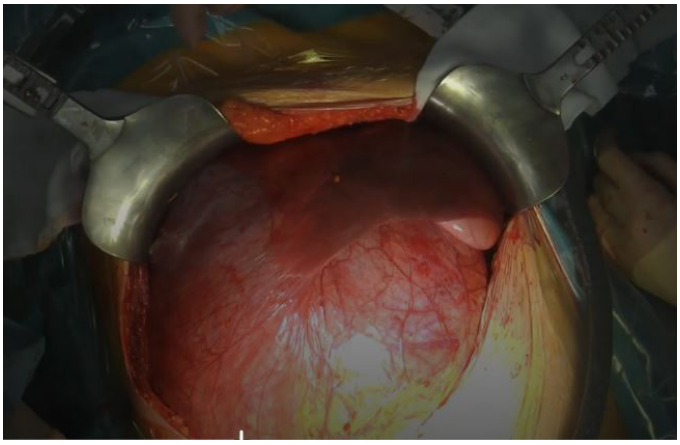

Figura 3

Visión macroscópica intraoperatoria de la lesión tumoral.

Discusión: Ante una lesión hepática, es fundamental descartar factores predisponentes de malignidad, ya que determinadas tumoraciones no serán subsidiarias de biopsia hepática, como es el caso del hemangioma. Si bien lo habitual es el manejo conservador, el HH gigante implica una actitud quirúrgica.

El volumen de la lesión supone un reto técnico que obliga al abordaje laparotómico y que, a pesar que la técnica quirúrgica descrita es la enucleación, puede conllevar a la resección de parénquima hepático sano. La principal complicación intraoperatoria es la hemorragia, tanto por el carácter vascular de la lesión como por la movilización de la gran masa. Para suplir este hándicap, la TAE hepática prequirúrgica se plantea como una opción de "down-staging", ya que supone una mejora significativa de los factores de coagulación y una disminución de la pérdida de sangre intraoperatoria.

Figura 4

Lesión hepática gigante enucleada.

250118. TÉCNICA E-TEP EN LA REPARACIÓN DE HERNIAS VENTRALES

PJ Navarro García, PJ Madroñal Escribano, M Domínguez Bastante, A Mansilla Rosello

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

Introducción: El tratamiento de las hernias ventrales supone un gran desafío para los cirujanos debido a su complejidad, las posibles recurrencias y los costos asociados, sobre todo en intervenciones de emergencia. Las decisiones tomadas durante el periodo perioperatorio influyen de manera importante.

Su abordaje laparo-endoscópico está en auge. En este contexto surge el TEP (totalmente extraperitoneal), aunque presenta ciertas limitaciones: el reducido campo quirúrgico, dificultades ergonómicas y una curva de aprendizaje compleja. En base a este se ha desarrollado el abordaje eTEP (extraperitoneal de vista extendida), que permite superar varios de estos obstáculos.

Caso clínico: Paciente de 67 años con antecedentes de obesidad tipo I valorado en consulta de Cirugía General por tumoración epigástrica de larga data.

La exploración es dificultosa, evidenciando tumoraciones a nivel epigástrico y umbilical que se reducen espontáneamente con el decúbito y protruyen con maniobras de Valsalva planteando el diagnóstico diferencial entre hernias ventrales vs diástasis rectos.

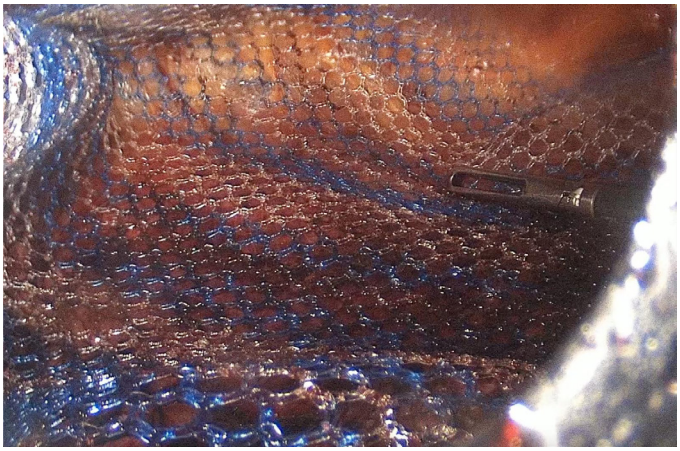

Figura 1
Colocación de malla.

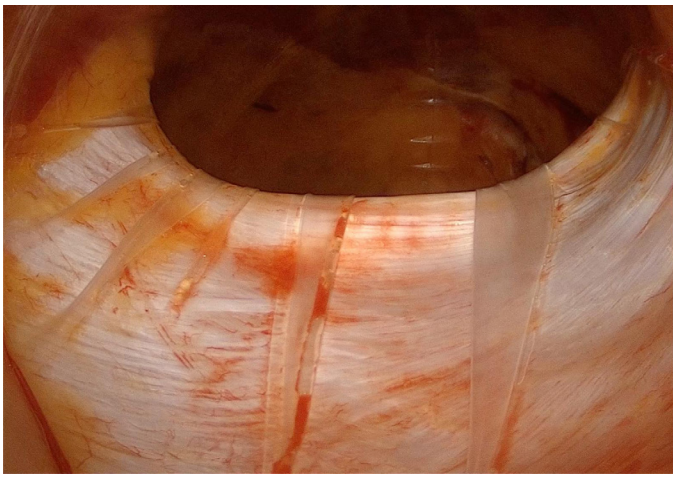

Figura 2
Disección con balón de Retzius y espacio retrorrectal derechos.

Figura 3
Confección de espacio retromuscular:preperitoneal.

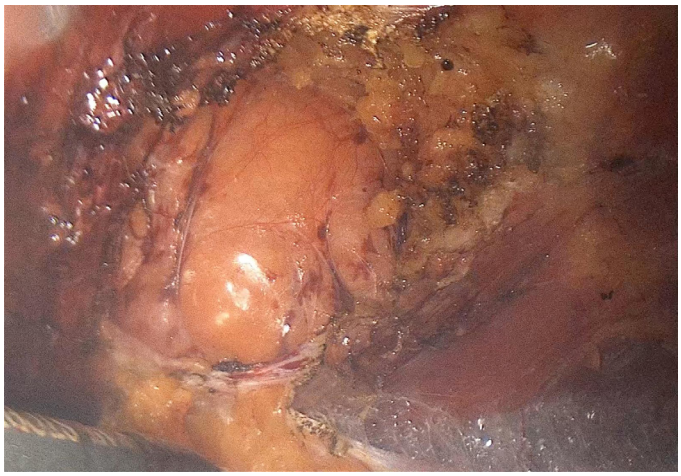

Figura 4
Reducción de la hernia.

Completamos el estudio ambulatoriamente mediante TC-abdominal, que evidencia hernia epigástrica (M2) + hernia umbilical (M3) + hernia inguinal bilateral, no complicadas, así como diástasis de rectos de 46mm.

Tras una pérdida ponderal exitosa, se propone para eventroplastia mediante técnica eTEP.

Se realiza abordaje endoscópico colocando tres trócares en flanco derecho (10mm, 2x5mm) y uno en flanco izquierdo (5mm). Disección con balón del espacio retrorrectal derecho y Retzius. Disección del espacio de Bogros derecho hasta ligamento arcuato. Crossover superior identificando defecto de 7x5cm. Crossover inferior con disección de todo el espacio retromuscular preperitoneal hasta defecto M3. Se continúa la disección, realizando reducción del saco herniario y crossover superior hasta xifoides. Cierre del plano posterior con sutura continua barbada, plicatura de los rectos, revisión de la hemostasia y colocación de malla PPL 30x17cm preperitoneal/retromuscular + implante de mallas 15x10cm en ambas hernias inguinales.

Discusión: El eTEP ofrece numerosas ventajas: cierre primario del defecto, reconstrucción de la línea alba sin tensión, refuerzo protésico extenso del saco visceral (Stoppa), colocación de una malla convencional en posición retromuscular/preperitoneal y un abordaje mínimamente invasivo, cuando está indicado.

Aunque presenta complicaciones similares a la vía abierta (hematoma, seroma, lesión intraperitoneal inadvertida) y otras propias de la técnica (hernia posterior, lesión de vasos epigástricos o hematoma extenso), estudios demuestran que se trata de una técnica segura, efectiva y mejora la recuperación de los pacientes. Su alta complejidad técnica hace necesario un conocimiento detallado de la anatomía extraperitoneal y una formación especializada.

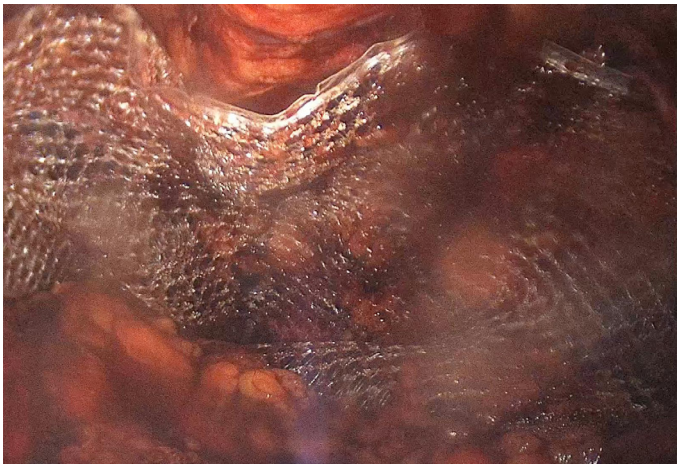

Figura 5

Colocación de malla.

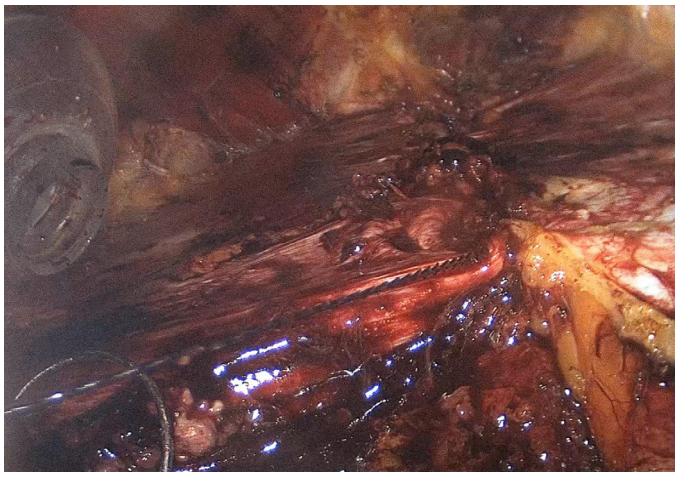

Figura 6

Cierre de plano posterior.

250119. PANCREATICOYEYUNOSTOMÍA LONGITUDINAL LATERO-LATERAL ROBÓTICA PARTINGTON-ROCHELLE EN PANCREATITIS CRÓNICA

C Fernández Holgado[1], C Cepeda Franco[1], FJ Almoguera Gómez[2], C Bernal Bellido[1], LM Marín Gómez[1], G Suárez Artacho[1], JM Álamo Martínez[1], MA Gómez Bravo[1], FJ Padillo Ruiz[1]

[1]Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío. Sevilla. [2]Servicio Cirugía General y Digestiva Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La pancreatitis crónica (PC) consiste en un proceso de larga evolución que condiciona significativamente la calidad de vida y la morbimortalidad del paciente, ya que la historia natural es el desarrollo de clínica abdominal recurrente y complicaciones como insuficiencia pancreática exocrina y endocrina, pseudoquistes, obstrucción de la vía biliar intrapancreática, obstrucción duodenal, trombosis venosa esplenoportal e incluso degeneración neoplásica.

Si bien su manejo es generalmente conservador y, en última instancia quirúrgico, aquellos pacientes dependientes de analgesia indefinidamente, en los que no se puede excluir malignidad o que han desarrollado complicaciones, serán candidatos a cirugía. Las técnicas quirúrgicas se clasifican en derivativas, resectivas y mixtas; concretamente, la técnica de Partington-Rochelle es derivativa; consiste en una pancreaticoyeyunostomía longitudinal latero-lateral con preservación de páncreas distal y bazo.

Caso clínico: Mujer de 53 años, fumadora y bebedora, sin antecedentes, que es diagnosticada de PC, presentando un conducto pancreático principal dilatado de 73 mm con litiasis intrapancreática, quistes y calcificaciones pancreáticas. Se realiza biopsia aspiración con aguja fina (BAAF) ecoendoscópica sin evidencia histológica de malignidad y un total de cuatro intentos de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En este tiempo, reingresa por colecciones intraabdominales, manejadas conservadoramente, sin otras complicaciones; sí presenta dolor crónico que requiere valoración por la Unidad del Dolor.

Dada la refractariedad del tratamiento médico y el dolor crónico incapacitante, es presentado en Comité Multidisciplinar, consensuándose intervención. Se lleva a cabo la técnica derivativa de Partington-Rochelle. Tras una evolución clínica favorable sin incidencias, es dada de alta en el sexto día de postoperatorio.

