

XIV REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE CIRUJANOS

Baeza, 15, 16 y 17 de junio de 2016

COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES

Actitud ante masa intra-abdominal de origen incierto que infiltra diversos órganos

Salguero Seguí, Guillermo; Escalera Pérez, Raquel; Listán Álvarez, Jose Carlos; Rivero Hernández, Iosvani; Franco Osorio, Juan de Dios; Medina Achirica, Carlos; García Molina, Francisco

Hospital de Jerez de la Frontera

Introducción: La enfermedad diverticular del colon tiene una incidencia elevada en los países occidentales. La diverticulitis se define como un proceso inflamatorio asociado a divertículos. Se estatifica mediante la clasificación Hinchey que va desde el flemón o absceso (Grado I) hasta la peritonitis estercorácea (Grado IV).

Objetivo: Presentar nuestra experiencia reciente en el manejo de masas intraabdominales de origen incierto cuyo diagnóstico final fue de diverticulitis aguda.

Material y métodos: Caso 1: Mujer de 48 años con fecaluria. En TC: masa neoplásica/inflamatoria en pelvis de 8cm que infiltra sigma y vejiga. Colonoscopia no consigue acceder a sigma. Se decide laparoscopia exploradora identificando masa dependiente de sigma infiltrando asas vecinas y vejiga. Tras múltiples biopsias cuyo resultado difieren, se decide conversión, resección en bloque y colostomía, con extirpación parcial de vejiga.

Caso 2: Mujer de 63 años con dolor en fosa ilíaca izquierda. En TC: masa que interesa asas, útero y retroperitoneo, con burbujas en vejiga. Colonoscopia no progresa a sigma por estenosis. Se realiza laparotomía exploradora, múltiples biopsias que informa de tejido inflamatorio. Realizamos ileostomía de descarga y antibioterapia. Tres meses después en TC de control observamos disminución de la masa. Posteriormente se realiza sigmoidectomía y cierre de ileostomía.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial de masas intraabdominales debe incluir enfermedades de origen inflamatorio como la diverticulitis.

Aunque poco frecuente, una diverticulitis aguda puede producir una reacción desmoplásica simulando malignidad.

En nuestros casos, la presencia de fístula enterovesical hizo pensar en una neoplasia como primera opción diagnóstica y se han tratado de forma distinta. En el primer caso se optó por resección en bloque de la masa. En el segundo se procede con actitud más conservadora, optando por antibioterapia y posterior intervención. En nuestra opinión y experiencia, ambas opciones son válidas, debiendo decidir en función de la afectación de órganos y sintomatología.

Biomarcadores sanguíneos como predictores de complicaciones postoperatorias en cirugía de neoplasia rectal

Blanco Elena, Juan Antonio; Titos García, Alberto; Rodríguez Silva, Cristina; Mera Velasco, Santiago; Ruiz López, Manuel; González Poveda, Iván; Carrasco Campos, Joaquin; Toval Mata, Jose Antonio; Santoyo Santoyo, Julio
Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: A pesar de los importantes avances tecnológicos y la aparición de nuevas técnicas quirúrgicas, la cirugía rectal sigue asociada a elevadas complicaciones y mortalidad a 30 días. La dehiscencia de anastomosis y la infección pélvica son las más temidas por sus graves consecuencias.

Objetivos: Identificar biomarcadores sanguíneos que sean buenos predictores precoces de complicaciones infecciosas postoperatoria tras cirugía rectal, obtener valores de corte para su diagnóstico precoz, descartar su aparición y permitir un alta domiciliaria segura.

Material y método: Presentamos un estudio longitudinal prospectivo, desarrollado entre 2013 y 2015, con 89 pacientes intervenidos de cáncer de recto en un programa ERAS, analizando 14 biomarcadores en analíticas diarias (1º al 5º día), así como su relación con la aparición de complicación infecciosa postoperatoria, intraabdominal y complicación intraabdominal mayor. Se calcularon las curvas ROC y áreas bajo la curva (ABC), obteniendo puntos de corte para aquellos con

ABC>0,80 sobre los que se calculó sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

Resultados: Nuestros resultados muestran que PCR, procalcitonina, plaquetas, leucocitos, neutrófilos, marcadores de la coagulación y GPT tienen relación significativa con la aparición de complicaciones infecciosas tras cirugía rectal; sólo la PCR en los días 4 y 5 demostró reunir las características necesarias para ser útil como prueba diagnóstica con un ABC>0,80. Los puntos de corte inferiores obtuvieron VPN superiores al 95% para descartar la complicación mientras los puntos de corte superiores obtuvieron un E superior al 84% y un VPP entre el 64 y el 75% para el diagnóstico de la complicación.

Conclusiones: La utilización de puntos de corte inferiores de la PCR es una excelente herramienta para descartar complicaciones infecciosas y realizar altas seguras tras cirugía rectal. El resto de biomarcadores no demostraron ser buenos predictores de complicación infecciosa. La utilidad de estos puntos de corte pueden ser muy importante especialmente dentro de programas ERAS.

Estudio de las diferencias hemodinámicas y de temperatura comparando técnica abierta y cerrada en la hipec como tratamiento de la carcinomatosis de origen colorrectal

Blanco Elena, Juan Antonio; Rodríguez Silva, Cristina; Moreno Ruiz, Javier; Carrasco Campos, Joaquín; Titos García, Alberto; Ruiz López, Manuel; González Poveda, Iván; Toval Mata, Jose Antonio; Mera Velasco, Santiago; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: La carcinomatosis peritoneal representa la principal causa de mortalidad en el cáncer de colon, lo que hasta hace poco, suponía una expectativa de vida reducida. Sin embargo, la cirugía citorrreductora e HIPEC popularizadas por Sugarbaker suponen una alternativa revolucionaria para estos pacientes. Si bien existen dos principales modalidades de tratamiento, ampliamente aceptadas hasta el momento, no se ha demostrado la superioridad de una frente a la otra y viceversa.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo desarrollado en nuestro centro, entre 2011-2015 en pacientes intervenidos por carcinomatosis peritoneal secundaria a cáncer de colon, en los que se realizó cirugía citorrreductora e HIPEC mediante técnica abierta y cerrada. Se analizaron diversas variables con objeto de analizar las alteraciones hemodinámicas generadas durante el procedimiento de HIPEC (Tensión arterial, frecuencia cardíaca, presión venosa central, saturación O₂ y presión inspiratoria máxima) y la existencia de diferencias en cuanto a temperatura intraabdominal.

Resultados: Nuestra serie es de 29 pacientes, de los cuales, 5 fueron irreseccables, completándose el procedimiento en 24 casos. El 66,7% eran mujeres y la mediana de edad fue de 52 años. Se realizó técnica cerrada en un 37,5% y modalidad "coliseum" en el 62,5% de casos. Analizando los parámetros hemodinámicos en ambos grupos no se objetivan diferencias

estadísticamente significativas, salvo, cierta tendencia a favor de la técnica abierta en cuanto a los datos obtenidos sobre tensión arterial diastólica (p= 0,09) y presión venosa central (p= 0,08). Asimismo, analizando las temperaturas intraabdominales en ambos procedimientos, objetivamos diferencias estadísticamente significativas a favor de la técnica cerrada (p= 0,009).

Conclusiones: Tanto la técnica coliseo como la cerrada en la cirugía HIPEC son excelentes modalidades de tratamiento ampliamente aceptadas y caracterizadas por ligeras diferencias en cuanto al comportamiento hemodinámico durante la técnica. No obstante, la técnica cerrada demuestra una mayor estabilidad de la temperatura intraabdominal durante el procedimiento.

Algoritmo de manejo del vólvulo de sigma en un hospital de tercer nivel

Domínguez Sánchez, Cristina; López Ruiz, Jose; Tallón Aguilar, Luis; Marengo dela Cuadra, Beatriz ; Curado Soriano, Antonio; Sánchez Moreno, Laura; López Pérez, José

Hospital Universitario Virgen de la Macarena

Introducción: El vólvulo de sigma afecta típicamente a pacientes añosos. Aún no ha sido establecido un algoritmo de tratamiento del vólvulo sigmoideo, ni el procedimiento quirúrgico más recomendado.

Objetivos: Nuestro objetivo es evaluar la utilidad de la sigmoidectomía electiva asistida por laparoscopia previa devolvulación endoscópica en el mismo ingreso.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo tras un muestreo de casos consecutivos. Se incluyeron trece pacientes consecutivos con vólvulo de sigma tratados mediante devolvulación endoscópica, seguida a las 48-72h de sigmoidectomía asistida por laparoscopia. Quedaron excluidos los pacientes con ASA IV, incontinencia fecal previa y aquellos en los que la devolvulación endoscópica fracasó o mostró necrosis del colon. Revisamos datos demográficos, características clínicas, procedimiento quirúrgico, curso post-operatorio y seguimiento de todos los pacientes.

Resultados: Intervenimos 13 pacientes (7 mujeres y 6 hombres) con edades comprendidas entre los 67 y los 93 años, todos ASA III, e independientes para ABVD. El tiempo operatorio fue de 60 a 90 minutos. En todos los pacientes fue exitosa la devolvulación y no existía necrosis colónica.

Como complicaciones se presentaron una infección de herida operatoria, un seroma, una fuga anastomótica y un sangrado postoperatorio. En las revisiones efectuadas hasta el momento se ha presentado una recidiva a los 3 años.

Conclusiones: La sigmoidectomía con anastomosis primaria asistida por laparoscopia en régimen de urgencia diferida es una opción terapéutica segura y efectiva para pacientes con vólvulo de sigma en los que ha sido efectiva la devolvulación endoscópica. La adecuada selección de pacientes es un punto crucial para el éxito de este procedimiento. Aunque los resul-

tados de este estudio son esperanzadores, se necesitan estudios más amplios para confirmar este éxito inicial.

Uso de la técnica de Parks en el tratamiento del cáncer de recto temprano

Domínguez Sánchez, Cristina ; Valdés Hernández, Javier; Cintas Catena, Juan; del Río, Francisco; Torres, Cristina, Oliva Mompean, Fernando; Capitán, Luis

Hospital Universitario Virgen de la Macarena

Introducción: La técnica de Parks, basada en la escisión transanal a espesor completo de la neoplasia bajo visión directa (con un margen de seguridad de 1 cm aproximadamente), sigue teniendo un uso limitado como tratamiento del cáncer de recto en sus estadios más precoces.

Objetivos: Evaluar los resultados de la aplicación de la Técnica de Parks para el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto temprano (carcinoma in situ y tumores T1).

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo tras un muestreo de casos consecutivos. Se incluyeron los pacientes tratados mediante escisión transanal en nuestro hospital entre abril de 2009 y junio de 2015. Revisamos datos demográficos, características clínicas, curso post-operatorio y seguimiento de todos los pacientes.

Resultados: Intervenimos un total de 11 pacientes, 6 mujeres y 5 hombres, con una edad media de 64 años. De ellos, 6 de los pacientes padecían un carcinoma in situ, 3 de ellos un cáncer de recto T1, y 2 pacientes sufrían un carcinoma T2. Todos ellos fueron intervenidos mediante una resección local según la Técnica de Parks, y todos ellos presentaron márgenes libres de resección en el estudio anatomopatológico. La tasa de complicaciones fue del 9% (1 de 11 pacientes). Sólo hemos objetivado una recidiva local (9%) en el seguimiento a largo plazo, de modo que fue necesaria cirugía de rescate en dicho paciente.

Conclusiones: La escisión transanal del carcinoma rectal es una alternativa factible a la resección radical en pacientes seleccionados, con menos tasas de complicaciones postoperatorias, menor estancia hospitalaria y una tasa de recidivas aceptable. La piedra angular para el éxito de dicho procedimiento reside en claros criterios de inclusión, así como un seguimiento estrecho a largo plazo. Aunque los resultados de este estudio son esperanzadores, se necesitan estudios más amplios para confirmar este éxito inicial.

Manejo del Proceso Diverticular Agudo. Experiencia de nuestro servicio

Fornell Ariza, Mercedes; Roldán Ortiz, Susana; Pérez Gomar, Daniel; Ayllon Gámez, Saray; Sancho Maraver, Eva; Bazán Hinojo, Carmen; Valverde Martínez, Amparo; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: La enfermedad diverticular tiene una eleva-

da prevalencia en nuestro medio, y ha aumentado su incidencia en los países occidentales durante el siglo XX y en gente joven.

Objetivos: Valorar la incidencia de diverticulitis en nuestro medio, y la eficacia y seguridad de su tratamiento de forma ambulatoria.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo observacional seleccionando aquellos pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda subsidiaria de manejo ambulatorio desde Enero de 2013 hasta Enero de 2016, en nuestro hospital, siendo el total de 38 casos. Los criterios para manejo ambulatorio fueron los siguientes:

- Pacientes con menos de 75 años.
- No diabéticos.
- No anticoagulados.
- No más de 3 episodios previos.
- Diverticulitis no complicadas, Hinchey Ia o Clasificación Minnessota II
- Clínica compatible, con ausencia de parámetros analíticos alarmantes /discordantes.
- No alergias medicamentosas o patologías médicas que impidan tratamiento oral.
- Entorno adecuado familiar/social.
- Voluntad del paciente.

Resultados: La distribución por sexos demostró una mayor incidencia en el sexo femenino, 71% (27) frente al 29% varones (11); con una edad media de 42 años (y un rango desde los 30 a los 61 años). El 81% de los pacientes con manejo ambulatorio se trataron de un primer episodio (31). Del total, un 13% (5) precisaron de ingreso hospitalario por no mejoría de los síntomas con la antibioterapia domiciliaria en la revisión de las 72 horas, habiéndose sido diagnosticados previamente mediante ecografía y recibiendo tratamiento todos ellos de forma conservadora con antibioterapia intravenosa.

En el 63% de los pacientes el diagnóstico fue ecográfico (24), mientras que en el 37% fue mediante TAC abdominal (14). Analíticamente el rango de leucocitosis osciló entre 8900-13500 y de PCR 19-90.

Conclusiones: En los últimos años, se ha propuesto que pacientes seleccionados podrían beneficiarse del tratamiento ambulatorio con antibioterapia de amplio espectro oral que incluya BGN y anaerobios y dieta, lo que junto a la vigilancia y seguimiento posterior permitirán una rápida recuperación por parte del paciente, con una reincorporación a la actividad normal más rápida, proporcionando una mayor sensación de bienestar y calidad de vida.

Proceso Diverticulitis Aguda. Experiencia en nuestro servicio

Fornell Ariza, Mercedes; Roldán Ortiz, Susana; Pérez Gomar, Daniel; Ayllon Gámez, Saray; Sancho Maraver, Eva; Bazán Hinojo, Carmen; Valverde Martínez, Amparo; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: La enfermedad diverticular tiene una elevada

prevalencia en nuestro medio, y ha aumentado su incidencia en los países occidentales durante el siglo XX y en gente joven.

Objetivos: Presentamos la experiencia en nuestro servicio en los últimos 3 años, tras la incorporación del protocolo y manejo ambulatorio del mismo.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo observacional seleccionando aquellos pacientes con diagnóstico de diverticulitis aguda desde Enero de 2013 hasta Enero de 2016, en nuestro hospital. Entre las variables a medir se incluyeron: distribución por sexo y edad, manejo ambulatorio frente al hospitalario, manejo conservador o quirúrgico, antibioterapia, número de episodios, días de ingreso, clasificación radiológica y las complicaciones asociadas.

Resultados: Del total de 94 pacientes, el 59% se manejó hospitalariamente (56), frente al 38% de forma ambulatoria (38). Mayor incidencia en el sexo femenino, 64% (60) frente al 36% hombres (34); con una edad media de 59 años (y un rango desde los 30 a los 93 años).

De los pacientes con manejo hospitalario la media de edad fue de 58 años. Los pacientes con manejo ambulatorio la media de edad fue de 42 años.

Del total de pacientes con manejo hospitalario, el 73% tuvieron manejo conservador (41), el 23% quirúrgico (13) (Hartmann) y en el 4% (2 pacientes) fue necesario tras el inicio conservador una intervención quirúrgica.

En cuanto al número de episodios, los pacientes con manejo ambulatorio, la mayoría (81%) lo fueron tras primer episodio de diverticulitis. Mientras que en los ingresados sólo fueron el 20%, frente al 72% con dos episodios, y el 8% con 3 episodios o más.

La antibioterapia elegida según protocolo fue: diverticulitis agudas no complicadas amoxicilina/clavulánico 875/125 mg cada 8 horas o ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas + metronidazol 500 mg cada 8 horas si alergias; diverticulitis Hinchey I-II invanz junto a valoración de punción percutánea; diverticulitis III-IV tazocel.

La estadificación radiológica se hizo mediante TAC abdomen siendo resultado de: diverticulitis no complicadas en el 34% de los casos (32), Hinchey I-II en el 52% (49), de los cuáles 14 pacientes precisaron de punción percutánea; y Hinchey III-IV en el 14% (13).

La media de días de ingreso fue de 5 días. Las complicaciones más frecuentemente asociadas a la cirugía fueron: infección de sitio quirúrgico (5), evisceración (1).

Conclusiones: El manejo del proceso diverticular agudo en nuestro medio comprende dos ramas principales: la ambulatoria para aquellos casos seleccionados, y la hospitalaria.

Análisis comparativo entre hombres y mujeres con cáncer colorrectal con indicación quirúrgica en variables de calidad de vida y psicopatológicas en la etapa diagnóstica

Mera Velasco, Santiago; Ruiz López, Manuel; García Linares, Ernesto; Villena Jimena, Amelia; de Diego Otero, Yolanda; García Medina, Mónica; Gonzalez Poveda, Iván; Bergero Miguel, Trinidad; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Objetivos: Identificar las diferencias entre hombres y mujeres en variables de calidad de vida y psicopatológicas en pacientes con cáncer colorrectal en los diez días posteriores al diagnóstico.

Material y métodos: 131 pacientes. 84 hombres y 47 mujeres que acuden al Servicio de Cirugía Digestiva del Hospital Regional Universitario de Málaga. Media de edad: 69,34 años (DT=10,84; rango=40-90).

Se les administró, previo consentimiento informado, entrevista sociodemográfica, Cuestionario de salud SF-36, Inventario de Depresión de Beck, Escala de desesperanza de Beck, Escala de ansiedad y depresión hospitalaria, Termómetro de Distrés y un cuestionario elaborado ad hoc sobre preocupaciones en relación a la enfermedad.

Se realiza análisis de comparación de grupos independientes.

Resultados: Se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en 4 de las ocho dimensiones de la calidad de vida: funcionamiento físico ($z=-2.06$; $p=0.01$), salud general ($t=0.01$; $p=0.04$), salud mental ($t=0.10$; $p=0.01$) y dolor corporal ($z=-2.04$; $p=0.01$). Son los hombres los que tuvieron mejor calidad de vida.

Asimismo, respecto a las variables psicopatológicas se observan diferencias de género en distrés ($t=0.34$; $p=0.01$), preocupaciones en relación a la enfermedad ($t=0.943$; $p=0.00$), sintomatología depresiva (BDI) ($t=4.71$; $p=0.000$), sintomatología ansiosa ($t=0.27$; $p=0.01$) y desesperanza ($t=4.72$; $p=0.01$). Son las mujeres las que puntúan más alto en cada una de estas escalas.

Conclusiones: Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en variables de calidad de vida y psicopatológicas en la etapa previa a la cirugía.

Los hombres presentan menor distrés, menos preocupaciones en relación a la enfermedad, menor sintomatología depresiva, menor sintomatología ansiosa, menor desesperanza. También presentan mejor calidad de vida que las mujeres en funcionamiento físico, salud general, salud mental y dolor corporal.

El impacto del género en este estudio muestra que estas variables deben tenerse en cuenta al interpretar los datos sobre la Calidad de Vida de pacientes con cáncer.

Hay muy pocos trabajos que exploren estas diferencias en la etapa diagnóstica, a pesar de la importancia crítica de este momento y sus repercusiones a lo largo de la enfermedad.

La bibliografía es dispar acerca de la influencia del género en la calidad de vida aunque es posible que algunos instrumentos utilizados no tengan tanto en cuenta las variables psicopatológicas en las que se muestra claramente la diferencia.

Utilidad de la ileostomía virtual en el tratamiento del cáncer de recto

Machuca Chiriboga, Pablo; Reguera Teba, Antonio; Llácer Pérez, Carmen; Capitán Vallvey, Jose María

Complejo hospitalario de Jaén

Objetivos: Determinar la utilidad de la ileostomía virtual (IV) en pacientes con cáncer de recto que presentan anastomosis colorrectales con riesgo de fuga anastomótica (FA).