Discusión: El impacto en la calidad de vida y la morbimortalidad que supone la PC obliga a plantear un manejo quirúrgico una vez agotadas las medidas conservadoras.

La elección del tipo de técnica derivativa versus resectiva, dependerá fundamentalmente de la posibilidad de neoplasia subyacente, de manera que, la ausencia de malignidad apoyará un procedimiento derivativo con intención descompresiva; no obstante, algunos autores abogan por la resección del tejido perineural afecto. La derivación según Partington-Rochelle está indicada en la dilatación del conducto pancreático >6 mm. Según la literatura, alcanza un control del dolor a corto plazo del 90% y a largo plazo del 70% y, con ello, un impacto positivo en la calidad de vida.

Desde su descripción en 1960, la técnica no ha sufrido modificaciones, pero sí han incorporado avances tecnológicos, como ecografía intraoperatoria, que permite la localización exacta del conducto pancreático, y el abordaje mínimamente invasivo robótico, que simplifica una laboriosa anastomosis.

250129. HERNIA LUMBAR PRIMARIA: UNA ENTIDAD INFRECUENTE EN LA CIRUGÍA DE LA PARED ABDOMINAL.

MI López Jiménez, M Munuera Serrano, M López-Cantarero García-Cervantes, SC Alonso García, H Oehling De Los Reyes, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: La hernia lumbar es una patología rara, reconocida en la EHS e incluida en la clasificación de hernias primarias de la pared abdominal. Su incidencia es del 0'8 - 1% de todas las hernias de la pared abdominal y es más frecuente en mujeres. La etiología es desconocida aunque existen factores anatómicos predisponentes (la amplitud aumentada del triángulo lumbar superior, la delgadez de su

fascia, las variantes o atrofias musculares de la pared posterolateral, etc).

Aparecen en el triángulo lumbar superior o de Grynfelt-Lesshaft (abordado en este caso) más frecuentemente, o en el inferior o de Petit.

Dicho triángulo superior está delimitado por la 12ª costilla, los músculos cuadrado lumbar y oblicuo menor, su fondo por la fascia transversalis y su techo por el músculo oblicuo externo.

El tratamiento de elección es quirúrgico, idealmente precoz para evitar complicaciones como incarceración o estrangulación (incidencia del 21% y del 8% respectivamente) y se recomienda utilización de malla o rotación de colgajos musculares. Reportamos la corrección abierta con doble malla de un defecto de Grynfelt y se revisan de forma sintética las opciones terapéuticas disponibles.

Caso clínico: Mujer de 55 años, sin comorbilidades, con tumoración lumbar izquierda de crecimiento lento y dolor mecánico ocasional. En TC se evidencia tumoración grasa con aumento de la vascularización de 6x3cm en pared abdominal posterior izquierda **(Figura 1)**. Se completa con RM que evidencia hernia lumbar superior izquierda con anillo de 21mm y saco de contenido graso **(Figuras 2 y 3)**.

Se practicó reparación abierta mediante incisión oblicua **(Figura 4)**. Tras reducción del saco, se implantó malla Progrip® 10 × 15 cm en plano retroperitoneal **(Figura 5)** y una segunda malla 8 × 12 cm supraaponeurótica tras el cierre fascial **(Figura 6)**. Dolor posoperatorio EVA 2 a las 12 h, sin opioides. Alta hospitalaria en régimen ambulatorio. A los 3 meses la paciente permanece asintomática y sin recidiva clínica.

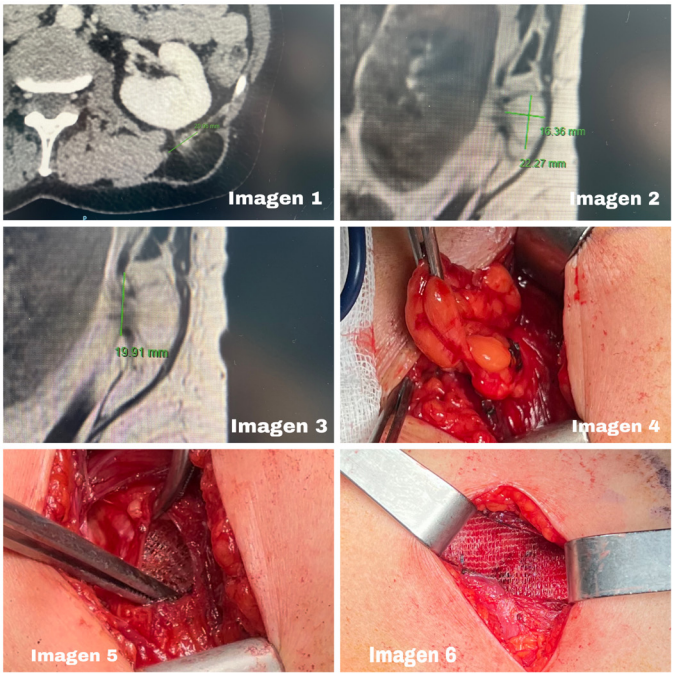

Figura 1
Collage de imágenes.

Discusión: El abordaje abierto permite exposición directa y fijación protésica amplia; la doble malla refuerza simultáneamente suelo y techo del triángulo, reduciendo recidivas notificadas hasta del 10 %. La laparoscopia y la robótica aportan menor dolor y excelente visualización, pero exige curva de aprendizaje y mayor coste. En defectos pequeños-medianos según EHS con grasa viable y sin obesidad, el abordaje abierto sigue siendo seguro y costo-efectivo.

250134. ABORDAJE QUIRÚRGICO ANTE DEHISCENCIA DE SUTURA DE SLEEVE GÁSTRICO

A Carrasco Moreno, E Perea Del Pozo, I Alarcón Del Agua, A Razak, FJ Padillo Ruiz

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

Introducción: La gastrectomía en manga (sleeve gástrico) es una de las técnicas quirúrgicas más utilizadas en el tratamiento de la obesidad mórbida por su eficacia y perfil de seguridad. Sin embargo, una de sus complicaciones más temidas es la dehiscencia de sutura, cuya incidencia varía entre el 1% y el 5%. Esta complicación puede tener consecuencias graves, incluyendo sepsis y prolongación de la estancia hospitalaria. Su manejo requiere un enfoque multidisciplinario que incluye soporte nutricional, drenaje adecuado, tratamiento antibiótico y, en algunos casos, intervenciones endoscópicas o quirúrgicas adicionales. La detección precoz y la intervención oportuna son claves para mejorar el pronóstico.

Caso clínico: Paciente de 54 años intervenida el 12/06 de Sleeve gástrico en centro privado, sin incidencias en el postoperatorio inmediato. Acude a Urgencias el 21/06 por 5 días de fiebre de hasta 41ºC y dolor abdominal. Se realiza TC que objetiva colección adyacente a sutura con fuga que sugiere dehiscencia.

Primera cirugía el 22/06 con drenaje de colección y colocación de drenaje.

Figura 1
Disección curvatura mayor gástrica.

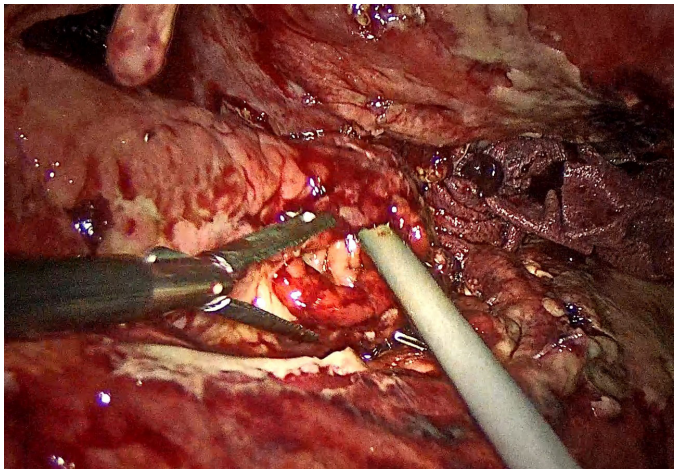

Figura 2

Dehiscencia línea de grapas.

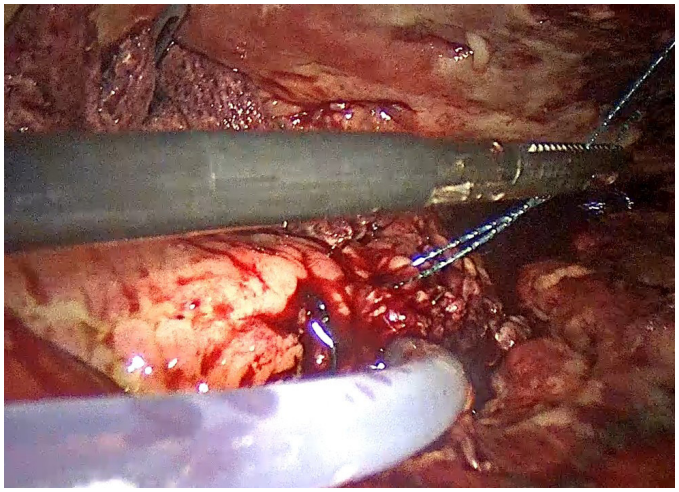

Figura 3

Cierre perforación sobre tubo Keh.

Durante los días siguientes en planta se mantiene tendente a hipotensión y con débito gástrico en drenaje. Se plantea prótesis por EDA que se desestima por imposibilidad para adecuada colocación. TC 26/06 derrame pleural bilateral y con múltiples colecciones. Se lava y se colocan 2 drenajes (parietocolico-subfrenico izquierdo y derecho) y se cierra perforación sobre tubo Kehr. Postoperatorio tórpido a nivel infeccioso y hemodinámico con necesidad de ingreso en UCI. Durante su estancia en UCI y posteriormente en planta realización de varias endoscopias orales para valoración de defecto en pared gástrica. Tras 44 días de estancia la paciente es dada de alta con drenaje kher con escaso débito, siendo retirado sin incidencias posteriormente en consulta.

Discusión: El tratamiento de la dehiscencia en el sleeve gástrico es complejo y debe adaptarse a cada paciente. Factores como el momento de aparición, la localización de la fuga y el estado clínico determinan la estrategia a seguir. En pacientes estables con fugas tempranas, el manejo conservador con antibióticos, soporte nutricional y drenaje percutáneo puede ser suficiente. En casos más evolucionados, las terapias endoscópicas como prótesis autoexpandibles, clips o EndoVAC han demostrado buenos resultados. La cirugía se reserva para fallos del tratamiento conservador o complicaciones graves. Un enfoque multidisciplinario es esencial, combinando medidas de soporte, control del foco infeccioso y seguimiento estrecho para lograr una resolución efectiva y evitar secuelas a largo plazo

250140. REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA ESTRANGULADA POR CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

C Pérez Muñoz, MDM García Bretones, M López-Cantarero García-Cervantes, I Arjona Medina, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva Hospital San Cecilio. Granada.

Introducción: Las roturas diafragmáticas traumáticas afectan al 0,8-1,6 % de los traumatismos tóraco-abdominales; hasta un 30 % se diagnostican tardíamente, cuando la herniación de vísceras provoca dolor, obstrucción o isquemia. En el momento agudo, es recomendable la reparación quirúrgica por vía laparoscópica o toracoscópica. Presentamos un caso diagnosticado 10 años tras el traumatismo con debút de obstrucción e isquemia intestinal, y describimos su reparación híbrida mínimamente invasiva.

Caso clínico: Varón de 31 años, sin antecedentes patológicos, acudió por dolor epigástrico intenso incoercible y vómitos de 12 h. Analítica: leucocitosis 18 × 10^9/L (90 % neutrófilos). TC con contraste: defecto posterolateral izquierdo de 2 cm con protrusión del ángulo esplénico del colon, engrosado y sin realce, sugestivo de estrangulación; refirió accidente de tráfico a alta velocidad 10 años antes. Ante los hallazgos, se indicó cirugía urgente.

Se inició por vía laparoscópica en decúbito lateral derecho. Durante esta fase se realizó liberación de adherencias del colon al anillo herniario, quelotomía y reducción de un segmento isquémico de colon transverso distal y epiplón mayor adyacente. Inspección de cavidad torácica sin evidenciar contaminación. Se procede a cierre del defecto con sutura barbada V-Loc® 2/0 y liberación del ángulo esplénico. Por vía laparotomía media supraumbilical se procede a realizar resección del segmento afecto y anastomosis latero-lateral mecánica. El tiempo quirúrgico fue de 150 minutos, con una pérdida hemática de 150 mL.

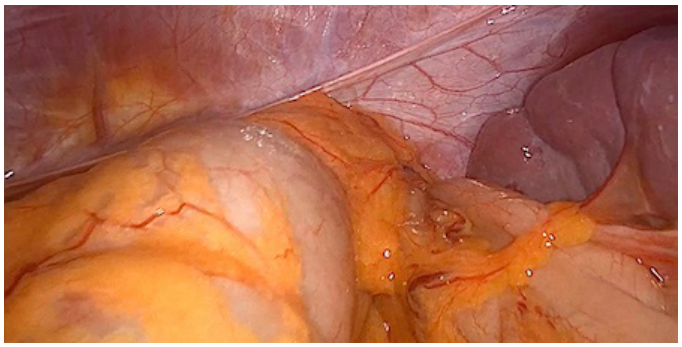

Figura 1

Colon transverso ascendiendo a cavidad torácica a través de orificio herniario.

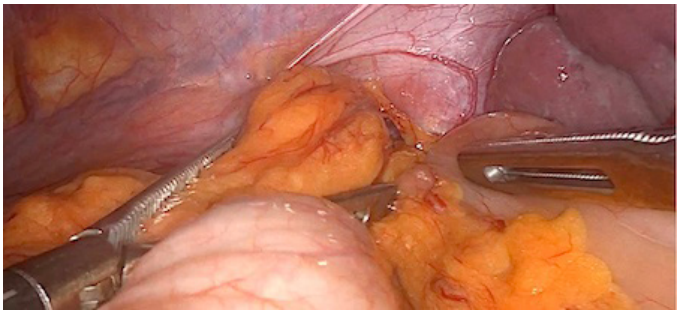

Figura 2
Tracción de colon transverso hacia cavidad abdominal.

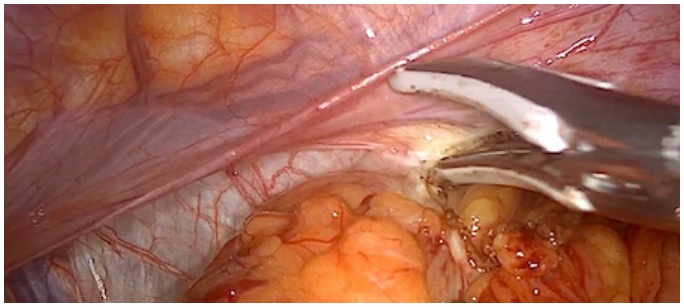

Figura 3
Sección de adherencias entre colon transverso y diafragma.

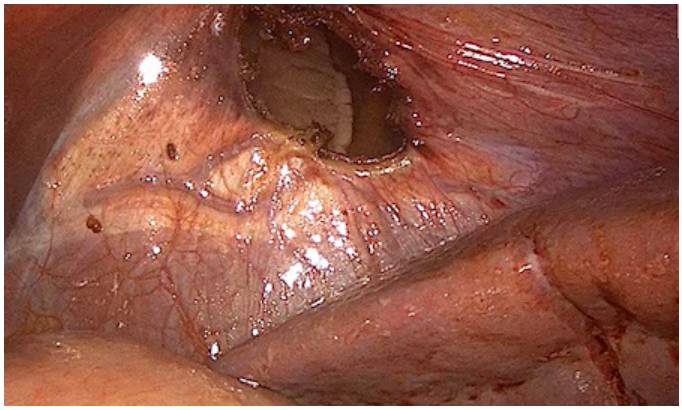

Figura 4
Defecto herniario diafragmático.

El postoperatorio cursó sin complicaciones quirúrgicas relevantes; dieta al tercer día y alta al décimo (secundario a infección de catéter de vía central y flebitis asociada). Revisión a los 3 meses, permaneciendo asintomático y con tránsito conservado.

Discusión: El diagnóstico diferido de rotura diafragmática ocurre hasta en el 30 % de los traumatismos tóraco-abdominales y afecta sobre todo al hemidiafragma izquierdo por su debilidad posterolateral, siendo menos frecuente en el hemidiafragma derecho por la presencia del hígado. La laparoscopia posibilita la exploración toraco-abdominal y cierre primario de defectos ≤ 3 cm, reservándose la malla para orificios mayores; la conversión debe efectuarse ante

Figura 5
Sutura diafragmática.

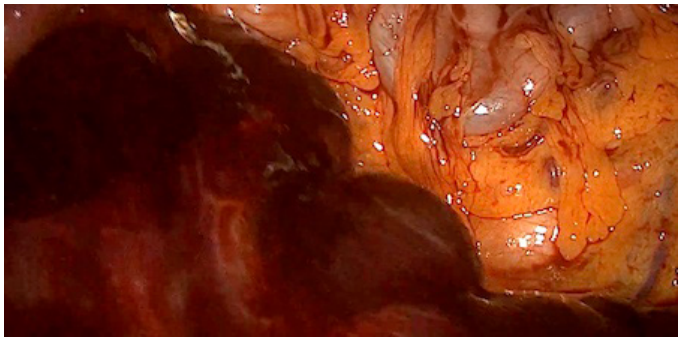

Figura 6
Isquemia intestinal.

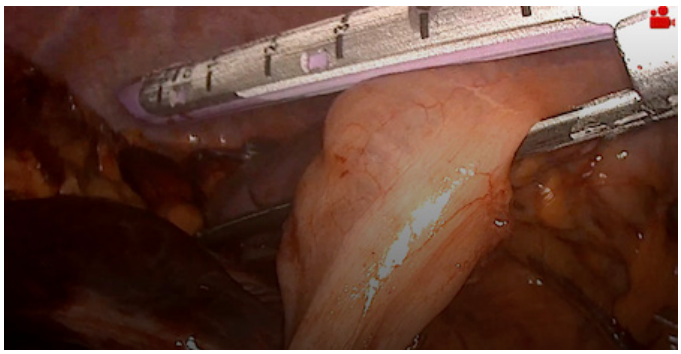

Figura 7
Sección intestinal.

isquemia visceral o adherencias extensas, como en nuestro caso. Publicaciones recientes consignan tasas de conversión del 10-20 % y estancias medias de 7-10 días, comparables a nuestros resultados.

La hernia diafragmática traumática puede revelarse años tras el accidente; mantener un alto índice de sospecha es clave. La reparación laparoscópica es factible y segura, pero la conversión temprana resulta imprescindible cuando existe víscera estrangulada o inestabilidad hemodinámica.

250141. SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON VÓLVULO DE SIGMA CON SÍNDROME DE RUBINSTEIN-TAYBI.

I Carranza Marín, E Perea Del Pozo

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

Introducción: El síndrome de Rubinstein-Taybi (RTS) es un trastorno genético caracterizado por anomalías faciales y apendiculares junto con retraso del crecimiento y desarrollo, no obstante, puede cursar junto a diversas manifestaciones sistémicas, siendo el estreñimiento una de las más frecuentes.

Caso clínico: Paciente de 48 años con RTS, que además de los rasgos fenotípicos característicos del síndrome, presenta un megacolon causante de estreñimiento crónico y vólvulo sigmoideo de repetición con indicación quirúrgica urgente. Durante la intervención se evidencia una masa abdominal parasigmoidea compatible con testículo, tratadas ambas afecciones mediante abordaje laparoscópico.

Discusión: El estreñimiento crónico presente en la mayoría de estos pacientes puede ocasionar en casos excepcionales megacolon y cuadros de volvulación. La laparoscopia exploradora de urgencias en estos casos puede suponer un abordaje idóneo para el tratamiento de la patología colónica y exploración de resto de cavidad abdominal en busca de otros hallazgos tales como criptorquidia. El verde de indocianina nos permite evaluar la vascularización de diferentes estructuras y sirve como mecanismo de seguridad ante la exéresis de colon. El estreñimiento es un hallazgo frecuente en pacientes con RTS sin causa científica descrita hasta la actualidad en la literatura. El abordaje laparoscópico de urgencias en estos pacientes está especialmente indicado tanto para el tratamiento definitivo del megacolon como para el diagnóstico y tratamiento de posibles hallazgos intraabdominales como la exéresis testicular realizada sin casos similares publicados hasta la fecha.

250156. PANCREATECTOMÍA DISTAL CON PRESERVACIÓN ESPLÉNICA

A Montosa García, A De Jesús Gil, JM Alamo Martínez, G Suárez Artacho, C García Sánchez, LM Marín Gómez, MÁ Gómez Bravo

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

Introducción: La pancreatectomía distal con preservación esplénica representa una alternativa adecuada para lesiones benignas del páncreas o de bajo potencial de malignidad, al evitar las complicaciones inmunológicas y hematológicas asociadas a la esplenectomía. No obstante, la preservación de los vasos esplénicos añade dificultad técnica, especialmente en cirugía mínimamente invasiva. En este contexto, la asistencia robótica puede ofrecer una ventaja significativa frente al abordaje laparoscópico convencional.

Caso clínico: Mujer de 71 años con hallazgo incidental de dos lesiones sólidas en cola pancreática (7 y 4 mm) sugestivas de tumor neuroendocrino. Tras estudio funcional, marcadores tumorales y gammagrafía con octreótido, todos negativos, se realizó biopsia guiada por ecoendoscopia, confirmando un tumor neuroendocrino grado 2. En comité multidisciplinar se indicó pancreatectomía distal con preservación esplénica mediante técnica de Kimura asistida por robot, preservando los vasos esplénicos. La localización intraoperatoria de las lesiones se guió mediante ecografía pancreática con sonda robótica. Para la transección del páncreas se utilizó un sistema de energía con sellado progresivo por radiofrecuencia, técnica que permite mayor precisión en tejidos blandos y un control cuidadoso del sangrado. Esta opción fue preferida frente al uso de grapadoras, dado el reducido grosor del parénquima y la necesidad de evitar tracción excesiva sobre los vasos adyacentes. La cirugía y el postoperatorio transcurrieron sin incidencias. La cirugía transcurrió sin incidencias (con un tiempo quirúrgico aproximado de 2,5h) siendo el postoperatorio de evolución favorable.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informó de: tumor neuroendocrino grado 1 con ausencia de permeación linfática y vascular, expresión de CD56, cromogranina y sinaptofisina, índice mitótico con <1 mitosis /CGA e índice proliferativo (Ki67 del 2%).

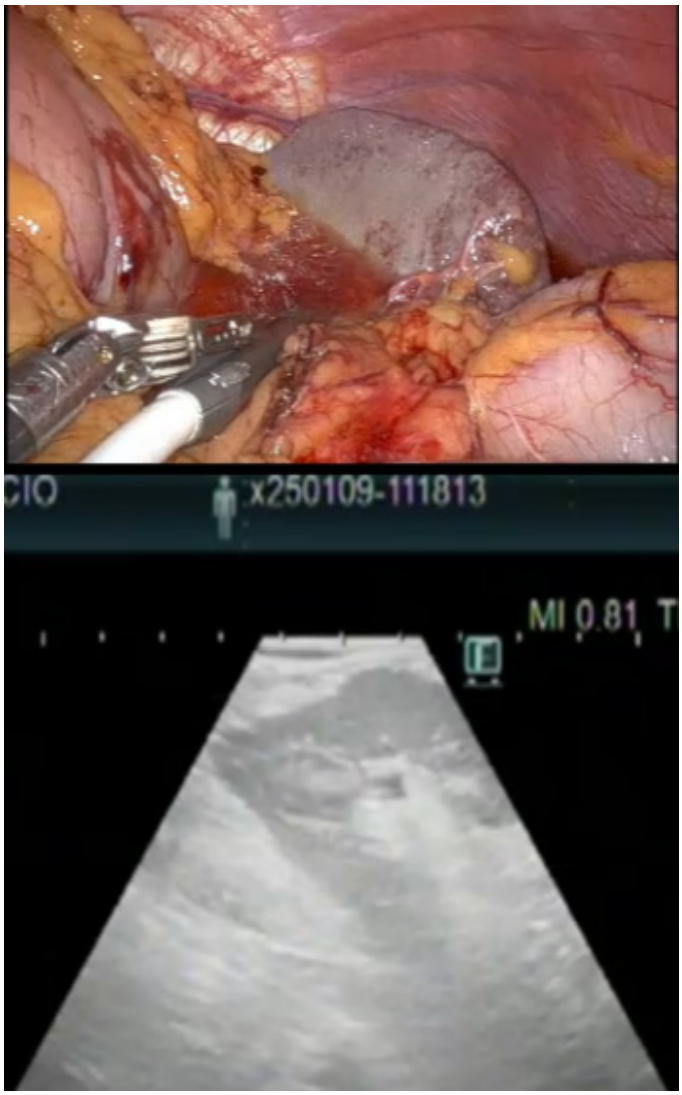

Figura 1

Imagen ecografia intraoperatoria con sonda robótica.

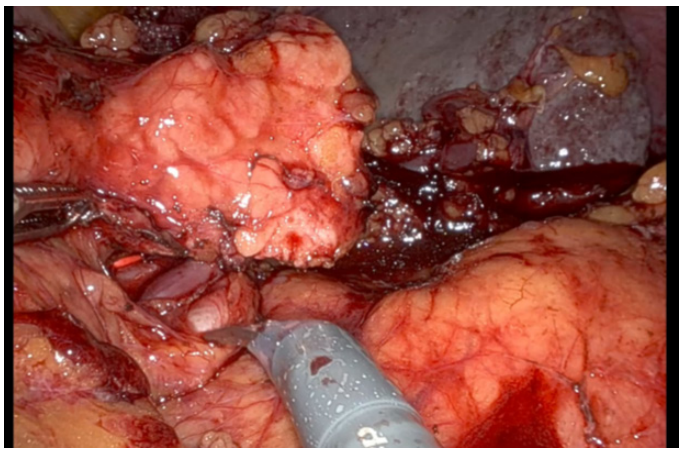

Figura 2

Imagen paquete vascular esplénico a su paso por el páncreas..