Métodos: Se analizan prospectivamente 15 pacientes con IV. Todos presentan cáncer de recto medio tratado con neoadyuvancia. En el postoperatorio se hicieron controles mediante analítica con leucocitos y PCR en el día 1,3 y 5 de la cirugía, así como enema TC al 4ª o 5ª día. En caso de FA se transformó la IV en ileostomía lateral.

Resultados: Se analizan 15 pacientes con IV, 11 hombres (66%) y 4 mujeres (34%). Un paciente se intervino por obstrucción secundaria al velloop. 2 pacientes se detectaron FA en el enema TC requiriendo ileostomía en asa sin necesidad de laparotomía.

Conclusiones: El uso de IV es útil en pacientes con mediano riesgo de FA porque evita la creación de estoma, reduciendo la comorbilidad de la misma y mejorando la calidad de vida.

Uso de catéter anestésico en cirugía de las hemorroides

Suárez Grau, Juan Manuel; Rodríguez Agea, Estrella; Durán Ferreras, Ignacio; Gómez Menchero, Julio; Bellido Luque, Juan Antonio; Guadalajara Jurado, Juan Francisco
Hospital General Básico de Riotinto

Introducción: La cirugía exéretica de las hemorroides va asociada intuitivamente al hecho de gran dolor postoperatorio. Es la principal complicación y la más temida por el paciente. Nuevas técnicas para hemorroides de grado 1,2 y 3 sin prolapsos mucosos han sido usadas (Help, Bandas elásticas, LHP, TDH...), pero para hemorroides grandes prolapsadas tipo 3,4 la cirugía clásica exéretica (Milligan-Morgan o Ferguson) suelen ser las opciones más usadas. Muchas veces el alta en régimen de CMA es muy dificultosa por el dolor y requiere ingresos no previstos. Hemos comenzado a usar catéter infusor de anestesia local en el espacio perirrectal para un bloqueo constante de las ramas superficiales del N. Pudendo, con objeto de disminuir el dolor.

Objetivo: Mejorar el dolor postoperatorio y evitar el aumento de las tasas de sustitución (ingresos no esperados o reingresos).

Material y métodos: Realizamos intervención quirúrgica convencional hemorroidal (Milligan-Morgan con bisturí eléctrico y ligadura del pedículo) y colocamos al final de la intervención un catéter de infusión continua en el espacio perirrectal (posterior al ano y superficial) de ropivacaina durante 48 horas (con retirada en centro de salud o consultas).

Esta intervención ha sido realizada en 10 pacientes (4 hombres:6 mujeres, rango de edad: 33-66 años) con hemorroides tipo IV.

Resultados: Todos los pacientes fueron dados de alta a las 4 horas tras el procedimiento quirúrgico, sin reingresos ni necesidad de permanecer hospitalizados. No existieron complicaciones excepcionales en el proceso de curas de la herida quirúrgica. El dolor al analizarlo en la escala EVA fue una media de 6 a la primera semana, posteriormente descendiendo a 2-3

al mes de la intervención. Todos los pacientes tuvieron un dolor muy controlado con analgésicos orales y el 80 % (8 de 10) relataron un aumento del dolor de 2-3 puntos en la escala de EVA tras la retirada del catéter a las 48 horas.

Conclusiones: El uso de catéter en el espacio perirrectal parece una técnica segura y eficaz para el control del dolor. NO creemos que sea necesario su uso sistemático, pero sí es útil en hemorroides tipo IV con gran componente prolapsado, mejorando así el control del dolor y evitando el aumento de la tasa de sustitución de CMA del procedimiento.

Experiencia en el manejo de los quistes simples hepáticos: serie de 24 pacientes

López Marcano, Aylhin J.; Ramia Ángel, José Manuel; Arteaga Peralta, Vladimir; Gonzales Aguilar, Jhonny D.; De la Plaza Llamas, Roberto; Valenzuela José D.C; Medina Velasco, Aníbal A.; García Amador, Cristina
Hospital Universitario de Guadalajara

Introducción: Los quistes hepáticos se producen hasta en un 5% de la población, detectándose cada vez más debido a la mayor realización de pruebas de imagen abdominal, pueden ser únicos (QHS) (Gigot I), o varios distribuidos difusamente en el parénquima hepático (PQH) (Gigot II/III). Se producen por alteraciones congénitas en el desarrollo y organización de las vías biliares.

Son más frecuentes entre la cuarta y sexta década de la vida, predominan en mujeres (4-5:1), y rara vez causan síntomas. El diagnóstico se basa en las características típicas de la ecografía y no suelen comprometer la función hepática.

Los QHS asintomáticos no requieren tratamiento, realizando controles ultrasonográficos periódicos. Existen diversas opciones terapéuticas para los sintomáticos sin existir un acuerdo en el más adecuado.

Objetivo: Describir la experiencia de un Servicio de Cirugía General que atiende a un área de 257.220 habitantes en el manejo de los QHS y PQH.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Periodo: 1 Julio 2010-1 Julio 2015. Se analizaron todos los pacientes con diagnóstico radiológico de QHS y PQH valorados. Se excluyeron los pacientes con quistes de otras etiologías. Los variables que se consideraron fueron: edad, sexo, presentación clínica, método diagnóstico, tamaño, localización, manejo, complicaciones, estancia, tiempo de seguimiento y recurrencia.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes, 14 mujeres y 10 hombres, edad media 69 años \pm 12 (rango 33-85 años, mediana: 73 años), 6 QS y 18 PQH. 14 pacientes estaban asintomáticos (diagnóstico incidental radiológico): 3 QS y 11 PQH. Los otros 10 pacientes: 3 QS y 7 PQH, presentaban síntomas, más frecuentemente dolor abdominal. El tamaño medio del quiste mayor fue 7,8cm \pm 4 (rango 3-20cms, mediana 7,5cms). En 13 pacientes se decidió seguimiento periódico. A los 10 pacientes sintomáticos se les planteó tratamiento del quiste dominante, realizándose: Fenestración laparoscópica (5), segmentectomía lateral izquierda laparoscópica (1), punción y esclerosis (5). A un paciente se le realizó fenestración laparotómica (durante

nefrectomía abierta). En los operados la duración media de la estancia hospitalaria fue de 2,8 días y puncionados 4,8 días. Morbilidad: 2 pacientes, Clavien I (1) y Clavien II (1). En seguimiento con ecografías anuales se encontraron, resolución en los tratados quirúrgicamente, 2 remisiones parciales posterior a punción y esclerosis y 2 éxitos (al año y a los dos años por otras patologías). Ningún asintomático se operó.

Conclusiones: Los casos asintomáticos no requieren tratamiento. En los sintomáticos, con quiste dominante, no existe acuerdo generalizado sobre el procedimiento mejor (fenestración laparoscópica o punción).

La punción y esclerosis con alcohol tiene mínima morbimortalidad, pero alta recidiva (nuestra serie: dos respuestas parciales y dos totales); la fenestración tiene baja recidiva (0% en nuestra serie) con mínima morbilidad.

Walled-off Pancreatic Necrosis: nueva definición para una compleja entidad, experiencia en nuestro centro

Medina Velasco, Aníbal; Ramia Angel, José Manuel; Arteaga Peralta, Vladimir; De la plaza Llamas, Roberto; Gonzalez Aguilar, Jhonny; López Marcano, Aylhin; José del Carmen, Valenzuela Torres; Cristina, García Amador; Adel, Farah

Hospital General y Universitario de Guadalajara

Introducción: “Walled-Off pancreatic necrosis” (WOPN) refiere a una cantidad variable de tejido necrótico encapsulado por una pared de tejido inflamatorio reactivo, 4 semanas posteriores a un episodio de pancreatitis aguda. El manejo es inicialmente conservador, y en caso de infección o pacientes sintomáticos, se debe llevar a cabo una actitud terapéutica. El mejor tratamiento en estos casos no está aún definido.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo, retrospectivo, de 8 años, de pacientes diagnosticados de WOPN en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: Se revisaron todos los pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda en el período comprendido desde Enero 2007– Enero 2015 (1490 casos). Solo los casos en los que la Tomografía Computarizada presentaban criterios diagnósticos de WOPN fueron analizados (8 pacientes). Las variables fueron: edad, sexo, tiempo de aparición del WOPN desde episodio de pancreatitis inicial, tipos de tratamiento y evolución del mismo. La morbilidad postoperatoria fue recogida según la clasificación de Clavien-Dindo hasta los 90 días de postoperatorio.

Resultados: La incidencia del WOPN fue del 0,53%. El rango de edad fue de 31-77 años (mediana de 58 años), 5 hombres (63%) y 3 mujeres (37%). En el 100% de los casos la causa de pancreatitis fue litiasica. El tamaño de las WOPN tuvo un rango de 8-22 cm (mediana 17,5), de localización variable, encontrándose el cuerpo pancreático afectado en el 100 % de los casos. El tiempo de aparición desde el episodio de pancreatitis aguda tuvo un rango de 4-28 Semanas (mediana 4,5 semanas). El manejo conservador fue efectivo en 1 caso (13%). Tres de los casos fueron tratados mediante punción percutánea (37%) con malos resultados en el segui-

miento, necesitando otro tratamiento para la resolución del cuadro. El tratamiento quirúrgico realizado fue en 4 casos necrosectomía laparotómica (50%) y cistogastrostomía en un caso (13%). La necrosectomía tuvo una efectividad del 75%, necesitando tratamiento endoscópico a los 11 meses debido a un síndrome de ducto desconectado. La cistogastrostomía endoscópica fue realizada en 3 casos solucionando el cuadro de WOPN en su totalidad. La morbilidad en los pacientes intervenidos quirúrgicamente fue según Clavien-Dindo: II, II, IIIB, IIIB y una mortalidad del 20%. En los pacientes tratados de manera endoscópica la morbilidad fue menor, evidenciándose episodios de dolor recurrente y un caso de reintervención endoscópica por obstrucción de la cistogastrostomía al 21 mes.

Conclusiones: La morbimortalidad asociada al tratamiento quirúrgico fue mayor que el endoscópico. Sin embargo las características del WOPN y la disponibilidad del abordaje endoscópico en nuestro centro, pudieron ser un factor determinante en la elección del método terapéutico.

Dilatación congénita de las vías biliares

Del Río Lafuente, Francisco Javier; Fernández Zamora, Paola; Del Río, Marco Francisco; Capitán Morales, Luis; Valdés Hernández, J.

Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)

Introducción: Las vías excretoras biliopancreáticas constituyen un sistema en el que los diferentes elementos son embriológica, anatómica y funcionalmente independientes.

Descritas inicialmente en 1723 por Vater, después descritas en un caso clínico en 1852 por Douglas, las dilataciones congénitas de las vías biliares, también llamadas quistes de colédoco o quistes de las vías biliares, forman un conjunto de anomalías congénitas caracterizadas por una o varias dilataciones comunicantes de las vías biliares. Se trata de la segunda causa de malformación congénita de las vías biliares después de la atresia.

La primera clasificación fue realizada en 1959 por Alonso-Lej después de estudiar 94 casos, según la topografía y la forma de dilatación quística en tres tipos: Tipo 1: se trata de una dilatación fusiforme de la vía biliar desde la convergencia hepática hasta la porción intrapancreática del colédoco; Tipo 2: está representado por el divertículo del colédoco; Tipo 3: se trata de una dilatación de la porción terminal del colédoco que se extiende hasta la luz duodenal. Esta clasificación ha sido completada sucesivamente por Longmire en 1971, después por Flanigan en 1975 después de estudiar 950 casos y por último por Todani en 1977. Actualmente, la clasificación más utilizada es la de Todani.

Pacientes y método: Presentamos un estudio de cuatro casos, 3 mujeres y un hombre, de edad media de 37,8 años (21 – 49 años), operados de una dilatación quística de la vía biliar principal. El diagnóstico preoperatorio se ha basado en la confirmación de una dilatación quística sin obstáculo posterior. La exploración radiológica preoperatoria comprendía

una ecografía (100%), una tomografía (75%), y una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (75%). El tipo de dilatación quística se ha establecido siguiendo la clasificación de Todani: Tipo 1, 3 casos; Tipo 2, 1 caso. La triada clásica (dolor abdominal, masa en hipocondrio derecho e ictericia) solo se ha presentado en un caso. Los síntomas clínicos fueron: dolor abdominal 4 casos; ictericia 1 caso; masa abdominal 1 caso; fiebre 1 caso; náuseas y vómitos 1 caso. El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos.

Resultados: La técnica quirúrgica depende del tipo de dilatación. La colecistectomía se realizó en todos los casos. En los quistes de tipo 1, se realizó una quistectomía con reconstrucción de la vía biliar mediante una hepático-yeyunostomía con asa en Y de Roux. En el quiste tipo 2, se realizó quistectomía y reconstrucción de la vía biliar sobre tubo de Kehr.

La mortalidad post-operatoria ha sido nula. El seguimiento post-operatorio no ha detectado complicaciones tardías ni ha habido necesidad de reintervención por estenosis de la anastomosis.

Discusión: La etiología de la dilatación congénita de las vías biliares es muy discutida, la teoría que considera esta lesión como una alteración de la embriogénesis del coldoco está en discusión con la teoría de Barbbit que defiende que el origen de esta enfermedad es debido a una anomalía en la desembocadura de la vía biliar principal y del canal de Wirsung que forman un canal común. El tipo de dilatación está bien determinada por la ecografía y la TAC. -En relación con la clínica, la triada clásica: dolor, tumor abdominal e ictericia no se aprecia nada más que en 25% de los casos.

Conclusión: La dilatación congénita de las vías biliares es responsable de complicaciones que justifican la indicación quirúrgica. La resección de la zona dilatada con anastomosis bilio-digestiva en la confluencia hepática, asegura la mejor prevención del conjunto de complicaciones de las dilataciones quísticas de la vía biliar: angiolitiasis de repetición, abscesos hepáticos, cirrosis y la más grave y tardía que es la malignización del quiste. El tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma.

Aplicación de un programa de Fast Track en cirugía hepática

Ramos, Francisco; Cuba Castro, José Luis; Roldán de la Rúa, Jorge; Hinojosa Arcos, Luis; Sánchez Barrón, T.; Corrales Valero, E.; Eslava Cea, Yolanda; Suárez Muñoz, M.A.; De luna, R.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: Los programas fast-track contemplan alrededor de 20 medidas basadas en la evidencia científica que se aplican en las diferentes fases del proceso quirúrgico (preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria) y que son llevadas a cabo por grupos multidisciplinares (cirujanos, anestesiólogos, nutricionistas y enfermeras) con el objetivo de conseguir un descenso de la estancia hospitalaria sin asociar un aumento de las complicaciones o de la tasa de reingresos.

Objetivos: El objetivo es analizar la implementación de un programa de Fast Track en cirugía hepática (tasa de compli-

caciones postquirúrgicas Clavien-Dindo, tasa de reingreso, tasa de cirugía laparoscópica y la estancia postoperatoria) y compararlos con los estándares de calidad descritos en la literatura científica, para determinar la validez de nuestro programa de recuperación multimodal.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo desde el 1 de enero de 2014 hasta el 1 de febrero de 2016, donde se aplicó un programa completo de Fast Track en cirugía hepática en nuestro centro a todos los pacientes sometidos a cirugía hepática, integrando todas las fases del proceso quirúrgico, desde el preoperatorio hasta el alta domiciliaria del paciente, evaluando diferentes parámetros preoperatorios (estado nutricional, IMC, ASA, edad, sexo...), intraoperatorios (pérdidas hemáticas, transfusión de hemoderivados, tipo hepatectomía, abordaje laparoscópico, tiempo quirúrgico, utilización de drenajes y hemostáticos) y postoperatorios (día de inicio de movilización a la deambulación, de alimentación oral, tasa de complicaciones a 90 días, reingreso y reintervención).

Resultados: Se analizaron 50 pacientes sometidos a cirugía hepática, 85% por patología maligna, con una edad media de 61 años (29-84), sexo femenino 34% vs masculino 66%, ASA II-III (92%).

La tasa de abordaje mínimamente invasivo mediante cirugía laparoscópica fue del 13% y del 35% en 2014 y 2015, con una media de pérdidas hemáticas <100 cc, estancia hospitalaria de 2 días y sin complicaciones postoperatorias ni reingresos asociados al procedimiento a 90 días.

Se realizó una hepatectomía mayor en el 34% vs 66% menor, con una media de tiempo quirúrgico de 220 minutos (80-510), unas pérdidas hemáticas 200 cc (50-1800 cc) en el año 2014 y 150 cc en 2015.

Solo se utilizó drenaje abdominal en el 2% de las hepatectomías sin resección multiorgánica asociada y siempre que llevara asociado resecciones multiorgánicas, y no se aplicó ningún hemostático en el borde de sección en el 48% de los casos.

Todos los pacientes fueron movilizados e iniciaron tolerancia oral en las primeras 24 horas posthepatectomía.

En relación a la estancia postoperatoria presentamos una mediana de 2,88 días (1-20), con una estancia media en UCI de 24 horas, una tasa de reingreso 12%, Tasa de complicaciones a 90 días (CLAVIEN-DINDO) del 12% (5 casos tipo IIIa) y una Tasa de mortalidad a 90 días del 2%.

Conclusiones: La implementación de nuestro programa Fast Track en cirugía hepática presenta unos datos que se encuentran dentro de los estándares de calidad basados en la evidencia científica, consiguiendo disminuir la tasa de complicaciones y de estancia hospitalaria, con el impacto económico que esto conlleva.

Resultados de 94 reconstrucciones de Child consecutivas tras duodeno-pancreatectomía cefálica

Sánchez-Sánchez, Luis Fabricio; Díaz-Gómez, Daniel; Martín-Balbuena, Ramón; Sánchez-Gálvez, Mariángeles; Martínez-García, Pablo

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Sevilla

Objetivos: El tratamiento estandarizado de los tumores del confluente bilio-duodeno-pancreático lo constituye la duodeno-pancreatectomía cefálica (DPC), con o sin preservación pilórica. La principal morbilidad derivada de esta técnica depende de la fuga de la anastomosis pancreática, por lo que se han descrito numerosas modalidades reconstructivas del tránsito con la intención de minimizar las mismas. Nuestro equipo tiene estandarizada la reconstrucción tipo Child, con anastomosis pancreática, biliar y gástrica en el mismo asa yeyunal, durante los últimos 14 años, por lo que presentamos nuestra experiencia.

Material y métodos: Entre Abril de 2001 y Noviembre de 2014 hemos realizado 109 pancreatectomías y en 94 de ellas practicamos una DPC tipo Whipple con reconstrucción de Child en un asa pasada a través del túnel duodenal. El método diagnóstico más empleado fue la tomografía (75,6 %). En 26 casos (27,6%) los pacientes fueron diagnosticados de enfermedad maligna antes de la cirugía (punción por ecografía o biopsia endoscópica). En 40 casos (42,5%) fue preciso el drenaje biliar preoperatorio, 19 casos (20,2%) por vía endoscópica y 21 casos (22,3%) por vía percutánea. Los pacientes fueron a la cirugía con una bilirrubina media de 6,9 mg/dL y la mayoría de los pacientes tuvieron un riesgo quirúrgico ASA III 46 (48,9 %) ó ASA II 43 (45,7 %). Las intervenciones se llevaron a cabo en un tiempo medio de 375 minutos (165-600) con una pérdida sanguínea media de 672 ml. En 8 casos se asoció una resección portal a la técnica quirúrgica.

Resultados: Operamos 54 mujeres y 40 hombres entre 35 y 84 años, Los diagnósticos AP más frecuentes fueron adenocarcinoma de páncreas en el 45,7 % y ampuloma en el 32,9 %. 50 pacientes (53,1%) sufrieron algún tipo de complicación, 39 de ellos, derivadas de la técnica quirúrgica y 11 de tipo médico o general. Un total de 16 pacientes (17%) sufrieron fugas pancreáticas (11 tipo A, 3 tipo B y 2 tipo C). Tuvimos 8 exitus en nuestra serie, 5 derivados de las complicaciones quirúrgicas. La estancia media de los pacientes fue de 15,5 días (4 - 90) y la supervivencia media de 35,4 meses (1,8 - 130,5). Hemos reintervenido a 2 pacientes en el seguimiento, el primero por ictericia que resultó una recidiva del tumor y el segundo por hepatolitis sobre una estenosis de la hepátocoyunostomía. Una paciente presenta colangitis de repetición por reflujo alimentario por el asa aferente, habiendo rehusado la reintervención.