Discusión: La técnica de Kimura permite la preservación esplénica completa al mantener intactos los vasos esplénicos, lo que reduce el riesgo de infartos esplénicos y varices gástricas, a diferencia de la técnica de Warshaw. La asistencia robótica facilita este procedimiento complejo, aportando precisión, visión aumentada y mejor ergonomía quirúrgica.

Por tanto, podemos concluir que la pancreatectomía distal robótica con preservación esplénica mediante técnica de Kimura es una opción segura y eficaz en casos seleccionados, permitiendo una resección oncológica adecuada y evitando la morbilidad asociada a la esplenectomía. Debiendo individualizar la técnica de transección según las características del parénquima y el contexto anatómico.

250157. TECNICA SCOLA (SUBCUTANEOUS ONLAY LAPAROSCOPIC APPROACH): OPCION TERAPEUTICA PARA DIASTASIS DE RECTOS ASOCIADA A HERNIA VENTRAL

A Montosa García, A Carrasco Moreno, A Sánchez Arteaga, J Tinoco González, L Tallón Aguilar

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

Introducción: La diástasis de rectos abdominales se define como aquella distancia entre ambos músculos rectos mayor de 2cm por adelgazamiento y ensanchamiento de la línea alba y, aunque no hay datos exactos sobre la incidencia en la población de este defecto, sí es reconocido que presenta mayor incidencia en mujeres.

Suele ser asintomática presentada como una alteración morfológica de la pared abdominal salvo que se encuentre asociada a hernias ventrales que cursará con la clínica de las mismas. La base de su diagnóstico es la exploración física (“finger widt”) pudiéndonos apoyar en pruebas de imagen para establecer objetivamente el tamaño de la diástasis y valorar hernias ventrales asociadas.

Respecto al tratamiento quirúrgico de la patología, se contempla mayoritariamente cuando ha habido un fracaso de la fisioterapia y si están asociadas a hernias ventrales. Hay diversas técnicas quirúrgicas descritas en la literatura, abiertas o laparoscópicas, pero en todas destaca como eje común de la reparación la plicatura de la línea alba.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 36 años intervenida de una cesárea previa. Acude a consulta por presentar una hernia umbilical sintomática (M3W1) así como diástasis de rectos asociada apreciada en la exploración confirmándose mediante ecografía una diástasis mayor de 5 cm y un defecto herniario de 12mm. Ante estos hallazgos finalmente se decide optar por una técnica de reparación endoscópica subcutánea vía robótica.

Para esta cirugía se realizará una incisión suprapúbica para realizar disección del tejido celular subcutáneo con balón disector y crear posteriormente neumoperitoneo a ese nivel. Una vez realizado, se completa la disección y se procede a la plicatura de la línea alba con una sutura irreabsorbible barbada.

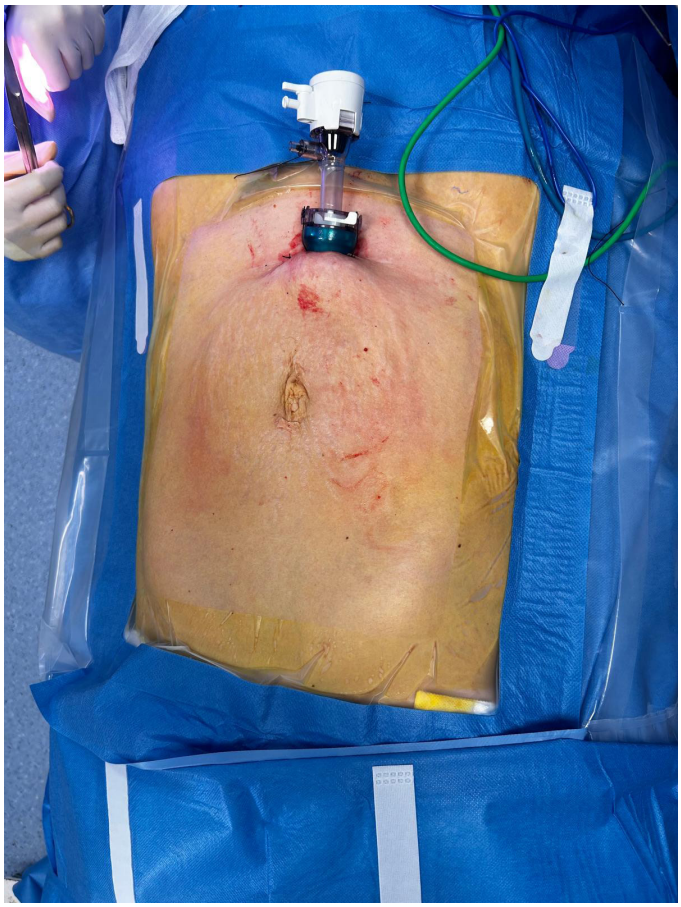

Figura 1

Imagen de neumoperitoneo subcutaneo tras disección del mismo con balón.

Discusión: Actualmente las recomendaciones a cerca de la reparación quirúrgica de la diástasis de rectos, asociada a hernia ventral, ofrecidas por la guía clínica realizada por la European Hernia Society tienen un poder bajo debido a la limitación de los estudios.

Sin embargo, el aumento de estudios que describen técnicas mínimamente invasivas reflejan el interés creciente sobre esta patología. En cuanto a la vía robótica, a día de hoy hay escasos estudios que abordan esta técnica por lo que es un campo de avance técnico donde podremos ir observando las ventajas de la cirugía

Figura 2

Imagen docking robótico: 3 brazos robóticos, 2 de trabajo y 1 portador de la cámara.

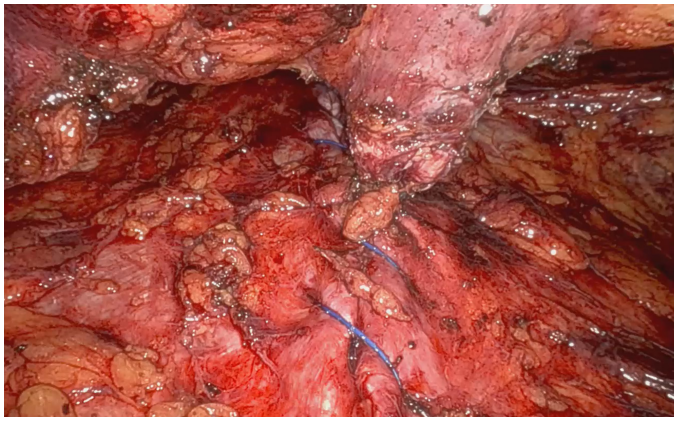

Figura 3

Imagen tras finalizar plicatura de línea alba y onfalopexia.

robótica y analizar y comparar posteriormente los resultados de esta con el abordaje laparoscópico.

250158. INCIDENTALOMA SUPRARRENAL: CUANDO INTERVENIR PARA DIAGNOSTICAR?

N Bregoli Rodriguez, G Plata Perez, R Soler Humanes, MDC Montes Osuna, JL Fernandez Serrano, D Morales Garcia, LT Ocaña Wilhelmi, R De Luna Diaz

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

Introducción: El incidentaloma suprarrenal es un hallazgo relativamente frecuente, presente en alrededor del 5% de las tomografías computadas y en el 8% de las autopsias. No existe una clara diferencia entre sexos, y su prevalencia aumenta con la edad, siendo más común después de los 70 años. En el 80% de los casos se trata de adenomas no funcionantes; entre un 5-10% son funcionantes, un 5-7% feocromocitomas y menos del 1% carcinomas. También pueden corresponder a metástasis, aunque son poco frecuentes.

La mayoría de los pacientes son asintomáticos. Las principales indicaciones quirúrgicas son una funcionalidad alterada, el tamaño del tumor y signos radiológicos de agresividad.

Caso clínico: Varón de 56 años sin antecedentes relevantes, que inicia estudios por molestias digestivas inespecíficas. En la ecografía abdominal se identifica una lesión hipoecoica de 6,6 cm en la glándula suprarrenal derecha. La tomografía computada revela una masa de 9x8 cm con paredes calcificadas y contenido líquido, sugestiva de quiste. Se observan otras dos lesiones: una de 4x2 cm también quística y otra de 7 mm compatible con adenoma, no caracterizable por su tamaño. La glándula suprarrenal izquierda es normal.

El estudio funcional y la serología hidatídica resultan normales. Se indica cirugía laparoscópica. Durante el procedimiento, se rompe la lesión al manipularla, extrayéndose líquido seroso claro con mucosidades. Se coloca drenaje Blake. La evolución postoperatoria es favorable, con buena tolerancia oral y tránsito normal desde el primer día. El paciente es dado de alta al segundo día tras retirar el drenaje, con escaso débito.

El estudio anatomopatológico informa una lesión quística benigna, sin poderse identificar con certeza el origen (endotelial, mesotelial o pseudoquiste) debido a la presencia de abundantes calcificaciones.

Discusión: Los incidentalomas suprarrenales suelen ser hallazgos fortuitos en estudios por otras causas. La mayoría requieren únicamente seguimiento endocrinológico, salvo que presenten criterios quirúrgicos: funcionalidad hormonal alterada, tamaño mayor a 6 cm, crecimiento rápido, densidad heterogénea o bordes irregulares. Aunque infrecuente, la clínica del paciente también puede motivar la intervención. El diagnóstico definitivo solo puede establecerse mediante el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica.

250170. EXTENSIÓN VASCULAR EN CARCINOMA FOLICULAR DE TIROIDES: ABORDAJE QUIRÚRGICO DE UNA TROMBOSIS YUGULAR TUMORAL

AM Cano Muñoz, AJ García Moriana, A García León, M Pérez Andrés, M Rubio-Manzanares Dorado, JM Martos Martínez

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

Introducción: La invasión vascular es un marcador de agresividad en el carcinoma folicular de tiroides (CFT), asocia un peor pronóstico y supone un alto riesgo de recurrencia. Aunque la diseminación hematógena es característica del CFT, la extensión intraluminal macroscópica a grandes vasos representa una manifestación excepcional y conlleva un reto diagnóstico y quirúrgico. Su presencia modifica el abordaje quirúrgico, requiere planificación vascular específica e implica un peor pronóstico, con mayor incidencia de metástasis óseas y pulmonares. Presentamos el caso de un carcinoma folicular con trombosis tumoral de la vena yugular interna (VYI) como forma de presentación inicial.

Caso clínico: Varón, 64 años con bocio de un mes de evolución. Ecografía: nódulo en LTD TIRADS 4 (4x4x6cm), adenopatías patológicas a nivel VI y trombosis de la VYI ipsilateral, sin adenopatías laterales. PAAF: Bethesda IV y tiroglobulina en aspirado de adenopatías centrales (>5000.00 ng/mL). TC: posible infiltración de fascia prevertebral y extensión de la trombosis venosa hasta la confluencia yugulosubclavia. Se inició anticoagulación y se indicó tiroidectomía total + VCG (NMIO) y trombectomía. Se realizó una incisión de Ariyan para un buen control vascular. Dada la sospecha de EET, se resecó el músculo esternotiroideo derecho. Se comprobó la ausencia de infiltración de la fascia prevertebral. El nervio laringeo recurrente derecho se encontraba englobado por el tumor, requiriendo una disección compleja (R1, V1 y R2, V2 > 100 µV). Se realizó desinserción parcial de la porción media de los vientres del ECM, y liberación de la yugular por debajo de la vena tirolinguofacial y de la confluencia yugulosubclavia. Se realizó una trombectomía yugular completa, desde una incisión en huso, incluyendo la vena tiroidea media, con posterior lavado con suero heparinizado y sutura del defecto con prolene 4/0. El resultado de anatomía patológica fue de CFT de alto grado, pobremente diferenciado, con infiltración del músculo esternotiroideo, invasión vascular, sin afectación ganglionar, T3bN0M1

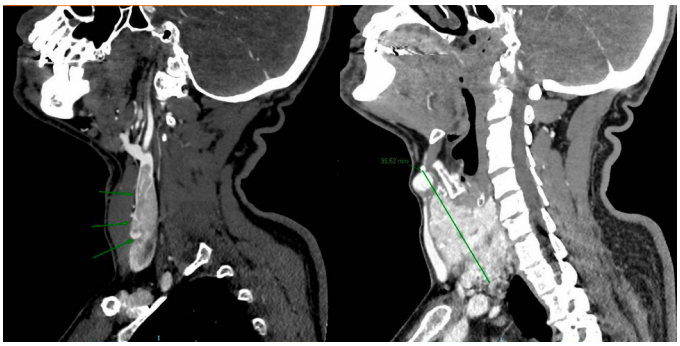

Figura 1

Estudio preoperatorio con TC/ imagen de trombosis yugular (izquierda) y tumor de 9,5cm (derecha).

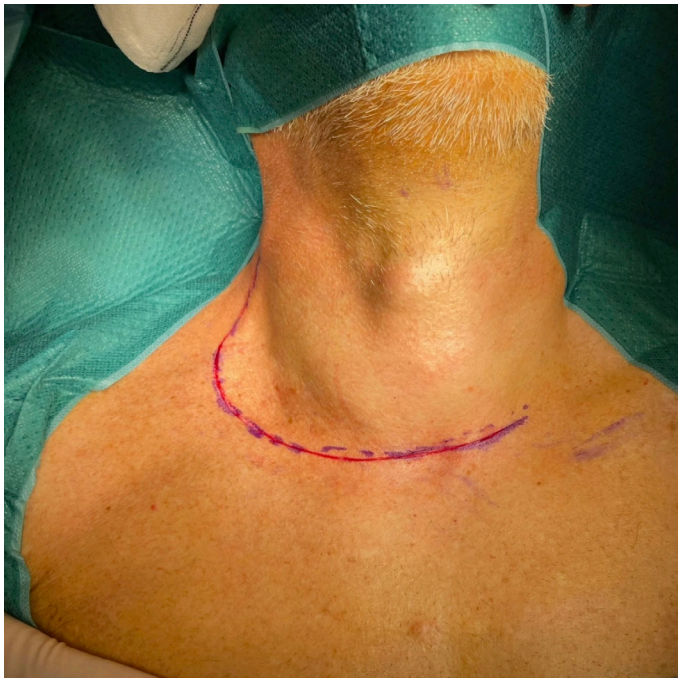

Figura 2

Incisión de Ariyan realizada.

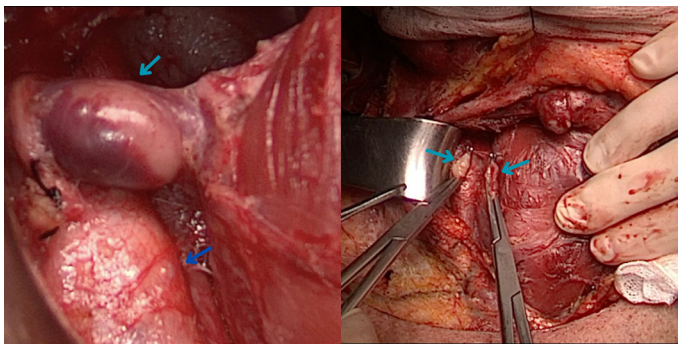

Figura 3

Trombosis de vena tiroidea media derecha (azul) y trombosis yugular interna derecha (azul oscuro) (izquierda). Sección de vena tiroidea media derecha (derecha).

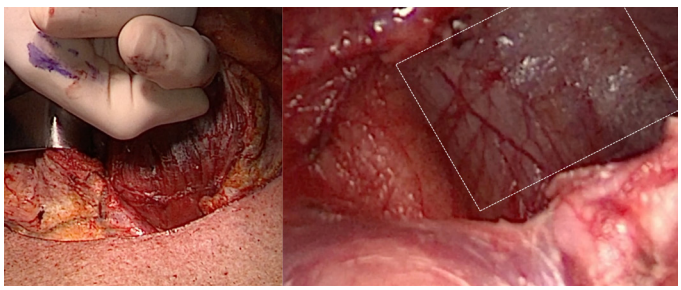

Figura 4

Comprobación de resecabilidad tumoral con fascia pr evertebral libre (área entre líneas discontinuas).

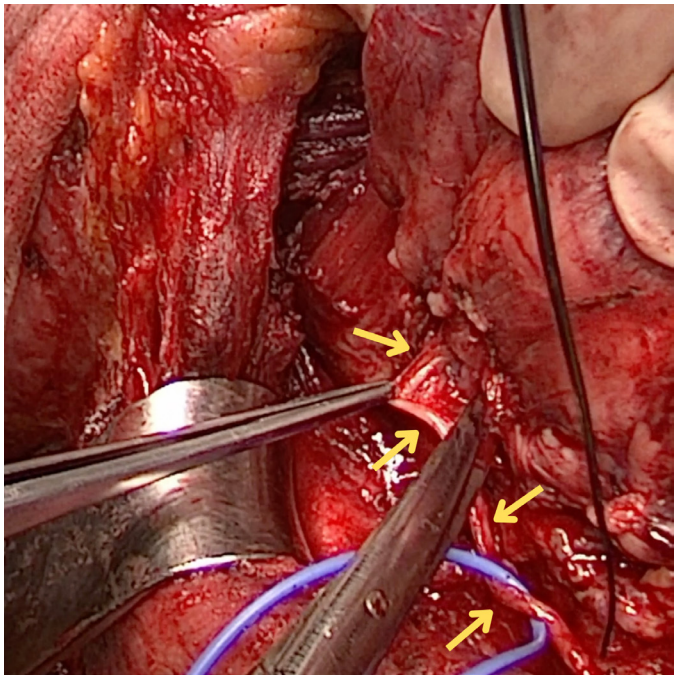

Figura 5

Disección del nervio laríngeo recurrente derecho (amarillo) englobado por el tumor pero no infiltrado.

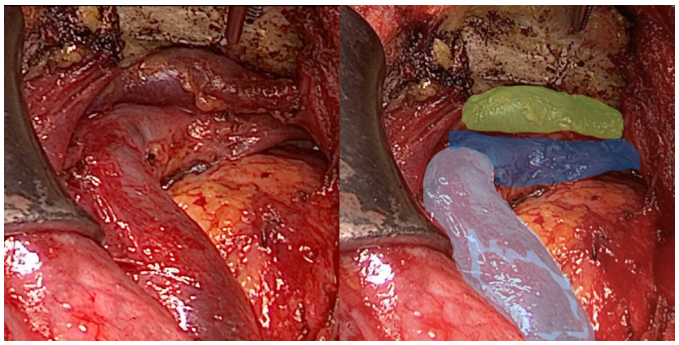

Figura 6

Vascularización colateral por trombosis yugular (azul claro) con cervical transversa de gran calibre (verde) y subclavia (azul oscuro).

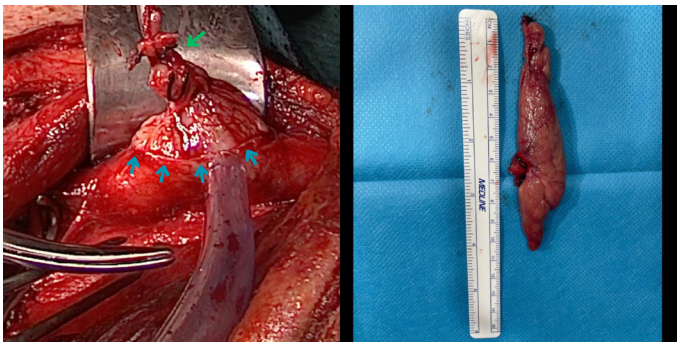

Figura 7

Trombectomía por flebotomía de ven a yugular interna (azul) a nivel de muñón de vena tiroidea media (verde)(izquierda). Trombosis yugular (derecha).

La ecografía postoperatoria no evidenció signos de trombosis y los niveles de tiroglobulina al mes persistieron elevados. Se solicitó un PET-TC, que no apreció datos de enfermedad.

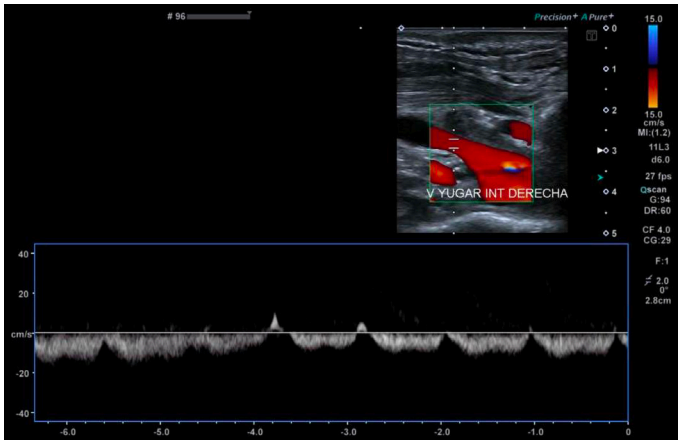

Figura 8

Ecografía de troncos supraaórticos al mes de la intervención. Vena yugular interna sin signos de trombosis con buen flujo.

Discusión: La trombosis de grandes vasos en el CFT es excepcional e indica un estadío avanzado con peores resultados. Es crucial la planificación vascular de cara a optimizar el enfoque quirúrgico y suponen un desafío terapéutico que debe tratarse en centros especializados de alto volumen.

250171. EXÉRESIS LINGANGIOMA QUÍSTICO LAPAROSCÓPICO

M Pérez Reyes, J Santoyo Villalba, S Qian Zhang, R Pérez Rodríguez, B Sánchez Pérez, JA Pérez Daga, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: El linfangioma quístico es una malformación benigna del sistema linfático que se presenta como masa quística de crecimiento lento. Puede diagnosticarse en adultos habitualmente de forma incidental, aunque es más común en la infancia. Son poco frecuentes en el abdomen.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 36 años remitido a consulta tras diagnóstico de lesión quística complicada. Refería historia de dolor abdominal y sensación distérmica de 1 semana de evolución, a su ingreso en otro centro se realizó TAC abdominal que informaba lesión quística bien definida (60mm) en la raíz mesentérica a nivel de flanco izquierdo, con contenido no vascularizado y nivel grasa-líquido con pared bien definida con realce periférico con diagnóstico diferencial de: teratoma quístico, quiste mesotelial y menos probable quiste de duplicación. Dicho quiste mostraba un defecto en la pared anterior con cambios inflamatorios en la grasa adyacente y engrosamiento secundario de un asas de yeyuno a su paso próximo a la lesión, así como liquido libre en pelvis y periesplénico.

En consulta se solicitó nuevo TAC objetivando imagen de aspecto quístico en mesenterio de tamaño similar al estudio previo con disminución del grosor de la pared y de los cambios inflamatorios en la grasa adyacente. Desde el ingreso previo refería dolor abdominal frecuentemente, acudiendo a urgencias en varias ocasiones. Por lo que se decidió cirugía.

El abordaje fue laparoscópico. Los hallazgos fueron una tumoración quística dependiente del mesenterio con paredes engrosadas íntimamente adherida a vasos yeyunales. Se pudo completar la exéresis de la tumoración disecando las adherencias fibrosas a los vasos mesentéricos, pudiendo ser respetados estos y el asa intestinal.

El postoperatorio fue favorable, siendo dado de alta el 1º día postoperatorio. La anatomía patológica informó linfangioma quístico y la citología y cultivo del líquido fueron negativos para malignidad.

Discusión: El origen de estas lesiones es la obstrucción en el drenaje de los sacos linfáticos durante el desarrollo embrionario, provocando acumulo de linfa en las cavidades quísticas. Suelen ser tumoraciones blandas, indoloras y con crecimiento lento, pero a veces pueden dar síntomas por compresión o infección. El TAC y RMN evalúan extensión y relación con estructuras vecinas. En lesiones sintomáticas o de rápido crecimiento está indicada la resección completa para evitar recurrencias. En este paciente la exéresis pudo ser completa sin resecar el intestino dismunuyendo la morbilidad de la cirugía.

250178. REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA PARAESTOMAL TIPO I CON TÉCNICA DE SUGARBAKER: UN ENFOQUE MÍNIMAMENTE INVASIVO CON GRANDES RESULTADOS

A Ron García, PJ Madroñal Escribano, M Domínguez Bastante, A Mansilla Roselló

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

Introducción: La eventración paraestomal es una de las complicaciones más frecuentes tras la confección de una ostomía, su fisiopatología se asocia a la debilidad de la pared abdominal alrededor del estoma y al aumento crónico de la presión intraabdominal. El tratamiento definitivo es quirúrgico, y entre las técnicas más aceptadas destaca la reparación laparoscópica con colocación intraperitoneal de malla mediante técnica de Sugarbaker modificada, la cual ha mostrado tasas de recidiva significativamente menores que las técnicas abiertas tradicionales.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 73 años con antecedentes de HBP y dislipemia, intervenido en 2019 por neoplasia de recto pT2N0 mediante resección anterior con anastomosis que precisó reintervención por dehiscencia, confeccionándose colostomía terminal al 7ºDPO. En el seguimiento, se objetivó una eventración paraestomal tipo I. Se planificó reparación mediante abordaje laparoscópico con tres trócares en flanco derecho. Tras lisis de adherencias y liberación del colon, se realizó cierre parcial del defecto con sutura barbada y se colocó una malla de Synecor® de 15x20 cm siguiendo la técnica de Sugarbaker. La evolución postoperatoria fue favorable, siendo dado de alta al segundo día con adecuada función de la colostomía.