Conclusiones: La reconstrucción del tránsito de Child en un solo asa es una técnica segura en manos experimentadas, con tasas de complicaciones similares a las de otras modalidades reconstructivas. Si bien tuvimos una tasa de fistulas pancreáticas de 17 %, la mayoría fueron de tipo A y cedieron sin actuaciones adicionales.

Resultados oncológicos del tratamiento inverso en el cáncer colorrectal con metástasis hepáticas sincrónicas

Romacho López, L.; Fernández, Aguilar, J.L.; Sánchez Pérez, B.; León Díaz, F.J.; Pérez Daga, J.A.; Pitarch Martínez, M.; Mirón Fernández, I.; Santoyo Santoyo, J.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Objetivos: Evaluar la eficacia y factibilidad del abordaje hepático inicial en el cáncer colorrectal con metástasis hepáticas sincrónicas frente al tratamiento clásico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo comparando la terapia clásica (TC) con la terapia inversa (TI) en el periodo de mayo 2012 hasta febrero 2016.

Resultados: Total 38 pacientes. Los grupos son homogéneos en sexo, edad (56 TI vs 62 años TC) y localización del primario. El 90% se ha tratado con quimioterapia. El 81 % presenta metástasis hepáticas bilobares (84% en TI y 78% en TC). El 73 % tiene score de Fong igual o mayor de 3 (82% TI Y 78% TC). EL 55% presenta un primario sintomático (84% TC y 25% TI). Al 80 % se le realizo una resección hepática mayor (84% TI y 76% TG), incluyendo un 21% de ALPPS en cada grupo.

Procedimiento completo en el 92 % de los casos. La tasa global de complicaciones sumando las dos intervenciones es del 100% en el TI y del 84% TC. Sin embargo, Clavien >3 es del 11% TI y 31% en TC. La mortalidad global es del 5% (nula en TI y 10% TC).

Tiempo medio desde la primera intervención hasta el alta de la segunda es significativamente mayor en el TC frente al TI 150 días vs 79 días (p<0,03).

La spv global de la serie a 1 y 3 años es del 92% y 85% respectivamente. La spv de grupo inverso del 100% y las del clásico del 92% y 71%. La spv global libre de enfermedad es del 92% y 35%. En TI 85% y 22% y en TC 100% y 45%(ns).

Conclusiones: El abordaje hepático inicial en el cáncer colorrectal es un procedimiento seguro con morbimortalidad aceptable, que acorta el tiempo necesario para conseguir una resección completa.

Análisis de una serie de 1000 receptores hepáticos. Resultados de un hospital trasplantador

José Luis Guerrero Ramirez, Diego Pinilla Martínez, Barrera-Pulido Lydia (1), José-María Álamo-Martínez (1), Gonzalo Suárez-Artacho (1), Luis Miguel Marín-Gómez (1), Carmen Bernal-Bellido (1), José Manuel Sousa-Martín (2), Francisco Manuel Porrás-López (3), (1), Francisco Javier Padillo-Ruiz (1), María Teresa Ferrer-Ríos (2), Miguel Ángel Gómez-Bravo (1)

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos: Analizar la evolución de la supervivencia de 1000 receptores de trasplante hepático desde el inicio del programa del centro.

Material y método: Estudio de cohorte de 1000 receptores hepáticos, diferenciando en 4 etapas en función de cuando tuvo lugar el trasplante, 1ª: años 1990-1999 (N= 247), 2ª:

2000-2004 (N=222), 3ª: 2005-2009 (N=243), 4ª 2010-2014 (N=288).

Resultados: A lo largo de los 4 periodos la edad del donante ha aumentado significativamente, en la 1ª etapa 37 años (22,52) y en la 4ª 55,5 años (33,69). Los donantes originados por TCE inicialmente suponían el 60% y en la 4ª etapa constituyen el 14,2%.

En cuanto a cirugía del trasplante la mayor diferencia radica en aumento de realización de Piggy-Back, y disminución del consumo de hemoderivados en la 4ª etapa más del 30% de pacientes no reciben transfusiones.

La incidencia de Rechazo agudo ha disminuido significativamente pasando de ser del 52% en la 1ª etapa al 22,8% en la 4ª. Lo mismo ocurrió con las infecciones bacterianas.

Al estudiar la supervivencia global en función de la edad del receptor, encontramos diferencias ($p=0,004$) entre los pacientes ≥ 60 años (50,6%) y < 60 años (61,3%)

Al analizar por etapas los momentos en los que se producen los exitus detectamos diferencias significativas. En la 1ª etapa a los 3 meses la mortalidad es 29,9% en comparación con los otros periodos 14,8%, 12,7% y 8,3 % respectivamente. Igualmente la supervivencia al primer año es 63,5% (1ª etapa) frente a 80,2%, 80,3% y 87,5%. Y a los tres años 56,3% contra 72,5%, 75% y 81,5%.

Conclusiones: Se ha reducido significativamente la mortalidad en el post-trasplante inmediato.

La supervivencia del paciente trasplantado hepático ha mejorado con la evolución del programa de trasplante a pesar de tener donantes peores. No obstante, el grupo de receptores ≥ 60 años muestra una supervivencia significativamente inferior.

Impacto de la edad del receptor en la supervivencia de los pacientes trasplantados hepáticos

José Luis Guerrero Ramirez, Amando Marchal-Santiago (1), María Fernández Ramos, Lydia Barrera-Pulido (1), José María Álamo-Martínez (1), Luis Miguel Marín-Gómez (1), Juan Manuel Pascasio-Acevedo (2), Gonzalo Suárez-Artacho (1), Carmen Bernal-Bellido (1), Juan Serrano-Díez Canedo (1), Francisco Javier Padillo-Ruiz (1), Miguel Ángel Gómez-Bravo (1)

(1) *Cirugía hepatobiliopancreática y trasplante hepático, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Spain, (2) Digestivo, Hepatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Objetivos: Analizar la influencia de la edad del receptor en la supervivencia del paciente trasplantado hepático, así como las causas de exitus.

Material y métodos: Estudio de casos y controles retrospectivo. Los casos están constituidos por receptores que en el momento del trasplante tenían > 65 años (N=36) y el grupo control por ≤ 65 años (N=36). El período de tiempo analizado fue el mismo para ambos grupos (2005-2014), los controles seleccionados para cada caso fueron trasplantados por la

misma enfermedad hepática. Los test estadísticos utilizados para el análisis fueron Kaplan-meier y Chi-cuadrado.

Resultados: De los 72 pacientes analizados, observamos que los casos (> 65 años) tienen una supervivencia global menor que los controles (≤ 65 años) (58,3% Vs 77,78%), diferencia no estadísticamente significativa. Sin embargo, al comparar la supervivencia real al año, 3 años y 5 años obtuvimos que al primer año no había diferencias (80,56% Vs 91,67%) ($P=0,305$), pero si al tercer y quinto año (63,89% vs 88,89%) ($P=0,02$) y 858,33% VS 83,33%) ($P=0,038$).

Al estudiar las causas de exitus, encontramos que en grupo de los casos el 26,6% se produjeron por complicaciones cardiovasculares, a diferencia del grupo control en el que ningún paciente falleció por este motivo.

Al analizar el riesgo cardiovascular basal (pre-trasplante) de los dos grupos, no se encontraron diferencias en cuanto a la incidencia de HTA, Dislipemia y Obesidad, en cambio si encontramos diferencias en la Diabetes Mellitus (41,7% Vs 11,1%) ($p=0,007$).

Conclusiones: La edad avanzada (> 65 años) del receptor hepático es un factor de riesgo independiente de mortalidad a los tres y cinco años pos-trasplante.

Los exitus producidos por eventos cardiovasculares son superiores en el grupo de pacientes > 65 años. Además en este grupo destaca una incidencia de Diabetes Mellitus basal significativamente mayor respecto al grupo de receptores más jóvenes.

Fístulas tras cirugía pancreática. Revisión de nuestra experiencia en los últimos ocho años

González Benjumea, Paz; Rodríguez Padilla, Ángela; Bejarano González-Serna, Daniel; Beltrán Miranda, Pablo; Candón Vázquez, Juan; Royo Balbotín, Alberto; Balongo García, Rafael

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: La fuga o fístula pancreática (FP) continúa siendo uno de las complicaciones más comunes tras la resección pancreática. Se define como Fístula Pancreática al drenaje de cualquier volumen apreciable de fluido con contenido de amilasa superior a 3 veces el nivel de amilasa sérica normal partir del 3º día post-operatorio. Además, se divide en 3 grados en función a su repercusión clínica. La incidencia de FP tras resección pancreática varía entre el 3 y el 31% en función a su definición, tipo de cirugía realizada, patología pancreática de base y consistencia del páncreas.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo y descriptivo de las fístulas tras cirugía pancreática en los últimos ocho años. Se analizan variables sociodemográficas, aspectos quirúrgicos, estancia y complicaciones asociadas, realizando el análisis estadístico con SPSS vs 21.

Resultados: Presentamos una serie de 17 pacientes, 6 mujeres y 11 varones, con edad media de 63 años (intervalo de 48-80 años) y con un PFS entre 70-90. La lesión se localizaba en cabeza de páncreas en 11 de los pacientes, 3 en ampolla y 3 en cuerpo. Se realizó DPC con reconstrucción en Y de Roux en 13 pacientes, Pancreatectomía distal en 3 y distal con

esplenectomía en 1. La anatomía patológica informó 12 adenocarcinoma ductales, 4 cistoadenomas mucinosos y 1 tumor neuroendocrino, siendo R0 en 15 piezas y R1 en 2 de ellas.

Fistulas grado A en 9 pacientes que no recibieron tratamiento específico. Grado B en 8 pacientes que se trataron mediante antibioterapia y nutrición enteral; uno de ellos se asoció a hemorragia grado A, uno precisó reintervención para colocación de drenaje y 3 drenaje percutáneo de las colecciones. La estancia media fue de 29 días (intervalo 9-49 días). No hubo ningún reintegro y el seguimiento medio fue de 35 meses (intervalo 7-63 meses).

Conclusión: La cirugía resectiva del páncreas es una cirugía agresiva no exenta de complicaciones, siendo la fístula pancreática la complicación más frecuente. A menudo preceden a otras complicaciones como abscesos y hemorragia. Estas complicaciones se asocian con una mortalidad del 20-40%, hospitalización prolongada y aumento de los gastos sanitarios. La identificación precisa y notificación de las complicaciones perioperatorias son vitales para mejorar la calidad de la atención, la asistencia y el manejo de los pacientes.

Actitud terapéutica en adenomas hepáticos: experiencia en 8 casos en una serie de 59 tumores hepáticos sólidos benignos

Gonzales Aguilar, Jhonny David; Ramia Ángel, José Manuel; De La Plaza Llamas, Roberto; Arteaga Peralta, Vladimir; Valenzuela Torres, José del Carmen; López Marcano, Aylhin ; García-Amador, Cristina; Medina Velasco, Anibal

Hospital Universitario, Guadalajara

Introducción y objetivos: El adenoma hepático (AH) es un tumor hepático benigno poco frecuente, generalmente son tumores únicos, aunque pueden ser múltiples (adenomatosis hepática). En los últimos años ha variado la actitud terapéutica, los AH menores de 5 cm deben ser solo controlados periódicamente.

Material y métodos: Presentamos el manejo en nuestro centro de 8 pacientes con AH, de un total de 59 tumores hepáticos sólidos benignos (THSB) evaluados en el periodo del 1 enero 2008- 31 diciembre 2015, cuyas características se describen en la tabla 1 (adjunta).

Resultados: De los 8 casos, 7 fueron mujeres (87%). La edad media de ellas fue de 36,1 años (rango: 17-58), el único hombre tenía 31 años. Seis de las siete pacientes habían consumido anticonceptivos orales (ACO), y el único varón no reconoció el consumo de andrógenos o anabolizantes. Una paciente presentaba adenomatosis.

El diagnóstico radiológico fue efectuado mediante ecografía y tomografía computarizada (TC) en todos los casos y complementado con resonancia magnética en 5. De los no operados (62%) el tamaño medio del AH fue 1,9 cm (rango: 1-3,7cm).

Fueron intervenidos quirúrgicamente 3 pacientes, uno de forma urgente por hemorragia intratumoral (varón) (12,5%) y los otros dos por crecimiento y medición en TC > 5 cm. El

tamaño medio del los AH operados fue 6,2 cm (rango: 3,5-11cm). La paciente con adenomatosis rechazó cirugía.

Evolución postoperatoria: la estancia media fue de 6 días. Morbilidad: en uno se le colocó drenaje percutáneo por coleccion y tuvo eventración.

AP: AH (2); AH con transformación a hepatocarcinoma (1) (varón con tumor de 11 cm)

En el seguimiento, los 5 pacientes no intervenidos no ha presentado crecimiento de sus lesiones.

Conclusiones: Los pacientes con AH son habitualmente asintomáticos, si presentan síntomas los más frecuentes son: dolor o los causados por compresión. Ocasionalmente, debutan como complicación grave: rotura o hemorragia como en uno de nuestros casos. Los AH son más frecuentes en mujeres en edad reproductiva con antecedente de ingesta de larga evolución de ACO.

Nuestra estrategia actual es solo ofrecer cirugía a pacientes con AH > 5cm, complicados o sintomáticos. El resto se les efectúa revisiones periódicas.

Quistes esplénicos: presentación de tres casos

Roldán Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Bazán Hinojo, María del Carmen; Pérez Gomar, Dani; Valverde Martínez, Amparo; Ayllón Gámez, Saray; Peña Barturen, Catalina; Mayo Ossorio, María de los Ángeles; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz

Introducción: Los quistes esplénicos son una entidad rara con incidencia de 0,5% a 2%, la mayoría son quistes parasitarios. Habitualmente asintomáticos, benignos y de diagnóstico incidental.

Objetivos: Presentar revisión de patología quística esplénica en HUPM.

Material y métodos: Caso clínico 1: Mujer de 15 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor abdominal y aumento del perímetro abdominal de unas semanas de evolución. En exploración destacaba una tumoración que ocupaba la totalidad del hemiabdomen izquierdo.

Parámetros analíticos, serología y marcadores tumorales sin alteraciones. Se realizó TC que demostró una lesión quística esplénica bien definida de 16x13x21cm. Se realizó esplenectomía parcial laparotómica.

Caso clínico 2: Mujer de 19 años, sin antecedentes de interés. Acude a Consultas con adenopatía submandibular, en estudio de extensión para descartar síndrome linfoproliferativo se realizó ecografía abdominal donde se visualizó lesión esplénica de 16x12x4cm. Se interviene realizando esplenectomía total.

Caso clínico 3: Mujer de 27 años, sin antecedentes de interés. Acude a consultas externas por aumento de perímetro abdominal, más acentuado en hipocondrio izquierdo. En exploración destacaba una masa de consistencia dura en hipocondrio izquierdo. Parámetros analíticos sin alteraciones. Se realizó TC evidenciando lesión quística intraesplénica de 18cm. Se realizó esplenectomía total.

Resultados: La anatomía patológica describió en los tres casos: quiste esplénico epidermoide gigante.

Conclusiones: Los quistes epidermoides constituyen entre 10-20%, más frecuentes en mujeres en relación 8:1. Se utiliza clasificación de Martin, que divide en primarios y secundarios. Los primeros a su vez en parasitarios y no parasitarios y éstos últimos, en congénitos y neoplásicos. Los síntomas se presentan en quistes mayores de 4cm. La exploración puede ser normal o presentar masa en hemiabdomen izquierdo. Es muy infrecuente que debuten con alguna de sus complicaciones: ruptura, la más frecuente, hemorragia, infección, derrame pleural o degeneración maligna.

El diagnóstico se realiza según la historia clínica, exploración y pruebas de imagen complementarias. La prueba de imagen inicial es la ecografía abdominal y si la sospecha es de lesión esplénica, la TC se considera de elección. Se pueden encontrar elevaciones en sangre de marcadores tumorales (CEA y Ca 19.9), secretados por epitelio del quiste, que tras cirugía regresan a la normalidad.

El tratamiento quirúrgico recomendado en sintomáticos o mayores de 5cm. Actualmente existe tendencia hacia cirugía conservadora. La esplenectomía total se reserva en quistes muy grandes, en hilio o quistes múltiples.

Modificaciones en la última década en cirugía hepática laparoscópica

Cabañó Muñoz, Daniel; Romacho López, Laura, Sánchez Pérez, Belinda; Fernández Aguilar, José Luís; León Díaz, Francisco Javier; Pérez Daga, José Antonio; Mirón Fernández, Irene. Pitarch Martínez, María; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional de Málaga

Introducción: A pesar de la evidencia existente en cirugía laparoscópica hepática, respecto a seguridad y resultados similares en supervivencia, menos del 15% de las resecciones hepáticas son realizadas por esta vía. Hoy en día, las lesiones localizadas en los segmentos antero-laterales y la seccionectomía lateral izquierda deberían ser realizadas sistemáticamente por laparoscopia en centros de referencia. Sin embargo, la exigencia técnica, una adecuada dotación en instrumental y el amplio conocimiento en la cirugía hepática y laparoscópica hacen que esto siempre no sea posible.

Objetivo: Analizar la evolución de las resecciones hepáticas laparoscópicas (RHL) en los últimos 12 años en una unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática de referencia.

Material y método: Presentamos un estudio cohortes retrospectivo. Se realizaron 101 RHL divididas en dos periodos; 1º Periodo (1ºP): 2004-2009 incluye 43 RHL y 2º Periodo (2ºP): 2010-2015 incluye 58 RHL. Analizamos variables demográficas, indicación quirúrgica, tamaño y número de la lesión, localización hepática, tipo de resección, tiempo quirúrgico, necesidad de transfusión y/o conversión, histología, morbimortalidad y estancia postoperatoria.

Resultados: Encontramos un aumento del 35% en RHL realizadas en el 2ºP. La edad media de los pacientes aumento en este periodo (1ºP:55 vs 2ºP:61; p:0.06). ASA III-IV alcanzó

el 53% en 2ºP. Así mismo, hallamos una mayor indicación de patología maligna (1ºP:35% vs 2ºP:65; p:0.03), basado fundamentalmente en metástasis hepáticas (1ºP:18% vs 2ºP:41%; p:0.03) y CHC (1ºP:14% vs 2ºP:24%; p:0.03). Las RHL fueron fundamentalmente resecciones hepáticas menores pero se aumentó el número de nódulos (1ºP:21% vs 2ºP:36%) por intervención. El tiempo quirúrgico fue mayor en 2ºP (1ºP:177 vs 2ºP:211; p:0.08). La necesidad de transfusión fue menor en el 2ºP, sin alcanzar diferencias significativas (1ºP:11% vs 2ºP:7%). No apreciamos diferencias en las conversiones (1ºP:16% vs 2ºP:14%), que fueron por sangrado y dificultades técnicas. De forma global no encontramos diferencias en las complicaciones (1ºP:18% vs 2ºP:14%), \geq Clavien III disminuyeron en 2ºP (1ºP:7% vs 2ºP:3.4%). No hubo mortalidad en la serie. La estancia media descendió en 2ºP de 4,5 días a 3,5 días.

Discusión: En base a los datos obtenidos podemos afirmar que la vía laparoscópica cada vez es más utilizada en nuestra unidad. Ampliando indicaciones y tipos de resecciones sin que ello haya repercutido en un aumento de las complicaciones.

Indicadores de calidad: una necesidad en cirugía pancreática

Mirón Fernández, Irene; Cabañó Muñoz, Daniel, Sánchez Pérez, Belinda; Pitarch Martínez, María; Romacho López, Laura; Fernández Aguilar, José Luís; León Díaz, Francisco Javier, Pérez Daga, José Antonio; Santoyo Santoyo, Julio
Hospital Regional de Málaga

Introducción: A diferencia de la cirugía de la mama o cáncer colorectal, la cirugía pancreática no tenía claros estándares de calidad (EC). Recientes publicaciones muestran límites de calidad aceptables con intervalos de confianza al 99%-95% respecto a resultados como: reseabilidad, mortalidad, morbilidad, fístula pancreática, nº de ganglios reseados, márgenes positivos y supervivencia. Los EC son parámetros utilizados para medir la calidad de asistencia médica y proporcionan información sobre los aspectos de mejora en la práctica clínica.

Objetivos: Comprobar si nuestros resultados en la Duodenopancreatectomía cefálica (DPC) cumplen los estándares de calidad.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo que incluye 146 DPC realizadas desde Mayo 2009 a Diciembre 2015. Utilizamos los EC publicados por el grupo del Hospital clínico de Valencia (Fig. n1). En nuestra serie, la definición de fístula pancreática fue la descrita por el ISGPF. Las complicaciones se midieron en función de la clasificación de Clavien-Dindo.