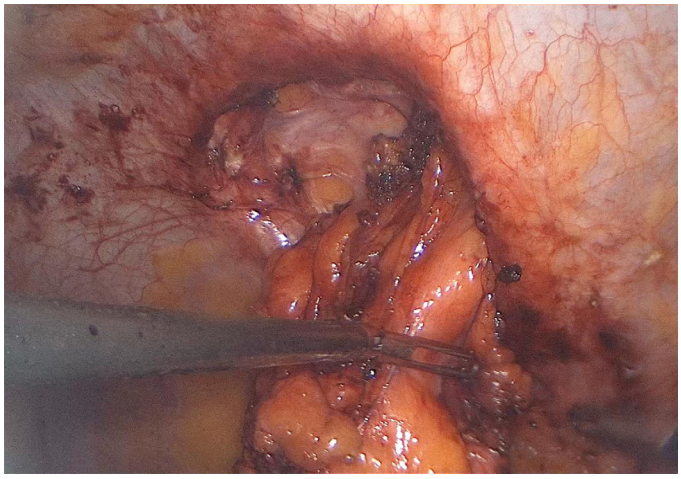

Figura 1

Disección de hernia paraestomal, se visualiza orificio herniario (imagen de laparoscopia).

Figura 2

Reparación de hernia paraestomal con malla según técnica de SugarBaker (imagen de laparoscopia).

Discusión: La hernia paraestomal es una complicación frecuente tras colostomías terminales, con una incidencia del 30–50%. La técnica de Sugarbaker laparoscópica, basada en la lateralización, tunelización del asa y refuerzo con malla intraperitoneal, ha demostrado tasas de recidiva menores al 20%, frente a más del 30% con técnicas abiertas convencionales. Su principal ventaja es la reducción de complicaciones y recuperación más rápida, aunque requiere experiencia en cirugía laparoscópica avanzada de la pared abdominal.

250179. HERNIA DE SPIEGEL INCARCERADA

E Ferre Ruiz, M Navarro Ortiz, I Mirón Fernández, I Cañas García, JM Aranda Narváez, J Santoyo Santoyo

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

Introducción: Las hernias de Spiegel representan menos del 2% del total de hernias abdominales, y su diagnóstico suele ser un reto clínico debido a su localización atípica y la variabilidad en la presentación. La incarceración o estrangulación ocurre con mayor frecuencia que en otros tipos de hernia, lo que convierte su identificación y tratamiento en una prioridad.

El abordaje quirúrgico ha evolucionado, y aunque tradicionalmente se realizaba por vía abierta, la laparoscopia —especialmente la técnica TAPP— ha demostrado ventajas significativas en términos de visualización anatómica, diagnóstico intraoperatorio y recuperación postoperatoria.

En este video presentaremos el caso de una hernia de Spiegel incarcerada que se reparó de manera satisfactoria mediante abordaje TAPP laparoscópica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 75 años con antecedentes médicos de HTA y SAOS con CPAP. Como antecedentes quirúrgicos presentaba una reparación inguinal bilateral tipo Lichtenstein.

Acude al servicio de Urgencias por hernia de Spiegel incarcerada de 48h de evolución, que se confirma con TC abdomen con contraste intravenoso.

Se realiza una reparación por vía posterior laparoscópica tipo TAPP, colocando una malla tipo EndoLap (Dynamesh).

Discusión: La reparación laparoscópica TAPP de las hernias de Spiegel incarceradas ofrece ventajas claras frente al abordaje abierto tradicional, especialmente en situaciones de urgencia. La visión panorámica que proporciona la laparoscopia permite una identificación precisa del defecto herniario, la evaluación de la viabilidad intestinal y la exclusión de otros diagnósticos diferenciales.

Aunque la experiencia publicada es limitada debido a la baja incidencia de esta patología, los estudios disponibles, junto con nuestra propia experiencia, coinciden en que el abordaje TAPP es seguro, reproducible y se asocia con bajo índice de complicaciones, estancia hospitalaria reducida y rápida reincorporación a la actividad normal. Además, permite una reparación anatómicamente precisa con colocación intraperitoneal de malla sin necesidad de ampliar la incisión ni manipular directamente el contenido herniario desde la superficie abdominal.

Cabe destacar, sin embargo, que esta técnica requiere entrenamiento en cirugía laparoscópica, y puede no ser la mejor opción en pacientes con inestabilidad hemodinámica, múltiples cirugías previas o signos claros de isquemia intestinal. En estos casos, el abordaje abierto sigue siendo válido y, en ocasiones, preferible.

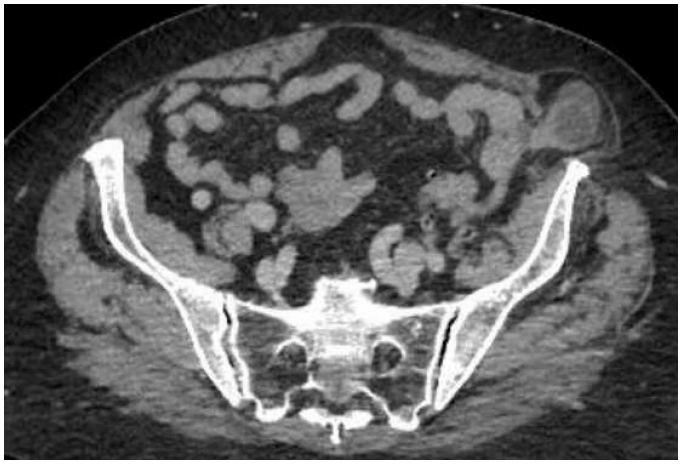

Figura 1

Imagen hernia spiegel incarcerada.

250182. MANEJO LAPAROSCÓPICO DE COLEPERITONEO: ASPECTOS TÉCNICOS CLAVE

JI Rodríguez-Mogollo, M Álvarez-Aguilera, F Moreno-Suero, JM Álamo-Martínez, M? Gómez-Bravo

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

Introducción: Las complicaciones biliares tras colecistectomía laparoscópica, aunque infrecuentes, pueden tener consecuencias clínicas significativas. El coleperitoneo, resultado de una fuga biliar requiere una rápida evaluación y, en muchos casos, una reintervención quirúrgica. Presentamos el caso de un paciente con coleperitoneo postcolecistectomía, manejado mediante reexploración laparoscópica. El video ilustra los hallazgos quirúrgicos, el abordaje técnico y las decisiones clave en la resolución de esta complicación.

Caso clínico: Mujer de 54 años intervenida de colecistectomía que tras alta hospitalaria acude en su séptimo día post-operatorio por dolor abdominal, fiebre y elevación de RFA. Se realiza TAC que objetiva neumoperitoneo y líquido libre con sospecha de perforación de colon derecho. Se decide reintervención laparoscópica urgente.

Se accede a la cavidad abdominal utilizando trocares previos. Se realiza aspiración cuidadosa del contenido libre, incluyendo pelvis, tomándose muestra para cultivo.

Se exploran ángulo hepático colónico, estómago, duodeno y asas de intestino delgado próximas, sin hallazgos de lesión. Se examina el lecho vesicular y el hilio hepático. Tras lavado, se observa reaparición de bilis en el lecho, lo que sugiere una fuga persistente. Se realiza maniobra de llenado con suero para identificar el punto de fuga, y aspiración con baja presión, evidenciando salida filiforme de bilis en lo que impresiona una sección lateral de una rama anterior del hepático derecho.

Ante estabilidad del paciente y control del vertido, se decide manejo conservador con drenajes: un penrose en lecho y drenajes aspirativos en pelvis y espacio subhepático.

Se completa el estudio con colangio-RMN, que constata una lesión a nivel de una rama anterior del hepático derecho y se realiza CPRE para colocación de prótesis plástica. Tras ello, la paciente presenta buena evolución clínica cesando el débito bilioso a través del drenaje en el lecho de la colecistectomía y es dada de alta a domicilio.

Discusión: La sospecha clínica de coleperitoneo debe motivar una actuación diagnóstica y terapéutica precoz, siendo la TC abdominal clave en la evaluación inicial. En casos seleccionados, el abordaje laparoscópico permite resolver la complicación de forma segura, evitando la morbilidad de la cirugía abierta. La identificación del punto de fuga, el lavado peritoneal y la colocación de drenajes son pilares del tratamiento quirúrgico. Además, este abordaje permite tratar algunas complicaciones, aunque en este caso se optó por un manejo endoscópico, considerado más adecuado y menos invasivo. Este video resalta aspectos técnicos relevantes y ofrece una guía visual útil para favorecer la toma de decisiones en situaciones similares.

250187. GASTRECTOMÍA SUBTOTAL Y LINFADENECTOMÍA D2 MODIFICADA CON PRESERVACIÓN DE ARTERIA HEPÁTICA IZQUIERDA TOTALMENTE ROBÓTICA. TÉCNICA PASO A PASO.

P Vílchez Fernández, M Fernandez Baeza, J Triguero Cabrera, M Mogollón González, C Plata Illescas, Mj Álvarez Martín

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

Introducción: La cirugía robótica se emplea cada día de forma más habitual en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico, y aunque no es una técnica estandarizada en todos los centros, sus resultados han sido avalados en múltiples estudios. En este vídeo proponemos un esquema sistemático con los pasos básicos para realizar de forma segura y respetando los criterios oncológicos una gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 modificada mediante abordaje totalmente robótico (Da Vinci XI), en un paciente con un adenocarcinoma antral. Se añade como dificultad técnica la preservación durante la linfadenectomía de una arteria hepática aberrante.

Caso clínico: Se creó neumoperitoneo con aguja de Veress. Se colocaron los cuatro trócares para ensamblar el robot (12 mm en hipocondrio derecho). El procedimiento presenta los siguientes pasos:

1. Disección coloepiploica.

2. Linfadenectomía grupo ganglionar 6.

3. Ligadura arteria gástrica derecha. Sección duodenal.

4. Linfadenectomía de los grupos ganglionares 8 y 9.

5. Linfadenectomía del grupo 7. Se disecó el recorrido de una arteria hepática izquierda aberrante con ligadura de la arteria gástrica izquierda distal al origen de dicho vaso.

6. Linfadenectomía grupo ganglionar 11.

7. Linfadenectomía de los grupos ganglionares 1 (identificando el pilar izquierdo) y 3 en dirección cráneo-caudal.

8. Sección gástrica evitando reservorios amplios.

9. Confección de anastomosis gastroyeyunal antecólica. Traccionando del colon transverso, se localiza el ángulo de Treitz. Se asciende el asa yeyunal, quedando a la izquierda del paciente el asa biliar y a la derecha la alimentaria. La anastomosis se realiza de forma latero-lateral mecánica lineal con carga de 45 mm sobre la cara posterior gástrica. A nivel gástrico es importante ubicar el orificio a más de 1 cm de la línea de grapado para evitar crear zonas isquémicas. En el asa, es importante ubicarlo en el borde antimesentérico para evitar torsiones. Sección de yeyuno evitando dejar asa ciega.

10. Confección de anastomosis yeyuno-yeyunal con endograpadora lineal.

11. Cierre de ojales mesentéricos.

Finalmente, se comprobó la estanqueidad de la anastomosis gastroyeyunal con azul de metileno. Se extrajo la pieza quirúrgica mediante una incisión de Pfannenstiel. El paciente fue dado de alta al 7º día postoperatorio.

Discusión: Este vídeo se plantea como una forma de sistematizar el procedimiento robótico de gastrectomía subtotal con linfadenectomía en 11 pasos básicos, ayudando así a protocolizar la técnica. Por otro lado, la plataforma robótica constituye una opción segura en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico facilitando los pasos técnicamente más complejos.

250191. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE COLECCIÓN MEDIASTÍNICA TRAS FUNDUPLICATURA MÁS HIATOPLASTIA

MI Manuel Antonio , AG Francisco José , L Sobrino Brenes, F Hinojosa Ramírez, MÁ Gil-Olarte Márquez, E Romero Vargas, JA López Ruiz, S Morales Conde

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

Introducción: El abordaje laparoscópico en la patología urgente está actualmente en crecimiento. En nuestro caso, mostramos la posibilidad de abordaje mínimamente invasivo de una complicación tras una cirugía supramesocólica.

La perforación gástrica tras una reparación de hernia hiatal junto con funduplicatura es una complicación poco frecuente. La zona de trabajo, la cavidad mediastínica, nos entrega una dificultad extra. Mostramos aquí nuestra experiencia en un caso clínico.

Caso clínico: Mujer de 71 años intervenida por hernia hiatal gigante a la que se realiza de manera reglada funduplicatura de Nissen con colocación de malla hiatal. A los tres días tras la intervención, la paciente comienza con disnea y desaturación, malestar general con fiebre y disfagia intensa. En el TAC se visualiza una colección y una imagen compatible con recidiva herniaria y perforación, por lo que se decide realizar cirugía urgente por abordaje laparoscópico.

PASOS TECNICOS:

1. Entrada en cavidad con 5 trócares, 2 de 12 mm y 3 de 5 mm

2. Se aprecia colección mediastínica de la que se toman muestras y se lava

3. Se administra azul de metileno por sonda nasogástrica, apreciándose su salida por cara lateral de funduplicatura

4. Despegamiento cuidadoso de adherencias inflamatorias de la funduplicatura

5. Se deshace funduplicatura

6. Reintroducción de estómago en la cavidad abdominal

7. Exploración y evidencia de perforación en cara posterior del estómago

8. Resección de perforación con 3 cargas de EndoGIA 60

9. Lavado y comprobación de estanqueidad

10. Colocación de dos drenajes en mediastino

Discusión: Las cirugías mínimamente invasivas continúan aún en discusión pero podemos obtener los mismos beneficios siempre que se realice por manos expertas, ya que suponen una menor agresión física y fisiológica en condiciones de sepsis y pueden realizarse con éxito en centros de alto volumen.

250196. TURISMO DE SALUD, ¿DÓNDE QUEDA LA ÉTICA?

C Román De San Juan, ML Cañones Martos, R Soler Humanés, JL Fernandez Serrano, LT Ocaña Wilhelmi

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

Introducción: El turismo sanitario ha aumentado en los últimos años, aunque no en las mejores condiciones, por lo que se han publicado recomendaciones de la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad, la sección europea de la IFSO y la asociación de pacientes. Esto se debe a que menos de un tercio de los centros están acreditados u ofrecen evaluación psicológica o dietética.

Entre las recomendaciones, además de que los centros deben estar acreditados por una sociedad internacional o la sociedad nacional representativa, las técnicas también deben estar acreditadas por la IFSO y nunca estar en fase de investigación. También deben someterse a un estudio preoperatorio, permanecer cerca del hospital durante 5 días y no deben viajar si presentan una complicación significativa. El cirujano Peter Angelos explica que la ética quirúrgica es diferente a la médica: el paciente está sedado durante la cirugía y pone su vida en nuestras manos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 53 años sometido a una gastrectomía vertical en un país extranjero. Tres días después de la cirugía, al no poder tolerar los alimentos, tomó un avión para regresar a su país. Se realizó un tránsito baritado donde se observó la presencia de fundus y una hernia hiatal. Además, el contraste permaneció en el estómago 24 horas después. Tras la colocación de una sonda nasoyeyunal y nutrir al paciente durante una semana, lo trasladamos a quirófano. Comenzamos por la liberación de adherencias y localizamos lo que ya sospechábamos, una hernia hiatal gigante. Accedimos a la cavidad de los epiplones y observamos la presencia de todo el fundus, que no se había extirpado. Tras la liberación completa del estómago, procedimos a la resección del saco herniario. Para completar esta primera etapa, cerramos los pilares diafragmáticos con una sutura barbada continua calibrada con una bugía. Posteriormente, se instaló una malla para reforzar la plastia y se completó la resección del fundus hasta completar la gastrectomía vertical. Finalmente, convertimos la cirugía a un bypass gástrico convencional con una asa digestiva de 120 cm y una asa pancreática de 90 cm.

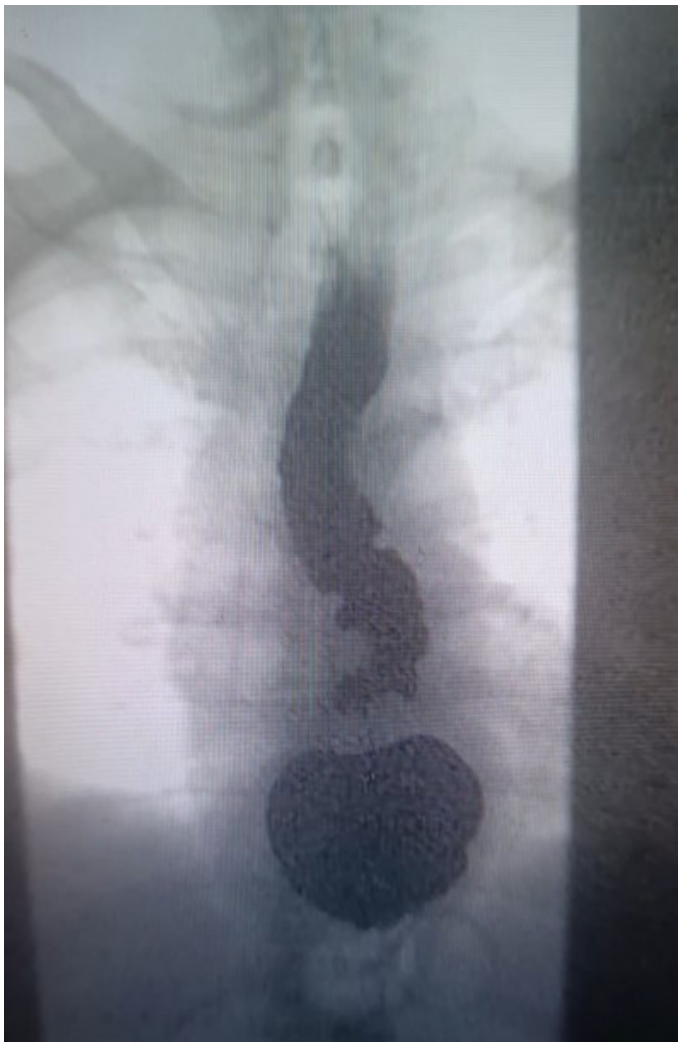

Figura 1
Tránsito baritado

Discusión: - Se debe realizar estudio preoperatorio (endoscopia, tránsito baritado).

- El paciente debe permanecer unos días en el área hospitalaria donde se realizó la operación.

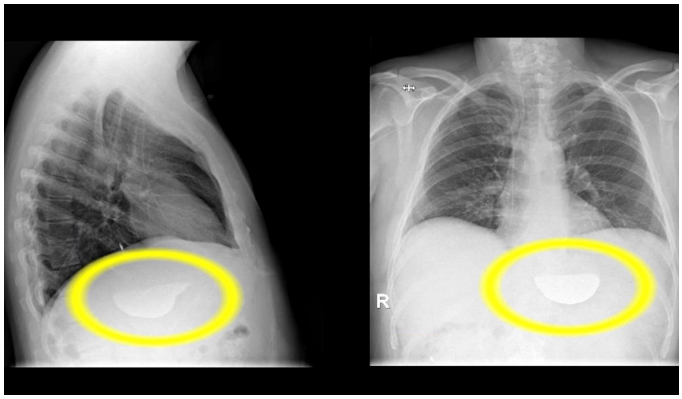

Figura 2

Remanente.

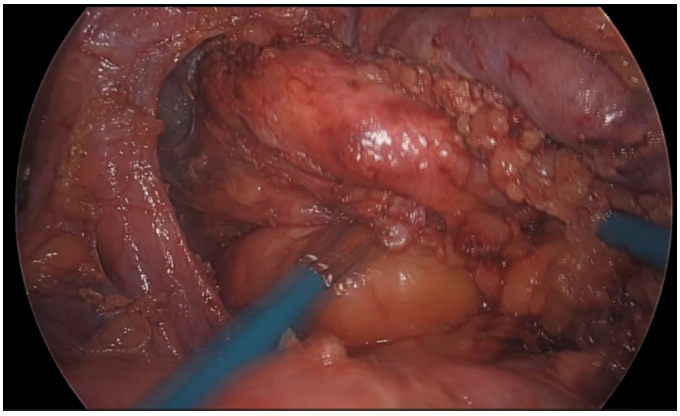

Figura3

Cirugía.

Figura 4

Ética.

- No se debe dar de alta al paciente si presenta alguna complicación.

- Debe haber comunicación con el equipo que le dará seguimiento en su país.

- La ética debe guiar todas las acciones, como con cualquier paciente.

250197. ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA EN GESTANTE DE 26 SEMANAS

PB Fernández González, E Licardie, JA López Ruiz, F Hinojosa-Ramírez, L Sobrino Brenes, FJ Almoguera González , E Romero Vargas , MA Gil-Olarte Márquez, S Morales-Conde

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

Introducción: La apendicitis(AA) es una de las complicaciones quirúrgicas más comunes en mujeres embarazadas, siendo la primera de abdomen agudo no obstétrico. Supone un reto diagnóstico por la variación anatómica por desplazamiento, así como la variabilidad de los síntomas, pudiendo provocar un retraso en el diagnóstico. El manejo quirúrgico por abordaje mínimamente invasivo es una opción segura y efectiva. Las recomendaciones de las diferentes sociedades científicas se inclinan por un abordaje laparoscópico como tratamiento de elección para AA durante la gestación, no estando exenta de complicaciones, pudiendo asociar pérdida del bienestar fetal y parto prematuro.

Caso clínico: Mujer de 20 años, con antecedente de síndrome de Marfan y portadora de DAI por síndrome de QT-largo tipo II. Gestante de 26 semanas y 2 días, acude a Urgencias por sensación de dinámica uterina localizada a nivel lumbar derecho que se irradia hacia hipogastrio. Exploración anodina, destacando en analítica leucocitosis con neutrofilia y PCR 196. Tras 5 días ingresada en Ginecología por sospecha de cólico nefrítico complicado, mal control del dolor y empeoramiento clínico, realizan ecografía abdominal que objetiva imagen compatible con apéndice cecal engrosado en su tercio proximal-medio, que asocia infiltración líquida de la grasa periapendicular y pericecal, hallazgos compatibles con AA complicada con plastrón inflamatorio y realizan interconsulta. Se decide realización de apendicetomía laparoscópica, colocando el primer trócar óptico en epigastrio y el resto a demanda por variabilidad de la anatomía por el útero grávido, con hallazgo de plastrón inflamatorio alrededor de anejo derecho, íleon terminal y ciego, asociando colección purulenta por perforación apendicular en tercio medio. Tras dificultosa disección, se decide sección de base apendicular con endograpadora lineal por la mala calidad de los tejidos, con posterior lavado de cavidad, dejando un drenaje aspirativo. Durante el postoperatorio inmediato no se reportaron incidencias reseñables, siendo dada de alta al tercer día.

Discusión: El tratamiento conservador con antibioterapia no ha demostrado ser superior para el manejo de la AA, siendo de elección el tratamiento quirúrgico para esta patología. El abordaje mínimamente invasivo se ha considerado superior al abordaje abierto convencional cuando el útero se sitúa por debajo del ombligo, quedando a elección del cirujano cuando se encuentra por encima del mismo. La experiencia del equipo quirúrgico y la colaboración multidisciplinaria son fundamentales para el éxito de estos procedimientos. Se requieren más estudios para establecer protocolos estandarizados y evaluar los resultados en casos de embarazos tan avanzados.

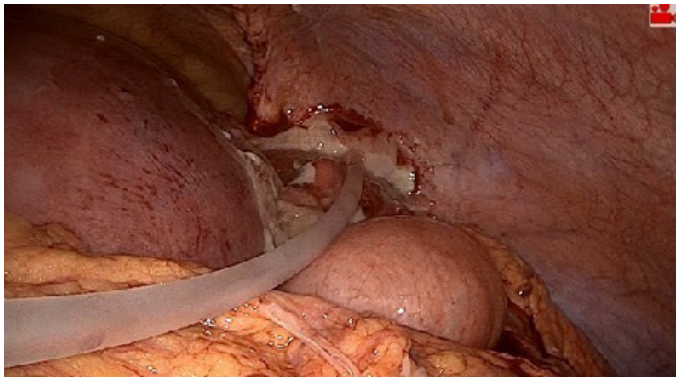

Figura 1

Visualización de FID con peritonitis purulenta. Útero grávido de 26 semanas.

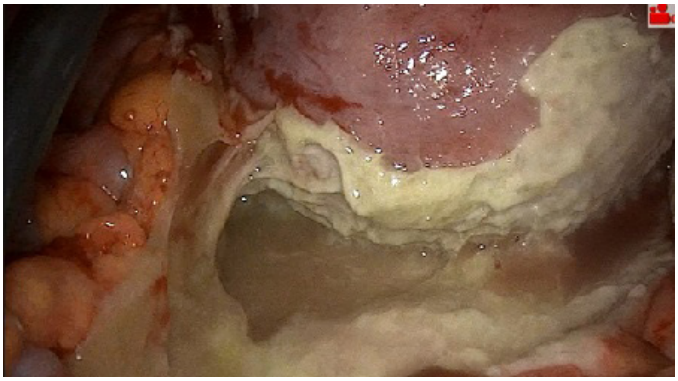

Figura 2

Visualización de líquido libre de aspecto purulento en saco de Douglas.