IC	99.8%	IC	95%	Límite aceptable de calidad
Resecabilidad	59% - 92%	65% - 88%	>59%	
Morbilidad	35% - 55%	38% - 51%	< 55%	
Fístula	4% - 16%	6% - 14%	< 16%	
Mortalidad	0 - 5%	0 - 4%	< 5%	
Nº Ganglios	15 - 23	17 - 21	>15	
Resección R1	26% - 46%	29% - 42%	< 46%	
Spvv 1º año	54% - 73%	57% - 69%	>54%	

Spvv 3º año 19% - 37% 22% - 34% >19%
 Spvv 5º año 8% - 23% 11% - 21% >8%

Resultados: Obtuvimos un 76% de resecabilidad. Complicaciones globales: 54,5%, sólo referido a los grado de Clavien > III tuvimos un 34%. La mortalidad de la serie fueron 6 pacientes lo que constituye un 4,8%. La presencia de fistula pancreática global fue 14,5%, pero centrándonos solo en los grupos B y C del IGCP fue 9,6%. La media de ganglios obtenidos fue 11 (r: 0,25) y la presencia de márgenes positivos fue del 28%. En el 34% de los casos se realizó una resección vascular venosa, de las cuales el 50% fueron positivas. La supervivencia al 1º, 3º y 5 año fue 55%, 39% y 28%

Conclusiones: Tras los datos obtenidos podemos afirmar que nuestra unidad, en términos generales, cumple EC en la cirugía de la duodenopancreatectomía cefálica. El conocimiento y cumplimiento de los mismos puede ayudarnos a encontrar zonas de mejora y alcanzar una mayor excelencia en nuestros resultados.

Abscesos hepáticos secundarios a apendicitis aguda: presentación de un caso y manejo actual

Ramos Muñoz, Francisco; Pico Sánchez, Leila; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Martos Rojas, Noemí; Monje Salazar, Cristina; Corrales Valero, Elena; Roldán de la Rúa, Jorge Francisco; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; De Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: El absceso hepático es una enfermedad grave, que constituye un reto médico, debido a su difícil diagnóstico, complejo manejo y su elevada mortalidad. El absceso hepático piógeno (AHP) es la forma más frecuente de absceso hepático en países desarrollados, y sus vías de diseminación son la vía biliar (60%), portal (23,8%), idiopática (18,5%), hematogena (14,7%), por contigüidad (4%), postraumática (2,9%) y otras. La apendicitis ha sido tradicionalmente la causa más frecuente de absceso hepático por diseminación portal a través de una pyleflebitis en su evolución, pero actualmente con el avance terapéutico es inferior al 10%.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 36 años que es intervenido de urgencia por apendicitis aguda perforada y que durante el postoperatorio el presenta dolor en hemiabdomen derecho asociado a febrícula. Se solicita TC Abdomen donde se aprecia una lesión hepática hipodensa de 5,2x3,5 cm en segmento VI/VII con lesiones hipoatenuadas subcentimétricas por el resto del parénquima hepático, compatibles con absceso hepático y múltiples focos infecciosos.

Resultados: Se inicia tratamiento intravenoso empírico durante 4 semanas, así como realización de PAAF guiada por TC con obtención de escaso material purulento. El paciente evoluciona favorablemente, pese a resultados negativos de hemocultivos y cultivo de PAAF. Durante el seguimiento posterior permanece asintomático con casi total reducción de las lesiones hepáticas.

Conclusiones: Los AHP son procesos graves con alta mortalidad que requieren un diagnóstico precoz. Se han descrito buenos resultados con antibioterapia aislada en casos selec-

cionados, pero en general se recomienda asociar el drenaje percutáneo, con punción-aspiración para abscesos ≤ 5 cm o con colocación drenaje aspirativo para >5 cm. El tratamiento quirúrgico se reserva para el fracaso del tratamiento anterior, múltiples abscesos (dependiendo del número, tamaño y posición), tabicación, enfermedad abdominal concomitante que requiera intervención o peritonitis.

Resultados de la reintervención por fracaso de la funduplicatura Nissen en una unidad especializada

Nicolas de Cabo, Sara; Gámez Córdoba, María Esther; Montiel Casado, Custodia; Moreno Ruiz, Javier; Rodríguez Cañete, Alberto; Mirón Fernández, Irene; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Introducción: La funduplicatura Nissen (FN) es el tratamiento quirúrgico de elección para la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Según las series entre el 5 y el 10% puede presentar fracaso.

Objetivos: Analizar los pacientes reintervenidos por fracaso de FN en nuestro centro, estudiando la causa, sintomatología, cirugía realizada y resultados.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo descriptivo de los pacientes intervenidos por fracaso de FN entre noviembre 2010 y enero 2016.

Resultados: En este periodo se realizaron 12 cirugías. La media de edad 52 años (34-70), la mayoría mujeres (92%) de bajo riesgo anestésico (ASA I-II en 92%).

En relación a la FN, el 58% había presentado clínica típica (Pirosis-regurgitación) y en 4 predominó la disfagia. Manometría o pHmetría se realizó solo en cuatro pacientes. En dos casos se identificó esofagitis.

El intervalo entre la funduplicatura y la reintervención es variable, con mediana de 45 meses. La cirugía de revisión se indicó por recidiva del reflujo gastroesofágico y disfagia en 4 pacientes, respectivamente. Tres casos presentaron ambos síntomas. Solo en cinco pacientes se realizó manometría y en todos se describió trastorno motor esofágico. Cuatro pacientes presentaron esofagitis, uno con Esófago de Barret. En 5 pacientes se solicitó pH-metría siendo patológica en todos los casos. La técnica quirúrgica fue variable, desde el desmontaje de la funduplicatura con o sin pexia gástrica, rehacer la funduplicatura, hasta gastrectomía. Dos casos presentaron complicaciones postoperatorias, con índice de Clavien II, en relación con retraso de la tolerancia. La mediana de estancia es 5 días. Los resultados postoperatorios fueron satisfactorios excepto en dos que persistieron con clínica de reflujo o disfagia precisando una segunda revisión.

Conclusiones: La FN puede presentar un porcentaje no despreciable de fracasos que pueden requerir reintervención. Es necesario un adecuado estudio preoperatorio y planificar la técnica quirúrgica adecuada en cada caso.

Implementación progresiva de un programa de fast track en cirugía gástrica oncológica

Martos Rojas, Noemí; Sánchez Barrón, María Teresa; Roldán de la Rúa, Jorge Francisco; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Corrales Valero, Elena; Monje Salazar, Cristina; Cuba Castro, José Luis; De Luna Díaz, Resi

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: El Fast-track consiste en la aplicación de medidas y estrategias en el curso perioperatorio del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica con el objetivo de disminuir el estrés originado por la intervención y lograr una mejor recuperación a la vez que la reducción de las complicaciones y la mortalidad.

Objetivos: Nuestro objetivo es comparar nuestros resultados obtenidos en los dos últimos años, en los que hemos ido implementando de manera progresiva medidas de fast track, con los estándares de calidad descritos en la literatura con el fin de identificar áreas de mejora.

Material y métodos: Realizamos una revisión de la literatura acerca de las ventajas que supone la aplicación de los programas de Fast-track en cirugía gástrica oncológica. Estas son una menor estancia hospitalaria, menor tiempo hasta la aparición de peristaltismo, menores costes médicos, menor dolor post-operatorio y mejor recuperación, todo ello sin aumento significativo de la morbimortalidad asociada al proceso.

Analizamos 55 casos de pacientes intervenidos de cirugía gástrica oncológica desde abril 2013 a marzo 2016, centrándonos en las siguientes variables: aporte nutricional preoperatorio, retirada de sonda nasogástrica (SNG) y vesical (SV), drenajes, inicio de tolerancia oral, estancia hospitalaria y aparición de complicaciones según clasificación de Clavien-Dindo.

Resultados: Se analizaron 55 pacientes con un rango de edad entre los 35 y los 84 años, siendo el 58.2% de ellos varones y el 41.8% mujeres. El 92.6% fueron intervenidos por adenocarcinoma gástrico. Presentaban riesgo anestésico ASA II (47.3%) y ASA III (34.5%). El 34.5% habían recibido aporte nutricional preoperatorio y el 25.5% precisaron de transfusión de hemoderivados previo a la cirugía. Los actos quirúrgicos más frecuentemente realizados fueron gastrectomía total (41.8%) y subtotal (36.4%) y en el 92.7% de los casos se llevó a cabo cirugía por vía abierta.

La SNG se retiró con una media de 3.81 días; el inicio de la tolerancia oral tuvo una mediana de 5 días; el tiempo hasta la retirada de la SV tuvo una mediana de 3; y en el 60% de los casos se retiró el drenaje en la primera semana.

Tras recoger las complicaciones más frecuentes según la clasificación de Clavien-Dindo, un 72% de las complicaciones fueron Clavien II o inferior.

La estancia postoperatoria tuvo una mediana de 10 días (3-37 días) y la tasa de reingreso fue del 12.7%.

Conclusiones: Comparando nuestros resultados con los datos previos a la implementación de estas medidas, hemos observado que no aumenta la tasa de complicaciones y que hemos conseguido disminuir la estancia hospitalaria.

El análisis retrospectivo de los resultados es el primer paso para identificar áreas de mejora en la implementación del fast-track.

Cirugía del vólvulo gástrico secundaria a hernia paraesofágica. Revisión de nuestra experiencia en los últimos seis años

Rodríguez Padilla, Ángela; Martínez Mojarro, Rocío; Bejarano González-Serna, Daniel; Beltrán Miranda, Pablo; Molina García, David; Cuadrado Vigaray, Joaquín; Balongo García, Rafael

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: Las hernias paraesofágicas representan menos del 5% del total de las hernias hiatales. De ellas menos del 30% se complican originando un vólvulo gástrico bien de forma aguda o crónica. Consiste en una rotación de 180° el eje axial del estómago pudiendo provocar clínica obstructiva y/o compromiso vascular. La clínica combina pirosis con síntomas derivados de la compresión torácica y abdominal. El diagnóstico de confirmación es radiológico (radiografía simple de tórax en bipedestación, tránsito baritado y TAC) o mediante endoscopia digestiva alta. El tratamiento de elección es quirúrgico, con una tasa de mortalidad entorno al 50% en casos agudos y 10% en crónicos.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo y descriptivo de los vólvulos gástricos asociados a hernias paraesofágicas intervenidas en nuestro centro entre 2010 y 2015. Se analizan variables sociodemográficas, aspectos quirúrgicos, estancia y complicaciones.

Resultados: Presentamos una serie de 24 pacientes, 17 mujeres y 7 varones, con mediana de edad de 69 años (intervalo de 53-84 años). En cuanto a la clínica, 7 pacientes presentaban pirosis, 5 disfagia y 8 vómitos. Presentaban clínica torácica 16 de los pacientes (14 pacientes con dolor torácico y 2 con clínica compresiva). Presentaban clínica abdominal 16 de los pacientes (12 con dolor abdominal y 4 con distensión). Cinco de ellos presentaban clínica obstructiva y tres signos de incarceration.

Se realizó funduplicatura tipo Nissen a 18 de los pacientes y funduplicatura tipo TouPET a 6 de los pacientes; en todos ellos el abordaje fue laparoscópico. Se realizó cierre de pilares y resección del saco en el 100% y colocación de malla bilaminar en 21 pacientes. El tiempo quirúrgico medio fue de 126 minutos (intervalo de tiempo 90-240 minutos).

La mediana de estancia fue de 6 días (intervalo de 4-25 días) con una mediana de seguimiento de 20 meses (intervalo de 8-52 meses). Hubo una única complicación intraoperatoria (desgarro esofágico reparado intraoperatoria); como complicaciones inmediatas: neumonía nosocomial, fibrilación auricular, derrame pleural e insuficiencia cardiaca descompensada. Complicaciones tardías una eventración de trocar y tres estenosis secundarias a la hiatooplastia (resueltas mediante dilatación endoscópica). Un paciente precisó reingreso por intolerancia alimentaria, única reintervención en toda la serie.

Conclusión: El vólvulo gástrico secundario a hernia paraesofágica es una entidad poco frecuente. El tratamiento inicial implica la descompresión con sonda nasogástrica y endoscopia digestiva alta. El tratamiento de elección salvo compromiso vascular es la cirugía electiva, con reducción del saco herniario y reparación del defecto diafragmático mediante prótesis.

Dos décadas de miotomía de Heller en nuestro centro: análisis de resultados quirúrgicos

Blanco Elena, J.A.; Montiel Casado, M.C.; Rodríguez Cañete, A.; Moreno Ruiz, F.J.; Mirón Fernández, I.; Bondía Navarro, J.A.; Santoyo Santoyo, J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

La acalasia es un desorden infrecuente de la deglución que afecta a una de cada 100000 persona. El síntoma guía de la acalasia es la disfagia. Aunque no es posible llevar a cabo un tratamiento curativo, existen diversas líneas de tratamiento que consiguen controlar usualmente la sintomatología que de ella se deriva. Entre estas se encuentra el tratamiento médico con nitratos y calcioantagonistas, las dilataciones endoscópicas, la miotomía peroral endoscópica, la miotomía quirúrgica y la inyección de toxina botulínica.

Se realizó un análisis descriptivo de 67 pacientes operados de acalasia en nuestro centro durante el periodo comprendido entre enero de 1999 hasta diciembre de 2014. La mediana de edad de la serie fue 44 años (32,44). La frecuencia entre sexos fue similar. La duración de la sintomatología fue de más de 3 años en el 40% de la serie, entre 2-3 años en el 34%, y menos de un año en el 16%. Sesenta y cinco pacientes presentaron disfagia. La regurgitación se presentó en el 64% de los casos. El dolor fue referido como el tercer síntoma más frecuente, 45%. Solo hubo dos casos de pacientes con historia clínica de broncoaspiraciones. La dilatación se realizó previo a la cirugía en el 35% de los casos: 1-2 en catorce pacientes, 3 en cinco pacientes y más de 3 en un paciente. Todas se realizaron por vía laparoscópica, siendo necesaria la conversión en cuatro pacientes. La técnica antirreflujo utilizada fue el Dor salvo en tres pacientes. Intraoperatoriamente, destacar seis casos de perforación gástrica y cuatro casos de perforación esofágica. No hubo complicaciones postoperatorias en el 91% de la serie. Las complicaciones registradas fueron en su mayoría tipo I-II según la clasificación de Dindo-Clavien. En el seguimiento, diecinueve pacientes presentaron alguna forma de recidiva sintomática.

Nuestra experiencia en la realización de yeyunostomías en los últimos 10 años

Durán Muñoz-Cruzado, Virginia; Dueñas Disotuar, Sunset; Ibáñez Delgado, Francisco; Vazquez Medina, Antonio; Barranco Moreno, Antonio; Morales Conde, Salvador; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: Las indicaciones para realizar una yeyunostomía son varias, siendo la más común la imposibilidad de usar con seguridad el tubo digestivo superior como vía de alimentación, generalmente de manera transitoria durante un periodo prolongado. La realización de una yeyunostomía nos ofrece numerosas ventajas, sin embargo, esta técnica no está exenta de complicaciones. El objetivo de nuestro estudio es analizar el porcentaje de complicaciones asociadas a la implantación de una yeyunostomía.

Materiales y métodos: Hemos realizado un análisis retros-

pectivo de los datos de los pacientes a los que se ha realizado una yeyunostomía de alimentación en nuestro hospital desde enero de 2005 hasta diciembre de 2015. Hemos analizado edad, sexo, indicación de yeyunostomía, tiempo de utilización de la misma, complicaciones postquirúrgicas, complicaciones asociadas al catéter y al uso de nutrición, IMC y proteínas totales previo y tras la cirugía.

Resultados: Se estudiaron 99 pacientes (67,7 % hombres) de entre 19 y 83 años (media de 62 ± 13), entre los cuales la indicación más frecuente de realización de yeyunostomía de alimentación era la cirugía del cáncer de esófago (técnica Ivor Lewis) en el 30,3% de los casos, seguida de la intolerancia oral secundaria a la patología oncológica esófago/gástrica inoperable (29,3%), con un tiempo medio de utilización de la yeyunostomía de 5,6 meses [1-84.] El porcentaje de complicaciones postquirúrgicas fue del 49,5%, siendo las complicaciones más frecuentes la dehiscencia de sutura y el distrés respiratorio secundario a otras causa, pero ninguna relacionada con la realización de la yeyunostomía. El 19,2% de los pacientes ha presentado una complicación en relación con la infusión de la nutrición a través de la yeyunostomía (2 fugas de la nutrición, 8 salidas del catéter, 1 sangrado del catéter y 7 obstrucciones del catéter), todas fueron resueltas sin necesidad de cirugía ocasionando molestias mínimas en los pacientes. En el 21,2% de estos pacientes se ha encontrado una complicación relacionada con la nutrición enteral: 11 diarrea, 7 dolor abdominal y 1 vómitos. Todas se resolvieron al disminuir el aporte de nutrientes enteral. Finalmente con respecto a parámetros nutricionales se compararon las medias de IMC ($24,25$ vs $21,4$ kg/m²; $p > 0,05$) y el cambio en la media de las proteínas totales pre y postquirúrgico ($5,7$ vs $6,5$ g/dl; $p < 0,05$).

Conclusiones: Las complicaciones médicas, quirúrgicas e incluso aquellas asociadas a la administración de la nutrición son poco frecuentes cuando se realiza una yeyunostomía de alimentación, confirmando que se trata de un procedimiento seguro que permite el soporte nutricional a través de la vía enteral en pacientes con incapacidad para utilizar el tracto digestivo superior. Cabe destacar que la recuperación ponderal y de otros parámetros nutricionales es poco significativa clínicamente, hecho que podría deberse al corto periodo de utilización de la misma y a la patología de base de estos pacientes.

Fuga precoz tras gastrectomía vertical laparoscópica tratada conservadoramente

Mayo Ossorio, M^a de los Ángeles; Pacheco García, José Manuel; Ayllon Gámez, Saray; Peña Barturen, Catalina; Rodríguez Ramos, Claudio; Vilchez López, Francisco Javier; Sancho Maraver, Eva María; Aguilar Disodado, Manuel; Fernandez Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar Cádiz

Introducción: La Gastrectomía Vertical laparoscópica es una técnica bariátrica segura con similar pérdida ponderal y resolución de las comorbilidades comparada con el bypass gástrico(1-3). No obstante, existen complicaciones entre las que se encuentran las fugas, el sangrado y la estenosis. La incidencia de fuga se sitúa entre 1-7%(4-8). El manejo endos-

cópico mediante stent está demostrado en las fugas tardías, así como en las estenosis, pero su papel no está bien definido en la fuga precoz.

Objetivo: Presentamos un caso clínico de manejo de fuga precoz de la gastrectomía vertical mediante drenaje percutáneo y stent endoscópico con buen resultado.

Material y método: Paciente de 50 años con obesidad mórbida IMC 50.9 Kg/m² (peso 130,4 kg, Talla 159 cm). Comorbilidades: HTA, Dislipemia, Síndrome metabólico, hipotiroidismo, gonartrosis. Se realiza según protocolo Gastrectomía vertical laparoscópica tutorizada con sonda de 34fr, empleando echelon flex powered de 60°, tutorizada con Seamguard® a 6 cm de píloro, sin incidencias. Inicia tolerancia oral a las 24 horas de la cirugía y es dada de alta al 3º día PO. Reingresa el mismo día del alta por la tarde con cuadro de fiebre de 38°C sin otra sintomatología. TAC abdominal con gastrografin® confirma la presencia de fuga de Gastrectomía vertical y colección de 3x4cm intraabdominal adyacente a la fuga.

Resultados: Ante la estabilidad hemodinámica de la paciente y la no presencia de datos de Sepsis se decide manejo conservador, realizándose punción percutánea ecodirigida de la colección y Endoscopia Digestiva Aalta bajo anestesia general que confirma fuga por debajo de ángulo de Hiss así como estenosis distal a la misma. Se realiza dilatación con balón hidrostático de la estenosis y se coloca prótesis de manga gástrica (pedir marca a Claudio) de 18 cm de longitud y 30/27 cm de diámetro cubriendo la zona de fuga y sobrepasando la estenosis. Se deja Sonda de nutrición enteral. Realizamos punción drenaje de colección intraabdominal y la paciente es dada de alta. A la semana se le retira la sonda nasogástrica e inicia tolerancia oral. Evoluciona favorablemente y se retira la endoprótesis a las 6 semanas apreciándose completa cicatrización de la zona de la fuga y resolución de la estenosis.

Conclusiones: El tratamiento tradicional de las fugas tempranas en la línea de grapas tras la Gastrectomía vertical es quirúrgico sobretodo en casos de inestabilidad del paciente o sepsis, sin embargo, la colocación endoscópica de stents metálicos cubiertos, autoexpandibles (SEMS) se ha convertido en un tratamiento común para las fugas tempranas [9,10]. Otro problema es la estenosis secundaria a una fuga anterior o ulceración de la línea de grapado. El tratamiento endoscópico de estas estenosis incluye dilatación, con o sin colocación de SEMS, en un intento de prevenir reestenosis [9]. En el caso de nuestra paciente el tratamiento inicial podría haber sido quirúrgico, pero dado que no presentaba inestabilidad ni datos de SIRS, se optó por manejo conservador con buenos resultados, por lo que pensamos se deberá individualizar el tratamiento en cada caso.

Cirugía de las glándulas suprarrenales: experiencia en nuestro centro

Romacho López, Laura; Pitarch Martínez, María; Montiel Casado, María Custodia; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Rodríguez Cañete, Alberto; Bondía Navarro, José; Cabañó Muñoz, Daniel; Mirón Fernández, Irene; Blanco Elena, Juan Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La patología quirúrgica de las glándulas suprarrenales es infrecuente y tratada por distintos especialistas en cada centro.

Objetivo: Analizar características y resultados de las adrenalectomías realizadas en nuestro centro en los últimos años.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y analítico incluyendo todas las intervenciones quirúrgicas de suprarrenalectomía realizadas durante el periodo 2009-2015 en el Hospital Regional Universitario de Málaga. Análisis estadístico mediante SPSS v22.

Resultados: El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue el incidentaloma con 23 casos (45%), seguido de HAP(16%), feocromocitoma(14%), metástasis (14%), síndrome Cushing(12%), y carcinoma(4%). El 56% de los tumores eran funcionantes.

En cuanto a las pruebas complementarias, se realizó en todos los casos TC y determinación hormonal, RMN 43%, gammagrafía 26% y PET 15%. La sensibilidad y especificidad del TC fue del 73% y 81%, respectivamente (p=0,003), mientras que con la RM fue del 83% y del 60%, respectivamente (p=0,09). La eficacia diagnóstica del TC y la RM fue del 79% y 67%, respectivamente. Se observó que el tamaño de la lesión representaba un área bajo la curva de 0,69 como predictor de malignidad (p=0,03). El punto de corte óptimo en nuestra serie para sospechar malignidad fue de 4,6 cm.

La cirugía fue realizada por laparoscopia en 46 pacientes (90%). La mayoría no presentaron complicaciones postoperatorias (82%), y estas fueron de grado I-III según la clasificación de Clavien-Dindo. La mediana de la estancia fue de 2 días.

La mayoría de los incidentalomas resecaados fueron adenomas. En cuanto al seguimiento, en 20% de tumores funcionantes persistió disfunción hormonal. Dentro de patología maligna, se detectaron 5 pacientes con recidiva. De estos, hubo cuatro éxitos y sólo uno permanece vivo, operado de metástasis de origen pulmonar.

Discusión: En nuestro centro el abordaje laparoscópico es el gold estándar, obteniendo excelentes resultados postoperatorios y en el seguimiento. Las pruebas de imagen nos ofrecen una adecuada exactitud diagnóstica.

Análisis poblacional en la patología tumoral tiroidea perfil de nuestros pacientes y resultados quirúrgicos en un Hospital General de Especialidades

Díez Núñez, Ana; Robles Pacheco, María Isabel; Najeb Alassad; Assad; Carral Sanlaureano, Florentino; Mendoza Esparrel, Gloria María; Pérez Alberca, Carmen María; Salas Álvarez, Jesús María; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario Puerto Real

Objetivo: Analizar el perfil del paciente y los resultados en el tratamiento quirúrgico del cáncer de tiroides en un Hospital General de Especialidades.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo durante el periodo comprendido entre enero-2010 y enero-2016 de

un total de 162 pacientes que fueron intervenidos de manera programada por patología tiroidea sospechosa de malignidad. Los criterios de inclusión fueron pacientes del área hospitalaria, en seguimiento por el Servicio de Endocrinología con sospecha de patología tumoral tiroidea confirmada con ecografía tiroidea y PAAF. En dicho estudio, se contemplan un total de 18 ítems para el análisis de resultados: sexo, edad, localidad, NH, se realiza PAAF, resultado PAAF, sospecha diagnóstica, fecha cirugía, tipo cirugía, diagnóstico anatomopatológico definitivo, correlación PAAF-diagnóstico AP, tasa de complicaciones post-quirúrgicas, comorbilidad a medio-largo plazo, estadio tumoral, tratamiento con radioyodo, dosis sustitutiva de hormonas tiroideas.

Resultados: En nuestro grupo de pacientes, encontramos 22 varones (13,6%) y 140 mujeres (86,4%). La media de edad fue de 46,7 años, desviada por edades extremas con un rango de 19-83 años. Se realiza ecografía tiroidea junto con PAAF en el 100% de los pacientes. Los resultados de la PAAF son: proliferación folicular 72 casos (44,4%), sospecha malignidad 43 casos (26,5%), proliferación oncocítica 17 casos (10,5%), hiperplasia nodular-coloide 18 casos (11,1%) y no diagnóstica 12 casos (7,4%). La correlación PAAF-estudio AP tuvo un porcentaje de acierto del 43%. El diagnóstico inicial de sospecha fue de cáncer de tiroides en 132 casos (81,5%) y el resto, 30 casos (18,5%), un hallazgo en el estudio AP.

Con respecto al acto quirúrgico, las técnicas quirúrgicas fueron: tiroidectomía total en 111 casos (68,5%), hemitiroidectomía en 51 casos (31,5%). De ellos, se realiza una segunda intervención en 34 pacientes: completar tiroidectomía en dos tiempos en 23 pacientes (14,2%) y vaciamiento cervical en 11 pacientes (6,8%).

El estudio AP definió: patología benigna en 61 casos (37,6%); carcinoma papilar en 85 casos (52,5%); carcinoma folicular en 13 casos (8,1%) y carcinoma indiferenciado en 3 casos (2%). La estadificación tumoral fue de bajo riesgo en 89 pacientes (88,2%), alto riesgo en 12 pacientes (11,8%), presentando estadio metastásico en 3 casos. Precisarón terapia ablativa con radioyodo I-131 un total de 89 pacientes (67,4%). Precisarón terapia hormonal sustitutiva en un 88,9% de los casos, siendo la dosis media de 100 mcg/día.

La estancia media hospitalaria de nuestros pacientes es de 24 horas, salvo complicaciones. El 66% de ellos evoluciona favorablemente y sin complicaciones en el postoperatorio, siendo dados de alta al 1º día postquirúrgico. Se registra un 34% de tasa de morbilidad, que prolonga la estancia hospitalaria, atribuible a las siguientes complicaciones: hipoparatiroidismo 19,7%, disfonía 10,5%, hipocalcemia precoz 5%, lesión recurrente 4% e infección de herida quirúrgica 3,7%. Precisarón traqueostomía de urgencia en 5 casos. La tasa de mortalidad ha sido nula en el total de la serie.

Conclusión: El cáncer de tiroides tiene un claro predominio femenino, con un rango de edad de 40-50 años preferentemente. El estudio preoperatorio incluye ecografía tiroidea y PAAF en todos los casos. La PAAF es diagnóstica sólo en un 43%. En un 82% se trata de patología tumoral, siendo de alto riesgo tan sólo en un 11,8%. La técnica quirúrgica de elección fue la tiroidectomía total. La tasa de complicaciones fue del 34%, siendo la más frecuente el hipoparatiroidismo.

El empleo de cirugía en la sospecha de patología tumoral

tiroidea es segura, eficaz y conlleva un alto grado de satisfacción en los pacientes. Se asocia a una estancia hospitalaria en régimen CMA y a una baja tasa de morbilidad. Abogamos por su uso prioritario ante la sospecha de patología tumoral.

¿Es la citología un método eficaz en el diagnóstico de patología tiroidea? Análisis de resultados en un Hospital General de Especialidades

Díez Núñez, Ana; Najeb Alassad, Assad; Robles Pacheco, Maria Isabel; Carral Sanlaureano, Florentino; Pérez Alberca, Carmen María; Mendoza Esparrel, Gloria María; Salas Álvarez, Jesús María; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario Puerto Real

Objetivo: Analizar los resultados de la citología-PAAF comparada con un diagnóstico definitivo anatomopatológico post-quirúrgico en la cirugía tiroidea en un Hospital General de Especialidades.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo durante el periodo comprendido entre enero-2010 y enero-2016 de un total de 649 pacientes que fueron intervenidos de manera programada por patología tiroidea. Los criterios de inclusión fueron pacientes del área hospitalaria, en seguimiento por el Servicio de Endocrinología, a los que se les realiza citología-PAAF en el preoperatorio y se compara con el resultado del estudio anatomopatológico tras cirugía. En dicho estudio, se contemplan un total de 18 ítems para el análisis de resultados: sexo, edad, localidad, NH, se realiza PAAF, resultado PAAF, sospecha diagnóstica, fecha cirugía, tipo cirugía, diagnóstico anatomopatológico definitivo, correlación PAAF-diagnóstico AP, tasa de complicaciones post-quirúrgicas, comorbilidad a medio-largo plazo, estadio tumoral, tratamiento con radioyodo, dosis sustitutiva de hormonas tiroideas.

Resultados: En nuestro grupo de pacientes, encontramos 99 varones (15,2%) y 550 mujeres (84,7%). La media de edad fue de 50,7 años, desviada por edades extremas con un rango de 19-83 años. Se realiza ecografía tiroidea junto con PAAF en el 92,1% de los pacientes. Los resultados de la PAAF son: patología benigna en 255 casos (43,1%), sospecha malignidad en 170 casos (28,7%) e insuficiente/no diagnóstica en 167 casos (28,2%). La correlación PAAF-estudio AP tuvo un porcentaje de acierto del 75,5%.

Dentro de los pacientes con estudio PAAF prequirúrgico con resultado benigno, la prueba acierta con una tasa de verdaderos negativos del 92,5%, siendo la tasa de falsos negativos del 7,5%. Todo ello, conlleva a un infradiagnóstico de patología maligna tiroidea con una probabilidad del 7,5%.

Los pacientes que presentaron estudio PAAF prequirúrgico con resultado maligno, la prueba acierta con una tasa de verdaderos positivos del 50%, siendo la tasa de falsos positivos del 50%. Esto provoca un exceso de tratamiento, con sobreindicación de tiroidectomía total y los riesgos que ellos conllevan, a la mitad de los pacientes con diagnóstico PAAF positivo para malignidad.

En aquellos casos en los que la prueba dio un resultado insuficiente o no diagnóstico (28,2%), tras el estudio anato-

mopatológico de la pieza, se confirmó una etiología benigna en el 92.8% de los casos, siendo un 7% no diagnosticados de patología tumoral.

Con respecto a los pacientes a los que no se les realizó PAAF prequirúrgica, el 100% de los casos presentaron etiología benigna tras el estudio AP.

Excluyendo los resultados insuficientes o no diagnósticos obtenidos con la PAAF, se realiza estudio estadístico del resto de resultados que hemos obtenido en nuestra muestra, obteniendo unos resultados de: sensibilidad del 81.7%; especificidad del 73.5%; valor predictivo positivo del 50% y valor predictivo negativo del 92.5%.

Conclusión: La realización de PAAF previa cirugía tiroidea está ampliamente indicada en nuestro ámbito hospitalario con una tasa de realización del 92.1%.

Tras el análisis de nuestra muestra, comprobamos que la PAAF tiene unos valores de sensibilidad y especificidad moderadamente aceptables.

El empleo de PAAF previa a la cirugía tiroidea es segura y con baja tasa de morbilidad. Se trata de una técnica eficaz para descartar patología maligna con un VPN del 92.1%, sin embargo, ante resultados positivos para malignidad, deberíamos complementar el estudio con alguna otra técnica ya que el VPP es tan sólo del 50%, exponiendo al paciente a una tiroidectomía total con los riesgos que esta cirugía conlleva. Abogamos por un uso razonado de la misma, sin que influya exclusivamente en la indicación quirúrgica.

Análisis de resultados en la cirugía de patología tiroidea en un Hospital General de Especialidades

Díez Núñez, Ana; De la Vega Olías, María del Coral; Robles Pacheco, María Isabel; Najeb Alassad, Assad; Salas Álvarez, Jesús María; Mendoza Esparrel, Gloria María; Pérez Alberca, Carmen María; Álvarez Medialdea, Javier; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario Puerto Real

Objetivo: Analizar de los resultados en cirugía tiroidea en un Hospital General de Especialidades.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo durante el periodo comprendido entre enero-2010 y enero-2016 de un total de 649 pacientes que fueron intervenidos de manera programada por patología tiroidea. Los criterios de inclusión fueron pacientes del área hospitalaria, en seguimiento por el Servicio de Endocrinología con sospecha de patología tiroidea confirmada con ecografía tiroidea y PAAF. En dicho estudio, se contemplan un total de 18 ítems para el análisis de resultados: sexo, edad, localidad, NH, se realiza PAAF, resultado PAAF, sospecha diagnóstica, fecha cirugía, tipo cirugía, diagnóstico anatomopatológico definitivo, correlación PAAF-diagnóstico AP, tasa de complicaciones post-quirúrgicas, comorbilidad a medio-largo plazo, estadio tumoral, tratamiento con radioyodo, dosis substitutiva de hormonas tiroideas.

Resultados: En nuestro grupo de pacientes, encontramos 99 varones (15.3%) y 550 mujeres (84.7%). La media de edad fue de 50.7 años, desviada por edades extremas con un rango de 19-83 años.

Durante estudio prequirúrgico se realiza ecografía tiroidea en todos los pacientes y se asocia PAAF en el 92.1% de los mismos. Los resultados de la PAAF fueron: patología benigna 43.1%, sospecha malignidad 28.7% e insuficiente/ no diagnóstica en un 28.2%. El diagnóstico inicial de sospecha fue de cáncer de tiroides en 162 casos (24.9%) y el resto, 487 casos (75%) patología benigna.

Con respecto al acto quirúrgico, las técnicas quirúrgicas fueron: tiroidectomía total en 432 casos (66.5%), hemitiroidectomía en 197 casos (30.4%), paratiroidectomía en 20 casos (3.1%). De ellos, se realiza una segunda intervención en 34 pacientes: completar tiroidectomía en dos tiempos en 28 pacientes (14.2%) y vaciamiento cervical en 11 pacientes (2.5%).

La estancia media hospitalaria de nuestros pacientes es de 24 horas, salvo complicaciones. El 73.1% de ellos evoluciona favorablemente y sin complicaciones en el postoperatorio, siendo dados de alta al 1º día postquirúrgico. Se registra un 26.9% de tasa de morbilidad, que prolonga la estancia hospitalaria, atribuible a las siguientes complicaciones: hipocalcemia precoz 32.1%, hipoparatiroidismo 23.9%, disfonía 22.7%, parálisis transitoria del nervio recurrente laríngeo con completa recuperación posterior 15.6%, sangrado intraoperatorio con sospecha de lesión del nervio recurrente laríngeo y traqueostomía de urgencia 2.6%, parálisis definitiva no recuperable del nervio recurrente laríngeo 0.3%. La tasa de mortalidad ha sido nula en el total de la serie.

Conclusión: La complicación más frecuente es la hipocalcemia en el postoperatorio precoz, de la cual se recuperan en un 26% y no precisarán tratamiento substitutivo con calcio.

La segunda en frecuencia es la disfonía, que en nuestra serie es atribuible a una lesión transitoria del nervio recurrente laríngeo en un 68%, definitiva en un 1.2% y por otras causas (edema de Reinke, fumador, tosedor crónico, RGE) en un 30.8%.

La complicación más grave y temida en este tipo de cirugía continúa siendo el sangrado intraoperatorio con lesión del nervio recurrente laríngeo y necesidad de traqueostomía de urgencia por parálisis bilateral de las cuerdas vocales en posición paramediana.

Aunque no exenta de riesgos, la cirugía de la patología tiroidea presenta buenos resultados y un alto índice de satisfacción entre nuestros pacientes.

Revisión de nuestra serie de adrenalectomías laparoscópicas y comparación de dos periodos

Ocaña-Wilhelmi, Luis; Corrales-Valero, Elena; Monje-Salazar, Cristina; Glückmann-Maldonado, Enrique; Soler-Humanes, Rocío; Villuendas-Morales, Francisco

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: La primera adrenalectomía laparoscópica la realiza Michel Gagner en 1992. Desde entonces se ha convertido en el Gold Standard y nuestro grupo se adhiere precozmente.

Objetivos: Revisar y Analizar todos los aspectos de nuestra serie de Adrenalectomías de los últimos 12 años, comparando

dos periodos de 6 años, en que se hicieron 54 y 62 procedimientos, respectivamente.

Material y Métodos: Durante el periodo de estudio se han intervenido en nuestro Hospital 116 pacientes por tumoraciones suprarrenales. La vía de acceso preferida es Laparoscópica Lateral Transabdominal. Empleamos para el análisis estadístico el sistema SPSS 22.1.

Resultados: En el primer periodo de estudio (Enero 2004 a Junio 2010) se intervinieron 54 pacientes, donde las indicaciones principales fueron el Feocromocitoma y el Adenoma (ambos con 13 casos). La estancia media en estos años supera los 4 días (4,52 días). Hubo conversión a cirugía abierta en 3 casos. Sin embargo en el segundo periodo (Julio 2010 a Abril 2016) el diagnóstico principal es el Hiperaldosteronismo Primario (18 casos), seguido del Feocromocitoma (11), Sdme de Cushing (8), Adenoma (7), Mielolipoma (6) y con 3,2 y 1 caso otros diagnósticos (Quiste, Mtx Pulmón, Ca SR, Tumor Virilizante, Linfoma, Liposarcoma, Mtx de Ca de Endometrio, Fibrolipoma). No hubo conversión a cirugía abierta. La estancia media en este segundo periodo no llega a los tres días.

Conclusiones: Gracias a la Cirugía Minimamente Invasiva, se han ampliado las indicaciones. Llama la atención del aumento de Hiperaldosteronismos Primarios, seguramente por dos aspectos: la mejora de las técnicas de imagen y la menor agresión quirúrgica que la vía laparoscópica ofrece. Igualmente, la mayor experiencia hace que no se produzcan conversiones a Cirugía Abierta y tanto la morbilidad como la estancia media se hayan reducido.

Clasificación bethesda para nódulos tiroideos: comparación de la PAAF de las categorías 3 y 4 con el resultado patológico definitivo; ¿debemos seguir la guía ata 2015?

García-García, Blanca; Monje-Salazar, Cristina; Ocaña-Wilhelmi, Luis; Glückmann-Maldonado, Enrique; Soler-Humanes, Rocío; Villuendas-Morales, Francisco

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria

Introducción: Los nódulos tiroideos son muy frecuentes, sobre todo en las mujeres. La Clasificación en 6 Categorías "The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology" ha sido ampliamente seguida a nivel mundial.

Objetivos: Comparar los resultados de la PAAF (Categorías Bethesda 3 y 4 intervenidos desde Enero 2014 a Marzo 2016) con el informe patológico definitivo. Reflexionar sobre las nuevas recomendaciones de la Guía ATA 2015.

Material y Métodos: En este periodo (27 meses) se intervinieron en nuestro Servicio 376 pacientes por patología tiroidea, de los cuales 108 fueron clasificados por PAAF como Categoría Bethesda 3 y 4. Los patólogos que realizaron los estudios fueron los mismos, así como los cirujanos. Empleamos para el análisis estadístico el sistema SPSS 22.1.

Resultados: La mayoría de los pacientes fueron mujeres (90 / 83,3%). La edad media casi 50 años (49,93) y la estancia media inferior a 2 días (1,98). De los Bethesda 3 el 24,7% tenían un Carcinoma de Tiroides. De los Bethesda 4 el 51,5%. La morbilidad de la Serie (Clavien-Dindo) supuso una paráli-

sis recurrencial unilateral (0,9%), cuatro hematomas sofocantes (3,7%), 13 hipocalcemias analíticas y 11 sintomáticas. No hubo mortalidad. La técnica quirúrgica más realizada fue la Tiroidectomía Total (69).

Conclusiones: En nuestro medio, y a tenor de los resultados, superamos ampliamente las expectativas de carcinoma en Categoría 3 (25% frente al 5 / 15% del Sistema Bethesda) y en Categoría 4 (51% frente al 15 / 30%). Además si la nueva Guía ATA 2015 es más reservona en cuanto al tratamiento quirúrgico, no recomendando ya la lobectomía para el Bethesda 3, sino su seguimiento y nueva PAAF, más difícil será tomar la decisión correcta (nos dejaríamos un 25% de carcinomas sin operar en Categoría 3).