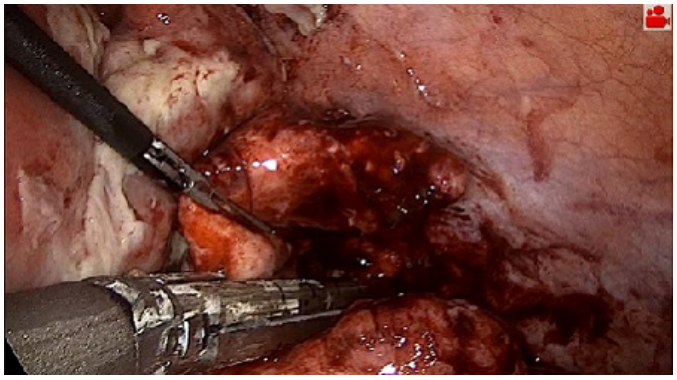

Figura 3

Se realiza sección en base apendicular con endograpadora carga morada 45mm.

250200. BY-PASS GASTROILEAL MULTIFISTULIZADO. REVISION A BY-PASS GASTRICO

ML Cañones Martos, C Roman De San Juan, L Díaz Sanchez, LT Ocaña Wilhelmi

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

Introducción: El By-pass gastroileal es una técnica bariátrica hipoabsortiva con un mínimo componente restrictivo, que consiste en una bipartición gástrica sin gastrectomía y una anastomosis gastroileal a 250 / 300 cms. de la válvula ileocecal.

Caso clínico: Paciente de 48 años intervenida hace 2 años y medio de bypass gastroileal , con perdida de 45 kg de manera progresiva, que acude a urgencias por dolor abdominal intenso de 3 semanas de evolución. Queda ingresada para estudio, control del dolor y valoración de su estado nutricional. En TAC de Abdomen se aprecia un trayecto fistuloso de unos 13mm con el asa de íleon que interviene en la anastomosis gastroileal. En el tránsito baritado se objetiva estenosis de la misma, apreciándose varias fístulas adyacentes a ella. Y en la endoscopia se accede al remanente gástrico superior, encontrando paso hacia un asa intestinal, progresando por dicha asa unos 10 cm en sentido aferente y eferente; además se observa un área ulcerada de unos 2 cm fibrinada con comunicación a remanente gástrico inferior, y unos cms por encima del píloro se aprecia otra comunicación. Finalmente, se decide mejorar su estado nutricional y cirugía programada.

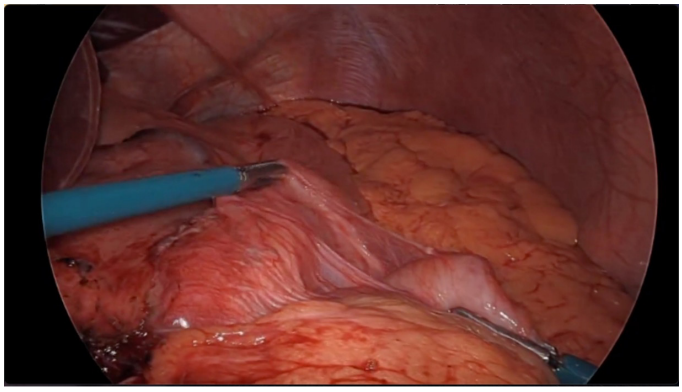

Figura 1

Bypass gastrico.

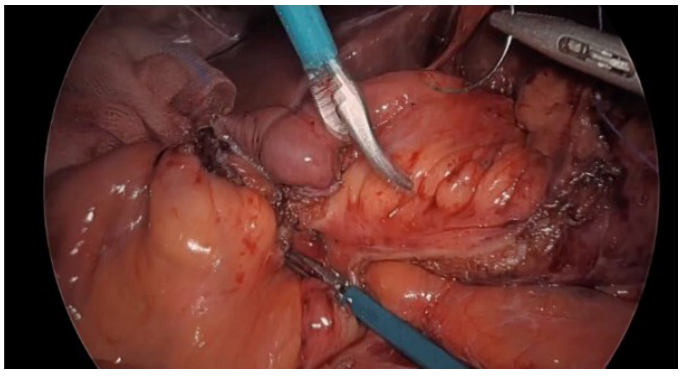

Figura 2

Bypass.

Discusión: Se realiza cirugía revisional laparoscópica, apreciando como hallazgos operatorios reservorio y remanente gástricos comunicados y muy dilatados, fístula gastro-ileal y múltiples adherencias. Contaje de asas: De ciego a anastomosis gastroileal (150 cms) y de anastomosis gastroileal a ángulo de Traitz (450 cms.). Resecciónde la zona fistulosa englobando parte del remanente,

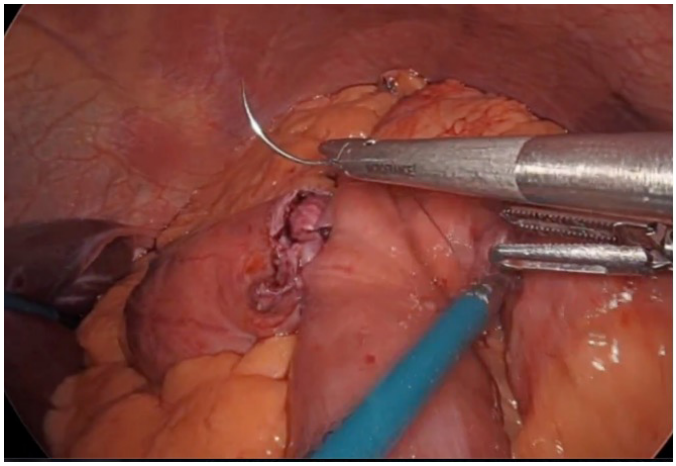

Figura 3

Bypass.

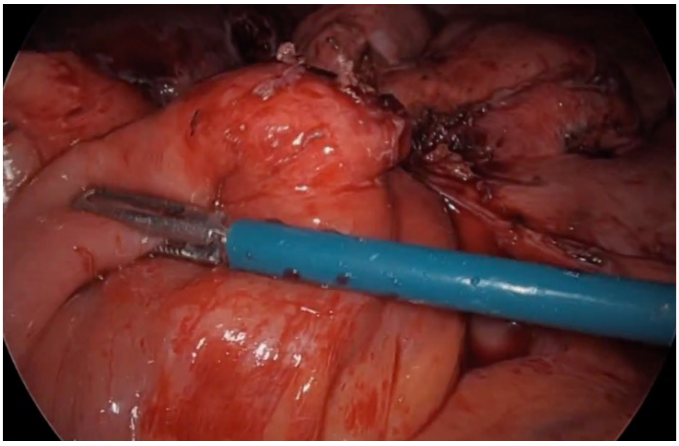

Figura 4

Bypass.

la casi totalidad del reservorio inicial y asa anastomótica de ileon. Anastomosis L-L ileo-ileal mecánica. Creación de asa biliopancreática de 90 cms. antecólica y anastomosis L-L gastroyeyunal a cara posterior gástrica. Cierre de brecha con v-lock, tutorizada sobre sonda de Fouché. Cierre de defecto de Petersen. Creación de asa Alimentaria de 120 cms. y anastomosis Yeyuno-yeyunal L-L. Cierre de brecha con y cierre de defecto mesentérico. Comprobación de estanqueidad de las anastomosis superiores con azul de metileno. Separación de asas biliopancreática y alimentaria. Drenaje y extracción de las piezas.

La cirugía bariátrica, puede generar complicaciones como las de este caso, estenosis y fistulización. Es importante atender precozmente a estos pacientes en el seno de una Unidad Multidisciplinar, diagnosticarlos, nutrirlos y darles una solución, que puede ser endoscópica, conservadora o revisional quirúrgica.

250203. PRESENTACIÓN TARDÍA DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA

P Vílchez Fernández, M Fernández Baeza, C Plata Illescas, J Triguero Cabrera, M Mogollón González, MJ Álvarez Martín

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

Introducción: La hernia de Bochdalek se produce por un defecto en el cierre del espacio pleuroperitoneal durante el desarrollo embrionario del diafragma entre la octava y la décima semana. Se suele diagnosticar en el periodo neonatal como un distrés respiratorio grave secundario a hipoplasia pulmonar. Es excepcional el diagnóstico en adultos, con menos de 200 casos reportados, y los síntomas principales son dolor abdominal o torácico.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 57 años con dispepsia de larga data. Se realizó un TC toraco-abdominal que evidenció una hernia de Bochdalek que contenía el bazo, cola del páncreas, riñón izquierdo, ángulo esplénico del colon y varias asas de intestino delgado.

Se realizó prehabilitación antes de la cirugía insuflando neumoperitoneo progresivo hasta un total de 5000 cc.

La intervención se abordó por laparoscopia, con la paciente posicionada en decúbito lateral derecho. Se colocaron cinco trócares: el óptico en la región subcostal izquierda, y los restantes subxifoideo, flanco izquierdo y dos subcostales izquierdos.

Se procedió con adhesiolisis del estómago y epiplón al peritoneo parietal, para posterior disección del saco herniario. Se abrió accidentalmente de la pleura que se reparó mediante sutura continua. Se cerró el defecto diafragmático con sutura barbada, dejando un drenaje intratorácico.

Se colocó una malla titanizada de 15x20 cm cubriendo el defecto diafragmático, que se fijó a las fibras musculares del mismo, a la pared costal y músculo cuadrado lumbar izquierdo, con puntos sueltos de monofilamento absorbible y tackers reabsorbibles. Finalmente, se aplicó un sellador de fibrina sobre la malla.

Tras la cirugía, la paciente desarrolló un derrame pleural resuelto mediante recolocación del drenaje pleural. Fue dada de alta al décimo día postoperatorio sin incidencias relevantes. En la revisión en consulta la paciente únicamente refería molestias en hipocondrio izquierdo con la inspiración profunda.

Discusión: El diagnóstico es difícil al ser muy poco frecuente en adultos. Las manifestaciones clínicas en comparación con los pacientes pediátricos son diferentes: dolor torácico, intolerancia a los alimentos, reflujo gastroesofágico, disnea, dolor abdominal, oclusión intestinal. Las complicaciones pueden incluir volvulación, compromiso respiratorio, estrangulación o perforación de víscera hueca llegando incluso a la muerte.

EL tratamiento de elección es quirúrgico realizando cierre simple del defecto con o sin colocación de material protésico, especialmente indicado en grandes defectos herniarios y en adultos. La laparoscopia ha demostrado una mejor visualización del campo quirúrgico, menor morbilidad y mejor recuperación del paciente frente al abordaje abierto.

250206. SECCIONECTOMÍA POSTERIOR DERECHA LAPAROSCÓPICA PARA RESECCIÓN DE HEPATOCARCINOMA PREVIAMENTE TRATADO CON RADIOEMBOLIZACIÓN.

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

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

Paciente de 47 años con cirrosis secundaria a enolismo y virus C que presenta nódulo hepático de 2 cm en segmento 7 adyacente a la vena cava. Dada su localización se decide tratamiento ablativo. Por la proximidad a la vena se desestima radiofrecuencia, planteándose radioembolización transarterial. Para ello, se realiza arteriografía, apreciando como la lesión depende directamente de la rama sectorial posterior derecha, administrándose el tratamiento a este nivel. En TC de control a los 3 meses se evidencia disminución del tamaño de la lesión y del volumen del sector posterior derecho, y separación de la lesión de la vena cava. Ante estos hallazgos se plantea intervención quirúrgica. Mediane abordaje laparoscópico, con la paciente en semidecúbito lateral izquierdo, comenzamos la intervención. El primer paso es colocar cinta circundando el hilio hepático exteriorizada por hipogastrio por si precisara clampaje hiliar. Tras ello, se realiza exploración laparoscópica y ecográfica, identificando hígado dismórfico, con signos inflamatorios secundarios a la radiación en el sector posterior y con nódulo de 2 cm en segmento 7. Dado el tratamiento previo, los cambios en el parénquima y la ideoniad de una cirugía anatómica, se plantea una seccionectomía posterior. Se comienza movilizando el lóbulo hepático derecho, seccionando los ligamentos triangular y coronario derechos. Se realiza también disección del plano hacia el retroperitoneo y la vena cava. Durante la disección y exposición de la cara lateral derecha de esta última se produce sangrado de una rama de drenaje directo que se controla con hem-o-lock sin incidencias. Una vez movilizado el sector posterior se marca el margen de resección medial bajo control ecográfico, comprobando ausencia de tumor a este nivel y localización de pedículo de dicho sector, que se dirige a la tumoración. A continuación, se inicia la transección. Se identifican ramas de la vena hepática derecha, que se continúan hasta identificar el pedículo sectorial posterior. Una vez disecado, se liga con endograpadora. Se continúa disección con la vena hepática derecha como guía hasta localizar rama principal de drenaje del sector posterior, que se secciona con endograpadora. Con ello, se completa la cirugía, en 240 minutos, sin pérdida hemática ni necesidad de trasfusión y sin realización de clampaje hiliar. La anatomía patológica indicó la presencia de hepatocarcinoma moderadamente diferenciado.

En conclusión, la radioembolización posibilitó la reducción de tamaño del tumor y separación de la vena cava, permitiendo una cirugía más segura mediante abordaje mínimamente invasivo.