Registro anual de la patología maligna de mama en la ugc de cirugía general del Hospital de Jerez

Díaz Oteros, Mercedes; Domínguez Reinado, Rosario; Escalera Pérez, Raquel; Medina Achirica, Carlos; García Molina, Francisco José

Hospital General de Jerez de la Frontera

Introducción: El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres. La incidencia aumenta en España en un 2-3% anual, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más precoz.

Objetivos: Evaluación de los resultados de la actividad quirúrgica sobre la patología maligna de la mama en la unidad de gestión clínica de Cirugía general y Aparato digestivo del Hospital de Jerez de la Frontera durante el año 2015.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015. Datos recogidos por los facultativos adscritos a la sección de mama y registrados en una base de datos diseñada específicamente. Se incluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de mama intervenidos por nuestra unidad y se excluyeron aquellos pacientes con patología benigna de mama. Se valoró: realización de BSGC, cirugía conservadora de mama, pacientes intervenidas postneoadyuvancia y reconstrucción inmediata.

Resultados: Se intervinieron a 132 pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de mama. A 92 pacientes (69,69%) se les realizó la técnica de BSGC, teniendo todos ellos indicación de la misma. Fueron sometidas a cirugía conservadora de mama 88 pacientes (66,66%), realizándose 81 tumorectomías y 7 ampliaciones de márgenes. Fueron intervenidas 27 pacientes tras neoadyuvancia (20,30%), 18 fueron sometidos a BSGC y a 6 se les realizó cirugía conservadora de mama. Se realizó reconstrucción inmediata en 14 pacientes de los 43 que fueron sometidos a una mastectomía.

Conclusión: El abordaje multidisciplinar de la patología maligna de mama es fundamental para su correcto tratamiento y seguimiento.

La BSGC es una técnica estándar en el tratamiento quirúrgico de cáncer de mama, disminuye significativamente la morbilidad postoperatoria y aumenta la calidad de vida sin disminuir la supervivencia libre de recidiva.

La cirugía conservadora de la mama consigue mejores

resultados estéticos sin disminuir la intencionalidad oncológica.

Elastofibroma torácico. Revisión de nuestra experiencia en los últimos tres años

Rodríguez Padilla, Ángela; Pérez Quintero, Rocío; Beltrán Miranda, Pablo; Bejarano González-Serna, Daniel; Candón Vázquez, Juan; Balongo García, Rafael

Complejo Hospitalario Universitario de Huelva

Introducción: El elastofibroma dorsi es un tumor relativamente raro de tejidos blandos. Se trata de una lesión no encapsulada hipocelular y con contenido variable de colágeno, grasa y fibras elásticas. Su incidencia es variable, produciéndose entre la cuarta y la séptima década de la vida, y es más común en las mujeres. El diagnóstico diferencial debe realizarse con lesiones o tumores subcutáneos, como lipomas, fibrolipomas, formaciones quísticas o tumores más agresivos.

El objetivo de esta revisión es analizar nuestra serie de pacientes diagnosticados de elastofibroma dorsi y tratados quirúrgicamente en nuestro centro.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo y descriptivo de los elastofibromas intervenidos en nuestro centro entre 2013 y 2015. Se analizan variables sociodemográficas, aspectos quirúrgicos, estancia y complicaciones, realizando el análisis estadístico con SPSS vs 21.

Resultados: Presentamos una serie de 12 pacientes, 5 mujeres y 7 varones, con mediana de edad de 68 años (intervalo de 53-84 años). Tres de los pacientes presentaban lesión bilateral. El síntoma más frecuente fue el dolor. El diagnóstico se realizó mediante exploración física, tomografía computarizada y/o resonancia magnética nuclear para confirmar el diagnóstico en casos dudosos. La cirugía de exéresis se realizó bajo anestesia general, con márgenes macroscópicos libres, sin observarse complicaciones mayores. No se registró mortalidad y solo un paciente presentó un seroma con infección de herida quirúrgica que se trató de forma conservadora con buena evolución. Los pacientes fueron dados de alta entre el segundo y tercer día postoperatorio. El estudio anatomopatológico confirmó una masa hipocelular con tejido colágeno irregular asociado a fibras elásticas compatible con fibroelastoma.

Conclusión: El elastofibroma es un tumor de la pared torácica infrecuente y/o infradiagnosticado con un impacto incierto que requiere su exéresis solo en pacientes sintomáticos. El postoperatorio es rápido y con morbimortalidad escasa aunque debe tenerse en cuenta la posibilidad de hematoma del lecho quirúrgico, seromas de la herida y la recidiva del mismo si los márgenes no fueron lo suficientemente amplios, siendo en algún caso difícil de discriminar.

Curso de ecografía "point of care" para cirujanos. Resultados de la encuesta de satisfacción a los alumnos de MUSEC en España tras 3 años de experiencia

Ortega Higuero, Rubén; Martínez Casas, Isidro; Paduraru, Mihai; Membrilla, Estela; Landaluce, Aitor; Ugarte, Soledad; Güell, Mercè; Farré, Roser; Capitán Valley, José María

Complejo Hospitalario de Jaén

Introducción: MUSEC es un curso modular dirigido a cirujanos y médicos de urgencia impartido por la European Society for Trauma and Emergency Surgery. El objetivo del curso es acercar a los alumnos a la ecografía como método diagnóstico en situaciones de urgencia. Consta de un contenido e-learning previo a una fase presencial con casos clínicos, conferencias y talleres que ocupan 2/3 del tiempo del curso.

Objetivo: Evaluar la satisfacción del alumnado tras la realización del curso para reconocer áreas de mejora.

Material y métodos: Desde mayo de 2013 se han realizado 30 cursos en Europa, de los cuales 7 en nuestro país. Estudio descriptivo de la encuesta de satisfacción obtenida de los alumnos en los cursos realizados en España. Han participado un total de 99 alumnos, obteniéndose 98 respuestas. La encuesta evalúa la destreza del alumno con la ecografía previa al curso y sus impresiones al respecto tras finalizarlo, así como su opinión sobre la estructura y sus fases. El alumno evalúa el material didáctico (videos, presentaciones, talleres con modelo sano y simuladores sintéticos) así como las estrategias orientadas a solucionar problemas y destrezas (técnicas y educativas) de instructores. Finalmente se solicita opinión sobre la duración curso y su coste.

Resultados: Se han realizado cursos en 4 comunidades autónomas (Comunidad Valenciana, Madrid, Cataluña y País Vasco). No hay diferencias significativas entre los resultados obtenidos en las diferentes comunidades ni a lo largo del tiempo. La edad de los participantes es <40 años en el 67% y el 54% son cirujanos, 22% residentes de cirugía y 23% médicos de urgencia. Previo a la realización del curso, el 50% de los participantes se declaran incapaces de realizar una ecografía, y al finalizarlo el 99% se sienten capacitados. El 66% de los alumnos valoran el curso como muy útil y el 14% como indispensable. Para el 90% se cumplen la mayoría de los objetivos del curso. El 72% de los alumnos consideran muy importantes los talleres, frente a solo el 21% el contenido e-learning. El área de aprendizaje mejor valorada son también los talleres, seguidos del video y los casos clínicos. Son también muy bien valorados la orientación a la toma de decisiones clínicas y la interacción con los instructores. La duración del curso (1 jornada de 2 módulos en todos los casos) es apropiada para el 67% de los encuestados y corta para el 24%. El coste del curso es razonable para el 55% de los alumnos y caro para el 35%. Lo peor del curso fue la condensada carga teórica y lo mejor los talleres. El 100% de los encuestados recomendaría el curso y el 98% repetiría. Estos resultados pueden presentar un sesgo por la proximidad a la realización del curso, y se completan con una encuesta on-line remitida al año de la realización del mismo.

Conclusiones: El grado de satisfacción general de los encuestados con el curso es muy alto. Los talleres son el área mejor valorada y el contenido e-learning lo más susceptible de mejora.

Tratamiento de la ascitis quilosa abdominal

González Callejas, Cristina; Huertas Peña, Francisco; Becerra Masare, Antonio; Pérez Durán, Carmen; González Crespo, Francisco

Hospital Inmaculada Concepción, Granada

Introducción: La ascitis quilosa es la acumulación de líquido rico en triglicéridos en la cavidad abdominal. Entre las etiologías frecuentes destacan los procesos neoplásicos y las ascitis postoperatorias. El tratamiento quirúrgico sólo se contempla cuando no existe respuesta al tratamiento médico conservador.

Objetivos: Presentamos un caso de ascitis quilosa postoperatoria que responde de forma satisfactoria al tratamiento médico con octeotride y dieta rica en proteínas.

Material y métodos: Paciente de 51 años con AP de intervención quirúrgica de masa retroperitoneal con quiloascitis crónica que acude al Servicio de urgencias por fiebre, astenia y aumento del perímetro abdominal. En la exploración se evidencia distensión abdominal, no dolor a la palpación, no signos de peritonismo. En la analítica leve aumento de transaminasas sin otras alteraciones. Se realiza TAC abdominal que informa de la presencia de severa cantidad de líquido ascítico, valorar fibrosis retroperitoneal. Se realiza paracentesis evacuadora con alto débito y estudios microbiológicos y anatomopatológicos negativos. Se pauta tratamiento médico conservador con dieta absoluta y octeotride con mejoría clínica importante por lo que es dada de alta a los 10 días. En seguimiento en Consulta en el momento actual.

Resultados: La ascitis quilosa es la acumulación de líquido rico en triglicéridos en la cavidad abdominal. Existen múltiples etiologías: procesos neoplásicos, infecciones, malformaciones congénitas del sistema linfático así como cirrosis. En cuanto a la incidencia es baja pero ha aumentado con la mayor supervivencia de los pacientes oncológicos y la realización de intervenciones más agresivas. La presentación clínica es la distensión abdominal que puede acompañarse de dolor abdominal, fiebre, astenias y, según la etiología, fiebre. Las pruebas complementarias como la ecografía y la TAC nos informan de la presencia de líquido intraabdominal pero el diagnóstico de confirmación nos lo proporciona el análisis de la ascitis donde se evidencian concentraciones de triglicéridos muy elevadas. El tratamiento de elección es el tratamiento médico con dieta y diuréticos. Las paracentesis de repetición también son utilizadas para la descompresión abdominal. Otras medidas útiles son la nutrición con triglicéridos de cadena media y el octeotrido con altas respuestas al tratamiento. La cirugía queda relegada a aquellos casos refractarios.

Conclusiones: La ascitis quilosa es una entidad de baja frecuencia pero que puede aparecer tras cirugías abdominales. Suele responder a tratamiento conservador con dieta, diu-

réticos y somatostatina siendo el tratamiento quirúrgico la opción terapéutica de elección tan solo en casos refractarios.

Material biosintético en la reparación de hernia de hiato: resultados a 24 meses

Camacho Marente, Violeta; Alarcón del Agua, Isaías; Socas Macías, María; López Bernal, Francisco; Vázquez Medina, Antonio; Ibáñez Delgado, Francisco; Padillo Ruiz, Javier; Barranco Moreno, Antonio; Morales Conde, Salvador

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La hernia de hiato es una entidad anatómica muy frecuente, siendo difícil determinar la prevalencia exacta en la población aunque es paralela a la de la obesidad y aumenta con la edad. La cirugía está indicada en las hernias paraesofágicas o mixtas y en pacientes con ERGE sintomático a pesar de tratamiento médico, en las cuales se realizaría una funduplicatura mas cierre de pilares. El empleo de mallas en la cirugía en las hernias hiales gigantes (large hiatal hernia) es un tema controvertido en constante desarrollo respecto a la evidencia científica disponible.

El objetivo de este estudio es analizar la prevalencia en 24 meses desde la cirugía de recidiva clínica y radiológica en pacientes con HH de 3 a 5 cm sometidos a funduplicatura con cierre de pilares e hiatoplastia con malla BioA en nuestra unidad.

Material y método: Estudio de serie de casos de 15 pacientes describiendo la prevalencia clínica y radiológica de RGE en los pacientes, analizados mediante estadística descriptiva. Para su realización se realizó un seguimiento a 24 meses de los pacientes valorando recidiva clínica mediante la realización de un cuestionario y radiológica mediante la realización de un EGD.

Resultados: Se intervinieron quirúrgicamente 15 pacientes por HH entre 3-5 cm entre los años enero de 2010 y Marzo de 2015 (9 hombres, 6 mujeres). La edad media fue 58,6 (40-80) años. 2 pacientes presentaban recidiva de hernia de hiato intervenida previamente sin malla. El tiempo quirúrgico medio fue de 69,1 (37-130) minutos. No se produjeron complicaciones intraoperatorias ni durante el ingreso hospitalario, que fue de 1,3 (1-4) días de media. Todos los pacientes fueron revisados a los 6 meses con EGD y al año. 4/15 pacientes referían disfagia a los 6 meses (26%). En el EGD de control se apreciaron 2/15 (13%) recidivas radiológicas. No hubo recidivas clínicas. A los 2 años de la cirugía 11 pacientes fueron revisados con EGD. Se apreciaron 2/11 recidivas radiológicas (18%). Solo un paciente persistía con disfagia, en relación con una recidiva en el EGD (9%) y una endoscopia sin datos de migración ni erosión. Ningún paciente presentó reaparición clínica de RGE.

Conclusiones: La reparación hial con malla biosintética en el tratamiento de la hernia paraesofágica parece efectiva y segura, con una baja tasa de disfagia y sin complicaciones derivadas del empleo de esta prótesis a un seguimiento a dos años en hernia menores de 5cms. Nuevos estudios comparativos y a mayor seguimiento son necesarios para recomendar

el empleo de esta prótesis de manera sistemática en pacientes seleccionados.

Separación de componentes posterior como eventroplastia en la hernia paraestomal

Pérez Margallo, M.E.; Valera Sánchez, Z.; Naranjo Fernández, J.R.; Curado Soriano, A.; Domínguez Amodeo, A.; Jurado Marchena, R.; Navarrete de Cárcer, E.; Oliva Mompeán, F.

Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Introducción: Hernias paraestomales suponen un reto, especialmente las tipo III - IV y sobre todo las asociadas a otras eventraciones de pared abdominal, como el grado IV según la EHS. No existe ninguna técnica estandarizada para su tratamiento. La técnica de separación anatómica de componentes para la reparación de este tipo de eventraciones es una técnica efectiva y segura, siendo la vía anterior la más aceptada.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es describir el uso de la separación anatómica de componentes por vía posterior (SACP) en eventraciones paraestomales tipo III y IV.

Material y métodos: Serie pacientes intervenidos por eventración paraestomal grado IV - eventroplastia con separación de componentes vía posterior e implante en el espacio de Rossen de prótesis de polipropileno circundando la malla en ojo de cerradura.

Resultados: Media de edad 70 años. En dos de los casos, los pacientes portaban ileostomías tras realización de panproctocolectomías por colitis ulcerosas; otro paciente fue intervenido por un adenocarcinoma de colon sigmoidees con colocación de colostomía; y otro paciente presentaba una colostomía por perforación de colon secundaria a hernia de Richter incarcerada.

Postoperatorio inmediato sin complicaciones, iniciando tolerancia oral y funcionamiento de las ostomías en una media de 1,2 días y alta en una media de 6 días (rango: 5-8). De los cuatro pacientes, sólo hubo una complicación quirúrgica a las dos semanas: absceso de herida quirúrgica que se trató mediante drenaje del mismo y colocación de sistema de vacío para cierre por segunda intención. En revisiones no se constató recidiva de la eventración paraestomal.

Conclusiones: SCP como alternativa efectiva para la reparación de eventraciones paraestomales tipo III y IV, dada la complejidad de esta patología y diversidad de situaciones en cada paciente, se suma al arsenal de técnicas con el fin de alcanzar la más adecuada en cada caso.

Reconstrucción compleja de la pared abdominal: un abordaje postoperatorio multidisciplinar

Perea del Pozo, E.; Perea del Pozo, A.; Bustos Jiménez, M.; Martín Cartes, J.; Tamallo López, M.J.; Docobo Durantez, F.; Padillo Ruiz, J.

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: Los grandes defectos de la pared abdominal

son una causa importante de morbi-mortalidad en nuestro medio.

Desde nuestro servicio creemos que es preciso un replanteamiento de este tipo de pacientes de alta complejidad, realizando para ellos un abordaje multidisciplinar.

Material y métodos: Hemos seleccionado a todos los paciente intervenidos de eventroplastia abdominal o de cualquier otra intervención que haya precisado una laparotomía media amplia (superior al 50% de la longitud xifopubiana) y a todos ellos les hemos entregado al alta una serie de instrucciones detalladas en un protocolo. Las revisiones y los objetivos han sido definidos de 0 a 4 semanas, de 4 a 12 y a partir de 12.

Conclusiones: Desde nuestra unidad creemos imprescindible la instauración de un equipo multidisciplinar para pacientes con cierre de pared abdominal complejo, el enfoque del paciente debe abordarse no solo desde el punto de vista quirúrgico, es imprescindible la colaboración del equipo de la Unidad de Nutrición y dietética, Neumología y unidad de deshabituación del tabaco y Rehabilitación.

Resultados: Los resultados preliminares a 4 meses desde el inicio del mismo, han evidenciado que en los pacientes seleccionados para seguimiento y rehabilitación de la pared abdominal no han sido observadas recidivas.

Los pacientes además, han disminuido de peso, han abandonado el hábito tabáquico y su reincorporación al medio ha sido más rápida que en el grupo control.

Serie de 33.573 pacientes operados en 18 años en una UCMA satélite

Dios Barbeito, Sandra; Docobo Durantez, Fernando; Tamayo López, María Jesús; Bustos Jiménez, Manuel; Perea Del Pozo, Eduardo; Senent Boza, Ana; Padillo Ruiz, Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción y Objetivos: El objetivo del estudio es presentar los resultados de una UCMA multidisciplinar y satélite en Cirugía General, de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: De enero 1997 a diciembre 2015, 524.729 pacientes se valoraron para su intervención en Cirugía sin ingreso. Fueron operados 117.320 pacientes, 39.335 pacientes por Cirugía General y 33.573 fueron controlados (84.89%), 1622 Colectectomías laparoscópicas, 10.480 hernias inguinales, 2.706 hernias de pared, 3416 procedimientos proctológicos, 4.422 quistes pilonidales, 33 bocios multinodulares, 4.482 tumores de partes blandas, tumores benignos de mama y adenopatías, 487 varices de miembros inferiores, 5931 procesos de cirugía menor.

Se valora la tasa de curación, complicaciones, recidivas, tasa de reingreso y reintervención, índice de sustitución, tasa de suspensiones.

Resultados: En los 33.573 pacientes de Cirugía General la tasa de curación fue del 96.98 % (32.560 pacientes), curación con secuelas 3% (1009 pacientes) y en un 0.01% problemas no resueltos (4 pacientes).

Complicaciones: Dolor 159 (0.47%), coleperitoneo 8 (0.49%), infección herida 79 (0.23%), recidiva herniaria 71 (0.53%), sangrado herida incisional 47 (0.13%).

Reingresos 211 (0.62%); Reintervenciones 165 (0.49%).

Índice de Sustitución 98.01%.

Estancias: Total cirugía 669 (1.99%).

Tasa media global suspensiones 6.06 (3.8-7.4)

Conclusiones: La implantación de la CMA en nuestro centro ha alcanzado un volumen adecuado y resultados en consonancia a los niveles requeridos.

Análisis de los resultados de 6 años en Cirugía General y Digestivo en una Unidad Cirugía Mayor Ambulatoria independiente

Dios Barbeito, Sandra; Perea Del Pozo, Eduardo; Docobo Durántez, Fernando; Bustos Jiménez, Manuel; Senent Boza, Ana; Ramírez Plaza, César Pablo; Tamayo López, María Jesús; Padillo Ruiz, Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción y objetivos: El objetivo del estudio es valorar la eficacia y calidad percibida por los usuarios de una unidad de CMA independiente con funcionamiento de 8-20 horas sin posibilidad de ingresos, en cirugía general y digestiva.

Material y Métodos: Entre Enero de 2010 y Diciembre de 2015 fueron intervenidos en régimen de CMA un total de 12386 pacientes. Se efectúan en una unidad independiente sin posibilidad de estancia nocturna. Cualquier complicación precisa evacuación a centro de referencia Se analizan las indicaciones quirúrgicas y su resolución en relación a la patología indicada tras cumplir criterios de ambulatorización (alta el mismo día de la intervención): Colelitiasis (Colecistectomía laparoscópica) 320 (2.58%), Hernias de pared abdominal 4120 (33.26%) (Hernioplastias bajo anestesia local y sedación), proctología 1880 (15.17%) (Fistulectomía, ELI, hemorroidectomías y sinus pilonidal), exéresis de tumores de partes blandas y tumoraciones benignas de mama 5838 (47.13%), varices de miembros inferiores 170 (1.26%), tumores de tiroides 33 (0.26%) y miscelánea de 25 casos. Se valora la tasa de resolución del proceso, el índice de resolución en hospital de día, la morbilidad, la tasa de reingreso, la tasa de reintervención, el índice de suspensión quirúrgica y la satisfacción de los pacientes en relación al tratamiento mediante encuesta telefónica a los 30 días del alta definitiva.

Resultados: Índice de suspensión quirúrgica: 603 enfermos (4.86%) (Patología asociada, incumplimiento normas, curación).

Pacientes operados: 12386.

Índice de resolución en Hospital de día: 12340 pacientes (99.62%).

Curación sin secuelas 9893 (98.97%).

Mortalidad nula; Morbilidad: 62 (0.62%) Infección 4, sangrado herida 12, dolor 26.

Índice de satisfacción: Alto (repetirían procedimiento): 10157 (82%). Medio (prefieren una noche de estancia): 1793 (14.47%). Bajo (no repetirían procedimiento): 112 (0.9%).

Conclusiones: Las intervenciones realizadas en CMA con criterios de selección adecuados, técnicas meticulosas y controles postoperatorios presentan una tasa elevada de eficacia y satisfacción.

Análisis de una serie de 2957 pacientes con hernia inguinal en una Unidad Cirugía Mayor Ambulatoria Independiente

Dios Barbeito, Sandra; Docobo Durántez, Fernando; Perea Del Pozo, Eduardo; Ramírez Plaza, César Pablo; Bustos Jiménez, Manuel; Tamayo López, María Jesús; Senent Boza, Ana; Padillo Ruiz, Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción y Objetivos: El objetivo del estudio es valorar la eficacia y calidad percibida por los usuarios de una unidad de CMA independiente en la hernia inguinal.

Material y Métodos: Entre Enero de 2010 y Diciembre de 2015 se operaron en régimen de CMA un total de 12386 pacientes, de ellos 2957 fueron intervenidos por hernia inguinal unilateral por vía abierta, realizándose hernioplastia inguinal sin tensión. Se analizan las indicaciones quirúrgicas, el procedimiento anestésico y la hernioplastia y su resolución en relación a la patología indicada tras cumplir criterios de ambulatorización (alta el mismo día de la intervención).

Se valora la tasa de resolución del proceso, el índice de resolución en hospital de día, la morbilidad, la tasa de reingreso, la tasa de reintervención, el índice de suspensión quirúrgica y la satisfacción de los pacientes en relación al tratamiento mediante encuesta telefónica a los 30 días del alta definitiva.

Resultados: 60 días: Hernias inguinales primarias. Hernioplastia con malla de polipropileno

Anestesia: local más sedación: 2632 (89%); Anestesia regional: 323 (10.92%); Anestesia general M-L: 2 (0.06%)

Alta: En el día: 2946/ 2957 (99.62%), Alta en 23 horas 11 (0.44%) por sangrado 2 casos y bloqueo prolongado

Complicaciones: Reingresos: Sangrado 4 (0.13%). Mortalidad nula; Morbilidad: Infección 6 (0.20%)

Índice de satisfacción: Alto (repetirían procedimiento) 2615 (88.43%). Medio (prefieren una noche de estancia): 332 (11.22%). Bajo (no repetirían procedimiento): 10 (0.33%)

Conclusiones: Las intervenciones realizadas en CMA por patología herniaria inguinal con criterios de selección adecuados, anestesia local con sedación y hernioplastia sin tensión presentan una tasa elevada de eficacia y satisfacción.

Resultados de nuestra unidad de cirugía mayor ambulatoria y corta estancia (2011-2015)

Mirón Fernández, Irene; Pitarch Martínez, María; Turiño-Luque, Jesús Damián; Rivas Becerra, José; Cabello Burgos, Antonio; Martínez Ferriz, Abelardo; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: Desde su instauración en la década de los noventa, la cirugía mayor ambulatoria se ha constatado como una forma coste-efectiva para el manejo de ciertas patologías quirúrgicas en pacientes con condiciones favorables. Inicialmente para patología de la pared abdominal (hernias), proctología, piel y partes blandas, progresivamente se han incluido procesos de laparoscopia (colecistectomía, hernia

de hiato y ERGE) englobados estos últimos como cirugía de corta estancia.

Objetivo: Conocer la patología intervenida en nuestra unidad de primer nivel y el régimen de la misma.

Material y método: Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2015.

Se generó una base de datos mediante búsqueda a través del soporte informático disponible en nuestro centro (AQUA y DAH). Se registró: edad, sexo, grupo de patología, diagnóstico CIE-9, procedimiento realizado, régimen del paciente (ingreso, CMA, cirugía menor ambulatoria).

Análisis descriptivo de los resultados por sistema SPSS 15.0.

Resultados: Desde el pico de pacientes programados en 2012 (n=1818), consecuencia de un plan de choque para disminuir la LEQ, el número de pacientes programados ha descendido hasta los 1492 del año 2015 (-17,94%).

Excluyendo la cirugía menor, los pacientes intervenidos por patología se distribuyen: pared abdominal 55 al 60%; proctología del 20-25%; patología laparoscópica un 20% habiendo experimentado un descenso en los últimos años.

En 2015 de los pacientes programados en régimen de CMA: el 87% de la proctología, el 81,7% de la pared abdominal y el 65,8% de la patología laparoscópica se resuelven en dicho régimen.

Conclusión:

1. La principal patología atendida está relacionada con la pared abdominal (alrededor del 60%)
2. El índice de resolución de los pacientes intervenidos en régimen de CMA es superior al 80% en proctología y pared abdominal y del 65% en patología laparoscópica.

Consecuencias de la crisis en los resultados de una unidad de cirugía mayor ambulatoria

Nicolás de Cabo, Sara; Cabrera Serna, Isaac; Turiño-Luque, Jesús Damián; Rivas Becerra, José; Cabello Burgos, Antonio; Martínez Ferriz, Abelardo; Santoyo Santoyo, Julio
Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La situación económica vivida en España en los últimos años ha repercutido en la contratación de personal en todos los estamentos sanitarios conllevado una sobrecarga de trabajo. En 2012 los presupuestos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad disminuyeron un 13,7% respecto al ejercicio anterior. Ha provocado un descenso en las retribuciones de los profesionales sanitarios y la supuesta aparición del temido síndrome de burnout.

Objetivo: Conocer el impacto de la crisis económica en nuestra actividad asistencial.

Material y método: Análisis retrospectivo de las programaciones quirúrgicas del 1 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2015 y revisión de las mismas mediante el soporte informático de nuestro centro (AQUA, DAH), así como los resultados facilitados por el propio centro del RDQ.

Se registraron: actividad consulta, motivo inclusión LEQ,

tipo de intervención y régimen (cirugía menor, cirugía mayor ambulatoria, ingreso).

Para el registro y análisis se empleó el programa SPSS 15.0

Resultados: Durante el año 2011 se realizaron 12.770 visitas en consulta (1ª visita, sucesivas o revisiones) que han descendido hasta 10.406 del año 2015 (-18,52%). Dicho descenso ha sido del 28,14% en consultas sucesivas o revisión (5.814 vs 4.178 respectivamente).

Descenso del número de pacientes intervenidos desde los 1672 del año 2012 frente a los 1360 del 2015 (-19,67%) por descenso en el número de sesiones quirúrgicas de tarde (393 en 2011 vs 54 en 2015; -86,26%). No hubo diferencias significativas en los pacientes intervenidos en turno de mañana pese al descenso en el número de sesiones.

Conclusiones:

1. Pese a los recortes de sesiones quirúrgicas la actividad asistencial se ha mantenido mediante la optimización de los recursos disponibles.
2. En contra de lo promulgado, la asistencia a los pacientes y los resultados de nuestra unidad no se han visto empañados por el burnout.

Catéter infusor de anestésico local en Eventroplastia laparoscópica con cierre del defecto.

Suárez Grau, Juan Manuel; Gómez Menchero, Julio; Bellido Luque, Juan Antonio; Guadalajara Jurado, Juan Francisco

Hospital General Básico de Riotinto, Huelva.

Introducción: La eventroplastia laparoscópica con cierre del defecto posee las virtudes de mínima agresión, menor cicatriz, mayor extensión y mejor posicionamiento de la malla, con posibilidad de cubrir múltiples defectos y la práctica ausencia de infecciones o hematomas, lo cual contrasta en lo referente a la ausencia de mejoría del dolor postoperatorio. Es una técnica que cuenta con una tasa de dolor postoperatorio inmediato prácticamente similar a la cirugía abierta. Proponemos una nueva variación técnica basada en la introducción de catéteres de infusión de anestésico local.

Material y métodos: Eventroplastia laparoscópica (colocación de catéter anestésico de infusión continua durante 48 horas) en 10 pacientes (n:10 rango de edad de 33-65, 3mujeres:7hombres) en hernia ventral postlaparotómica de menos de 5 cm de diámetro (M2-3 W2, según clasificación de EHS hernia ventral) con cierre del defecto (V-locK 1.0 y fijación traumática con tackers metálicos realizando técnica de doble corona usando malla Dynamesh IPOM: tamaño de 15x20 cm).

Como grupo control se realizó el mismo procedimiento en un número similar de pacientes (n:10 rango de edad 36-55, 3 mujeres:7 hombres), con similar tipo de hernia (M2-3 W2) y colocación y fijación de malla similar, pero sin colocar el cateter anestésico con infusión constande 48 horas.

El presente estudio se ha realizado durante Febrero del 2015 hasta Octubre del 2015. Con seguimiento medio de 10 meses (6-14 meses).

Análisis de factores:

Comparamos los resultados entre los dos grupos de pacientes (10 controles y 10 objeto de estudio) con similares criterios de inclusión y exclusión y similares hernias reparadas de igual forma (cierre del defecto y eventroplastia laparoscópica).

Medición del dolor mediante escala analógica visual (EVA), y de posibles complicaciones (tumorcación, seroma, hematoma, infección) en:

-Postoperatorio inmediato (4-6 horas tras el procedimiento).

-A las 24 horas del procedimiento, previo al alta.

-En la primera semana (revisión en consultas) Petición de TAC de pared abdominal para valorar seroma (para valorar si la infusión de anestésico durante las 48 horas influencia en el aumento del seroma postquirúrgico en al eventroplastia laparoscópica).

-Al mes (revisión en consulta, previa al alta para volver a realizar sus actividades cotidianas tanto laborales como sociales)

-A los 6 meses

Resultados: En el grupo de estudio no observamos aumento del seroma postoperatorio, existiendo el mismo tipo de seroma (Tipo I-II) que en intervenciones sin uso de cateter (en exploración y control por TAC). NO existieron otras alteraciones (hematomas, infección, enrojecimiento...).

Comprobamos una disminución del EVA postoperatorio inmediato del 50% en todos los casos con catéter al alta y a la semana ($p < 0,01$) comparado con el grupo control) y prácticamente ausencia del dolor en la primera revisión en consulta al mes y a los 6 meses.

Conclusiones: Todo ello parece que hace útil esta nueva variación técnica no solo en un mejor control y confort postoperatorio, sino en su aplicación de cara a régimen CMA o corta estancia. En el análisis contrastado con el grupo control hay una disminución del 50% aproximadamente del dolor en todas las revisiones precoces frente al grupo control.

Ingestión de cuerpos extraños

López-Durán, B.L.; López-Ruiz, J.A.; Tallón-Aguilar, L.; Marenco-de la Cuadra, B.; López-Pérez, J.; Oliva-Mompeán, F.

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Mientras que la ingesta accidental suele ser de origen alimentario, la ingesta voluntaria suele ser debido a patología psiquiátrica o intento de autólisis. Las consecuencias de la ingestión varían desde la expulsión espontánea hasta cuadros de obstrucción completa o perforación del tubo digestivo.

Objetivos: Exponer nuestra experiencia en el manejo de la ingestión de cuerpos extraños.

Material y método: Estudio descriptivo de 132 casos de ingestión de cuerpos extraños registrados entre enero del 2012 y abril del 2016 en nuestro centro.

Resultados: El promedio de casos fue de 31 anuales.

Del total de casos, el 17,7% presentaron obstrucción intestinal al ingreso, precisando cirugía para su resolución el

78,3%. El 12,9% (17 casos) presentaron una perforación. De estos, 16 casos (94,1%) precisaron cirugía, resolviéndose el caso restante mediante colonoscopia. De los 16 casos quirúrgicos, en 8 (50,0%) se realizó extracción del objeto y cierre simple, en 4 (25,0%) se realizó enterotomía, en 3 (18,7%) resección intestinal con anastomosis, y en 1 caso (6,3%) se realizó una intervención de Hartmann.

En general, el 54,2% de los casos se resolvieron con métodos endoscópicos, el 31,3% mediante cirugía y el 14,5% lo hicieron espontáneamente. La morbilidad fue del 26,5% siendo más frecuentes en el tratamiento quirúrgico que en el endoscópico (46,3 vs 21,1%). No hubo mortalidad directamente relacionada con los casos.

Conclusiones: Ante una ingestión de cuerpo extraño, debe individualizarse cada caso, aunque debe tenerse muy presente el papel de los métodos endoscópicos. La perforación en una complicación relativamente frecuente, aunque presenta mayor tasa de morbimortalidad, por lo que debe tenerse en cuenta tras la ingesta de objetos punzantes o de bordes afilados. La necesidad de Cirugía debe reservarse ante sospecha o casos de complicación o imposibilidad de resolución mediante otras medidas conservadoras.

Colecistostomía en pacientes de riesgo para el manejo de colecistitis aguda

Marenco de la Cuadra, Beatriz; López Ruiz, José Antonio; Tallón Aguilar, Luis; De soto Cardena, Begoña; López Pérez, José; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Hoy en día la colecistectomía laparoscópica temprana, se recomienda en la mayoría de los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, sin embargo, en pacientes de alto riesgo quirúrgico y/o anestésico, en los que no resulta seguro realizar una colecistectomía de urgencia, la colecistostomía percutánea puede suponer no sólo un tratamiento alternativo, sino definitivo de esta patología.

Material y método: Incluimos 61 pacientes a los que se les realizó una colecistostomía percutánea entre agosto de 2012 y Febrero de 2016. Los criterios para realizar la colecistostomía fueron: colecistitis de más de una semana de evolución, pacientes ancianos con comorbilidades severas, colecistitis grado III según las guías de Tokio o rechazo a la cirugía, en los que no se objetivó mejoría clínica y/o analítica en 24-48h con tratamiento médico (persistencia del dolor o fiebre, leucocitosis y PCR elevada o mantenida). La colecistostomía percutánea guiada por Ecografía es realizada por la unidad de radiología intervencionista de nuestro hospital.

Resultados: Según los criterios definidos, incluimos 61 pacientes a los que se les ha practicado una CP, entre agosto de 2012 y febrero de 2016, con edades comprendidas entre 59-100 años (78) de los cuales 35 eran hombres (57%) y 26 mujeres (43%), con CAL grado I en 10 de ellos (16%), grado II en 50 (81%) y grado III en 1 (2%), en todos se inicio tratamiento conservador sin mejoría objetivable en las primeras 24h.

De los 61 pacientes, 3 (4,9%) han requerido intervención urgente, 1 (1,5%) por un bilioma tras el drenaje, 1 (1,5%) por

mala respuesta clínica a las 24h y 1 (1,5%) por colangitis aguda a los 15 días.

El tiempo medio de retirada de drenaje, tras comprobación de permeabilidad del conducto cístico es de 25 días. Tras su retirada, 1 paciente (1,5%) reingreso para manejo conservador de una colección perivesicular y sólo 6 pacientes (9,8%) han desarrollado un segundo episodio de CAL en meses posteriores, con necesidad de CL urgente en sólo 2 de ellos.

La CL diferida sólo se ha indicado en 10 (16%) de estos pacientes una vez que se han estabilizado sus comorbilidades y resuelto el episodio agudo, y 2 (3%) pacientes han fallecido durante el ingreso por causas ajenas al episodio de colecistitis aguda.

Conclusiones: Como conclusiones, podemos reseñar que la colecistostomía percutánea en pacientes diagnosticados de CAL que cumplen criterios definidos, se trata de una técnica sencilla, segura, efectiva y fácilmente reproducible en nuestro medio, que permite no solo la resolución del episodio agudo, sino que en paciente de edad avanzada y con alto riesgo quirúrgico y/o anestésico, supone una técnica definitiva en el manejo del cuadro biliar y no un paso previo a la colecistectomía diferida.

Mejoran las unidades de cirugía de urgencias los resultados en las patologías urgentes de más prevalencia?

López-Ruiz, José Antonio; Pérez-Margallo, Esther; Tallón-Aguilar, Luis; Marengo De la Cuadra, Beatriz; Curado Soriano, Antonio; López-Pérez, José

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Las apendicitis y las colecistitis representan el 33,8% y el 19,1% de todas las intervenciones urgentes.

Objetivo: Comparar los resultados en el tratamiento quirúrgico de estas dos patologías en una Unidad de Cirugía de Urgencias con los resultados del resto de los cirujanos del Servicio.

Material y métodos: Se recogieron todos los pacientes intervenidos de urgencia por apendicitis y colecistitis aguda desde Junio del 2014 hasta Diciembre de 2015. Los pacientes se distribuyeron en dos grupos: pacientes intervenidos por la Unidad de Cirugía de Urgencias (UCU) y aquellos intervenidos por el resto de cirujanos.

Resultados: Se intervinieron un total de 212 pacientes con colecistitis aguda. El 40,1% fueron intervenidos por la UCU (84,7% laparoscópicas) y el 59,9% por el resto del Servicio (88,9% laparoscópicas). La mediana de la estancia estuvo en 3 días, con una tasa de reingresos del 2,35% y en 4 días, con 5,51% de reingresos. Como complicaciones, hubo 1 lesión de vía biliar, 2 fístulas y 3 colecciones intraabdominales en los intervenidos por la UCU, mientras que hubo 3 lesiones de la vía biliar, 7 fístulas biliares, y 8 colecciones intraabdominales en el otro grupo.

Se intervinieron 350 apendicitis, un 45,71% (72,5% laparoscópicas) por la UCU y 54,28% (83% laparoscópicas) por el resto del Servicio. La mediana de la estancia fue de 1 día

para los intervenidos por la UCU y de 3 días para el resto. La tasa de reingresos fue de 1,2% y 4,2% respectivamente. La tasa de complicaciones en el grupo de la UCU fue del 5%, mientras que alcanzó el 11,5% en el resto.

Conclusiones: Las Unidades de Cirugía de Urgencias disminuyen la estancia y la tasa de complicaciones en el manejo de la apendicitis y colecistitis aguda.

Análisis de nuestra experiencia en el manejo de las perforaciones yatrogénicas de víscera hueca

De la Herranz Guerrero, Pablo; Tallón Aguilar, Luis; López Ruíz, Jose Antonio; Marengo de la Cuadra, Beatriz; Curado Soriano, Antonio; López Pérez, José

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Las perforaciones yatrogénicas del tracto gastrointestinal son infrecuentes pero suponen un importante problema de salud ya que asocian una morbilidad y mortalidad significativa. Cada vez son más frecuentes debido a la mayor implementación de cribados poblacionales endoscópicos e indicaciones terapéuticas de estos procedimientos.

Las mejoras en los tratamientos quirúrgicos y endoscópicos de las perforaciones iatrogénicas han reducido sustancialmente la mortalidad, acentuando la importancia del diagnóstico y manejo precoz de estos cuadros clínicos.

Objetivo: Analizar nuestra serie de pacientes que han presentado una perforación de víscera hueca de causa iatrogénica, ya sea tras pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas por otro origen, centrándonos en su manejo terapéutico.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes en edad adulta que han presentado una perforación de víscera hueca por causa iatrogénica desde Noviembre 2010 a Abril de 2016. Se han registrado todas las modalidades con independencia de su causa o localización. Se han recogido datos demográficos, epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y de seguimiento.

Resultados: Se han registrado 69 casos, 27 hombres (39,13%) y 42 mujeres (60,86%) con una edad media de 64,3 años (mediana 66, rango 37-87). 25 casos se produjeron tras colonoscopia (36,23%), 21 tras CPRE (30,43%), 9 tras una laparoscopia por otra causa (13,04%), 4 por colocación de enemas (5,79%), 3 tras gastroscopia (4,34%), 2 tras ecoendoscopia (2,89%), 2 en laparotomías exploradoras (2,89%), 1 tras maniobras de reanimación cardiopulmonar básica (1,44%), 1 tras cirugía endoanal (1,44%) y 1 tras una paracentesis (1,44%).

Las localizaciones de las perforaciones han sido por orden de frecuencia: Duodeno 21 (30,43%), recto 18 (26,08%), colon 18 (26,08%), intestino delgado 4 (5,79%), estómago 3 (4,34%), vía biliar 3 (4,34%) y esófago 2 (2,89%).

Se indicó tratamiento conservador en 22 pacientes (31,88%). La causa en 10 de ellos fue colonoscopia (45%), en 8 CPRE (36,36%), en 3 fue la gastroscopia (13,63%) y el último fue una perforación de colon tras colocación de enema por colostomía (4,54%).

A 25 pacientes se les realizaron gestos quirúrgicos menores, como cierres simples o drenajes y a 22 pacientes gestos

mayores, que incluyeron cirugía resectiva y exclusiones duodenales.

34 de los pacientes (49.27%) se intervinieron en menos de 24h desde la perforación (rango 0-11 días). La estancia media hospitalaria post-perforación fue de 14 días. La tasa de mortalidad fue del 17% (12/69). Las complicaciones más frecuentes fueron infección de herida quirúrgica y la presencia de abscesos intraabdominales.

Conclusiones: A pesar de la falta de estudios con alto nivel de evidencia, existen factores de riesgo para estratificar el riesgo de perforación para cada órgano, permitiendo la anticipación cuando aparezca una alta probabilidad de perforación yatrógena. Además, la amplia implementación de pruebas de imagen, como la TAC, facilita el diagnóstico prematuro para evitar consecuencias fatales por el retraso en el tratamiento. Estos factores apoyan las medidas para minimizar la morbilidad y mortalidad relacionada con las perforaciones yatrógenas.

¿Es la cirugía el tratamiento de elección en las invaginaciones intestinales en edad adulta?

De Soto Cardenal, B.; Tallón Aguilar, L.; Lopez Ruiz, J.A.; Marengo De La Cuadra, B.; Lopez Perez, J.; Oliva Mompean, F.

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: Es una patología poco frecuente. El 90% son secundarios a una lesión orgánica de las cuales el 50% serán malignas. Los síntomas suelen ser inespecíficos. El TAC se ha convertido en la prueba diagnóstica de elección. Su manejo varía en función de la edad siendo el tratamiento conservador de elección durante la edad pediátrica, y la cirugía de elección durante la edad adulta.

Objetivo: El objetivo del estudio es analizar nuestra experiencia en el manejo de la invaginación intestinal en edad adulta, centrándonos en la necesidad del tratamiento quirúrgico según la naturaleza causante de la misma.

Material y Método: Se trata de una revisión retrospectiva de los casos de invaginación intestinal en edad adulta en nuestro centro.

Resultados: Presentamos un total de 16 pacientes con edades comprendidas entre 14 y 84 años. El síntoma más frecuente fue dolor abdominal. En todos los pacientes se realizó diagnóstico prequirúrgico, demostrándose distintas localizaciones. El 25% de los pacientes se manejaron de forma conservadora presentando buena evolución dados de alta sin incidencias y el 75% restante se manejaron de forma quirúrgica, (75% cirugía urgente, 16,6% cirugía diferida, 8,33% cirugía urgente tras fallo del manejo conservador), presentando buena evolución.

Los resultados histológicos fueron: 1 desconocido, dos cirugías en blanco, dos resecciones de ID sin hallazgos patológicos, dos lipomas, un pólipo, un divertículo de Meckel, un GIST, un tumor neuroendocrino, una metástasis.

Conclusiones: Aunque la literatura defiende el manejo quirúrgico de esta patología los resultados de nuestro estudio con un porcentaje no desdeñable de manejo conservador, ausencia

de hallazgos intraoperatorios o patología benigna como causante de la invaginación, nos hacen plantearnos si el manejo conservador inicial y un estudio complementario posterior para descartar un origen neoplásico pudiera ser la opción terapéutica más adecuada para esta patología en ausencia de signos de complicación o malignidad.

Análisis de resultados del empleo de cirugía urgente laparoscópica en la patología obstructiva de intestino delgado en un Hospital General de Especialidades

Díez Núñez, Ana; Díaz Godoy, Antonio; Mendoza Esparrel, Gloria María; Pérez Alberca, Carmen María; Salas Álvarez, Jesús; Martínez Vieira, Almudena; Balbuena García, Manuel; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario Puerto Real

Objetivo: Analizar los resultados en el tratamiento quirúrgico urgente de la obstrucción intestinal por vía laparoscópica en un Hospital General de Especialidades.

Material y métodos: Se realiza estudio retrospectivo durante el periodo comprendido entre Enero-2003 y Enero-2016 de un total de 32 pacientes que fueron intervenidos con carácter urgente por patología obstructiva intestinal mediante abordaje laparoscópico en un Hospital General de Especialidades. Los criterios de inclusión fueron pacientes con patología de obstrucción intestinal confirmada clínica, analítica y radiológicamente, cuya resolución fue quirúrgica mediante un abordaje inicial laparoscópico. En dicho estudio, se contemplan un total de 14 ítems para el análisis de resultados.

Resultados: En primer lugar, se realiza un análisis de las características de nuestra muestra. En nuestro grupo de pacientes, no existen diferencias en cuanto a sexo. La media de edad fue de 54.6 años, desviada por edades extremas, ya que el 78% de nuestros pacientes se encuentran dentro del rango de 60-81 años. Tan sólo el 54% de ellos presentaron intervenciones quirúrgicas previas: 59% una intervención y 31% dos o más. De ellos, se evidencia un claro predominio de cirugía abierta inframesocólica (88%), siendo la apendicitis aguda la patología más frecuente (47%), seguida de cirugía ginecológica (29%). El tiempo transcurrido desde la última intervención hasta la aparición de la obstrucción tiene una media de 13 años. El síntoma guía que presentaban nuestros pacientes al ingreso fue: dolor abdominal 58 %, vómitos 16 % y estreñimiento pertinaz 25 %.

Con respecto al acto quirúrgico, se establece una demora entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica de 24 horas. Durante la intervención quirúrgica se identifican las bridas/adherencias como causa de obstrucción en un 71% de nuestros pacientes y en un 29% la causa es tumoral. Empleamos una media de 3 trócares (1 de 12 y 2 de 5 mm) por intervención y 1 o ningún drenaje aspirativo. Hemos registrado un total de 3 reconversiones a laparotomía que suponen un 9.6% de la serie.

La estancia media hospitalaria de nuestros pacientes es de 8 días. El 62% de ellos evoluciona favorablemente y sin complicaciones en el postoperatorio, siendo dados de alta

al 4º-5º día postquirúrgico. Se registra un 35% de tasa de morbilidad, que prolonga la estancia hospitalaria, atribuible a las siguientes complicaciones: cardiorrespiratorias 36%, infecciosas 27% y digestivas y renales en un 18%. La tasa de mortalidad fue de un caso, suponiendo un 3% del total de la serie.

Conclusión: El empleo de cirugía laparoscópica en la resolución de un cuadro de obstrucción intestinal de intestino delgado es seguro, eficaz y conlleva un alto grado de satisfacción en los pacientes. Se asocia a una estancia hospitalaria menor y a una menor tasa de morbi-mortalidad. Abogamos por su uso prioritario frente a cirugía abierta.

Embolización de arterias uterinas como alternativa al tratamiento de hemoperitoneo

Plata Illescas, Cristina; Álvarez Martín, María Jesús, Fernández Segovia, Elena; García Navarro, Ana; Mansilla Roselló, Alfonso, Segura Reyes, Manuel; Jiménez Ríos, José Antonio

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Objetivo: Presentar el caso de un gran hematoma retroperitoneal por endometriosis tratado mediante radiología intervencionista.

Material y métodos: Paciente de 37 años con antecedentes personales de endometriosis y ovarios poliquísticos, intervenida previamente de laparotomía exploradora por dolor pélvico con hallazgo de múltiples adherencias. Consulta en Urgencias por dolor abdominal intenso, constatándose en la exploración física signos de inestabilidad hemodinámica y anemia progresiva con necesidad de transfusión. Se interviene quirúrgicamente evidenciándose sangrado procedente de quiste folicular ovárico derecho, realizándose quistectomía. Además, se objetiva hematoma retroperitoneal de unos 10 cm organizado, así como adherencias que bloquean la exploración del retroperitoneo. Se deja drenaje en el fondo de saco de Douglas. Durante el postoperatorio inmediato en la Unidad de Cuidados Intensivos la paciente presenta de nuevo anemia y inestabilidad por lo que consultan con nuestro servicio de cirugía, donde una vez estabilizada hemodinámicamente, se le realiza AngioTAC abdominal, que objetiva voluminoso hematoma retroperitoneal de unas dimensiones de 23cm x 10 cm x 9.2cm con sangrado activo que parecía depender de la arteria uterina izquierda. Se traslada a Radiología Intervencionista donde se le realiza arteriografía aortoiliaca y embolización de arterias uterinas bilateralmente.

Resultados: Posteriormente, la paciente presentó una evolución favorable, con estabilidad hemodinámica y cifras de hemoglobina mantenidas en los sucesivos controles analíticos. Fue dada de alta siete días después del procedimiento. Actualmente, la paciente continúa asintomática.

Conclusiones: Los quistes endometriósicos pueden romperse de forma brusca originando los signos y síntomas de un abdomen agudo, constituyendo una urgencia quirúrgica. El diagnóstico preoperatorio es poco frecuente y hay que evitar el error común de diagnosticar una apendicitis aguda.

En mujeres jóvenes o nuligrávidas debe hacerse un tra-

tamiento conservador. En mujeres postmenopáusicas o sin deseos genésicos se suele realizar histerectomía total con doble aneextomía.

El manejo último del hemoperitoneo por patologías de origen ginecológico ha sido la histerectomía con doble aneextomía, imposibilitando la fertilidad futura e implicando las posibles complicaciones de una cirugía de urgencias. La embolización de las arterias uterinas es un procedimiento que permite manejar estas situaciones de manera conservadora y mínimamente invasiva, aunque no puede asegurarse por completo la fertilidad posterior. Sin embargo, en muchos casos el diagnóstico preoperatorio del origen del hemoperitoneo es difícil de establecer.

Manejo de la obstrucción intestinal aguda. Experiencia de nuestro servicio

Fornell Ariza, Mercedes; Roldán Ortiz, Susana; Bazan Hinojo, Carmen; Pérez Gomar, Daniel; Ayllon Gámez, Saray; Sancho Maraver, Eva; Valverde Martínez, Amparo; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis
Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: La obstrucción intestinal mecánica quirúrgica supone un importante número de casos dentro de la patología abdominal quirúrgica.

Objetivos: Presentamos la experiencia de nuestro servicio en el manejo de dicha patología.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de obstrucción intestinal entre Enero de 2013 y Enero de 2016 en nuestro servicio. En este estudio distinguimos entre obstrucción intestinal completa y suboclusión, según protocolo establecido. Las variables a estudio dentro de cada grupo fueron: la edad y la distribución por sexos, el tipo de manejo (conservador o quirúrgico), la media de estancia, la presencia de comorbilidades, las complicaciones y las causas más frecuentes de cuadro suboclusivo en nuestro medio.

Resultados: Fueron un total de 113 pacientes, de los cuáles el 65% fueron hombres (74) y el 35% mujeres (39). El 58% fueron diagnosticados de cuadro suboclusivo y se les aplicó protocolo gastrográfín (65), mientras que el 42% de los pacientes (48) presentaron oclusión intestinal completa. La media de edad fue de 76 años.

Del total de 65 pacientes con suboclusión intestinal 72% de hombres (47) y el 28% mujeres (18). La edad media de la muestra fue de 79 años. Tras la administración del gastrográfín, 10 pacientes pudieron ser alta tras 24 horas de observación hospitalaria; y 55 pacientes precisaron de ingreso hospitalario para continuar vigilancia del cuadro. De estos 55 pacientes, en 35 de ellos se optó por manejo conservador, 11 por tratamiento quirúrgico, y en 9 casos fue necesaria la cirugía por no progresión adecuada.

De los 48 pacientes con obstrucción completa el 56% fueron hombres (27) y el 44% mujeres (21). La edad media de la muestra fue de 81 años. La causa más frecuente de obstrucción fue el cáncer de recto con un 48% (23), de los cuáles 8 se manejaron mediante prótesis y 15 mediante cirugía. Las

siguientes causas fueron cáncer colon izquierdo, cáncercolon derecho, hernias y cuerpo extraño.

Como complicaciones 2 pacientes presentaron perforación tras colocación de endoprótesis y necesitaron cirugía, 1 sufrió una evisceración y 1 paciente fue exitus.

La causa más frecuente de suboclusión intestinal fueron las adherencias tras cirugía de hemicolectomía izquierda (28), seguido de la cirugía de la hemicolectomía derecha (16), la histerectomía (8), la cistectomía radical (5), cirugías previas de pared abdominal (4), enfermedad de Chron (3) y un caso de TBC intestinal.

La media de estancia fue de 7 días (una media de 5 días para aquellos tratados conservadoramente y de 12 días para los quirúrgicos).

Conclusiones: La obstrucción intestinal es una patología muy prevalente.

Manejo de la suboclusión intestinal con gastrografín. Experiencia en nuestro servicio

Fornell Ariza, Mercedes; Roldán Ortiz, Susana; Perez Gomar, Daniel; Bazán Hinojo, Carmen; Ayllon Gámez, Saray; Sancho Maraver, Eva; Valverde Martínez, Amparo; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis
Hospital Universitario Puerta del Mar

Introducción: Las adherencias son la causa más importante de oclusión intestinal

Objetivos: La aplicación de un protocolo de manejo de la oclusión intestinal adherencial con Gastrografín es seguro y permite disminuir la estancia hospitalaria y el tiempo de indicación de cirugía por fallo del tratamiento conservador.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo con todos los pacientes con sospecha diagnóstica de cuadro suboclusivo adherencial entre enero de 2013 y enero de 2016 en el área de urgencias de nuestro hospital, siendo un total de 65 casos. Se aplicó el nuevo protocolo en el cuál aquellos pacientes con sospecha de suboclusión por cuadro adherencial quirúrgico, descartadas otras causas y con buena situación clínica del paciente, se les administró el gastrografín, con control radiológico posterior a las 6-12 y 24 horas. Entre las variables a estudio estuvieron la edad y la distribución por sexos, el número de ingresos, el tipo de manejo (conservador o quirúrgico), la media de estancia, la presencia de comorbilidades, las complicaciones y las causas más frecuentes de cuadro suboclusivo en nuestro medio.

Resultados: Del total de 65 pacientes, 72% de hombres (47) y el 28% mujeres (18). La edad media de la muestra fue de 79 años.

Tras la administración del gastrografín, 10 pacientes pudieron ser alta tras 24 horas de observación hospitalaria (6 mujeres y 4 hombres); y 55 pacientes precisaron de ingreso hospitalario para continuar vigilancia del cuadro (35 hombres y 20 mujeres). De estos 55 pacientes, en 35 de ellos se optó por manejo conservador, 11 por tratamiento quirúrgico (9 hombres y 2 mujeres), y en 9 casos fue necesaria la cirugía por no progresión adecuada del cuadro con el manejo conservador (6 hombres y 4 mujeres).

La causa más frecuente de suboclusión intestinal fueron las adherencias tras cirugía de hemicolectomía izquierda (28), seguido de la cirugía de la hemicolectomía derecha (16), la histerectomía (8), la cistectomía radical (5), cirugías previas de pared abdominal (4), enfermedad de Chron (3) y un caso de TBC intestinal.

La media de estancia fue de 7 días, con un rango entre 3 y 28 días (una media de 5 días para aquellos tratados conservadoramente y de 12 días para los quirúrgicos).

La comorbilidad más frecuentemente asociada fue la diabetes con un total de 40 pacientes (28 hombres y 12 mujeres), estando presente en la totalidad de pacientes en los que se optó inicialmente por manejo quirúrgico, y en 5 casos que recibieron cirugía posteriormente.

Conclusiones: La aplicación de un protocolo en el que se incluye el uso de Gastrografín en la oclusión intestinal adherencial es seguro y permite tomar decisiones terapéuticas con mayor celeridad y con una menor estancia hospitalaria.

Tratamiento mínimamente invasivo del body packing

De Lebrusant Fernández, Sara; Tallón- Aguilar, Luis; Lopéz Ruiz, J.A.; Marengo de la Cuadra, Beatriz; López Pérez, José; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: El tratamiento conservador en casos de body packing debe realizarse en pacientes asintomáticos y estables. La cirugía se realizará en caso de complicaciones gastrointestinales como obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o perforación. El uso de la endoscopia es controvertido.

Objetivos: Presentar nuestra serie de casos de Body Packers que han requerido tratamiento para extracción de la droga y se han realizado mediante un abordaje mínimamente invasivo.

Material y métodos: Desde 2011 se han tratado 3 casos de body packers con un abordaje mínimamente invasivo. Todos los casos trataban de varones con edades comprendidas entre 28 y 46 años, portadores de bolas de hachís sin complicaciones asociadas. Los síntomas de presentación fueron vómitos en 2 pacientes y dolor abdominal en el tercero.

Resultados: 2 de ellos se realizaron mediante endoscopia oral y el tercero mediante abordaje laparoscópico. En los casos resueltos con endoscopia se encontraban un escaso número de objetos, todos alojados en el estómago, lo que permitió su extracción mediante esta técnica. En el caso resuelto mediante abordaje por laparoscopia, se encontraba una bellota única en íleon terminal por se realizó una enterotomía a dicho nivel tras su extracción a través de un mini pffaniestiel. Todos los casos se solucionaron sin incidencias ni complicaciones.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico en estos pacientes debe llevarse a cabo cuando exista alguna complicación digestiva. Aunque tradicionalmente se ha aceptado la vía de abordaje laparotómica como elección, el uso y la experiencia en laparoscopia en nuestro medio, hacen de ésta un abordaje igualmente válido con las ventajas que aporta. El abordaje endoscópico es controvertido, siendo rechazado habitual-

mente por los endoscopistas por el riesgo de perforación que conlleva. En nuestra limitada experiencia, creemos que puede estar indicada en casos muy seleccionados basándonos principalmente en la localización de la droga pero considerando también su naturaleza y número.

Estudio de la eficacia de un tratamiento no invasivo con señales electromagnéticas por transmisión capacitiva y monopolar sobre las complicaciones postoperatorias precoces y la recuperación del estado nutricional en pacientes quirúrgicos

González Callejas, Cristina; De Teresa Galván, Carlos; Nestares Pleguezuelos, Teresa; González Crespo, Francisco
Hospital Inmaculada Concepción, Granada

Introducción: La utilidad en el tratamiento de diversos tipos de dolor mediante la aplicación transcutánea de ondas electromagnéticas (ATOE) se ha demostrado en animales y en humanos. El procedimiento no es invasivo, y los efectos adversos descritos son mínimos.

El dispositivo terapéutico de electro-medicina Physicalm®, permite aplicar transcutáneamente ondas electromagnéticas para proporcionar analgesia y alivio del dolor en sus distintas modalidades clínicas. La administración de estas señales se realiza de forma transcutánea mediante una transferencia capacitiva y monopolar realizando depósitos energéticos focalizados en las áreas comprometidas en el proceso doloroso.

Objetivos: Valorar la disminución del dolor y la disminución de la inflamación con mejoría de parámetros inflama-

torios y mejoría de los parámetros nutricionales así como su contribución a la disminución de otras complicaciones precoces tales como complicaciones respiratorias, íleo paralítico,...

Material y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo sobre pacientes intervenidos de diferentes patologías en el Servicio de Cirugía General del Hospital Clínica Inmaculada siempre por el mismo equipo quirúrgico

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética Ceig-Granada y siguió los protocolos habituales.

Un grupo recibió 10 sesiones con el tratamiento planteado y el otro con placebo tras muestreo aleatorio. En cada sesión se valoró dolor según la escala visual analógica, así como la existencia de edema o hematoma a nivel de la herida quirúrgica y la evolución.

Se realizaron tres determinaciones sanguíneas: una inmediatamente tras la intervención, otra a mitad de tratamiento y otra al finalizar el mismo.

Los resultados han sido analizados mediante SPSS 20.0

Resultados: En base a estudios preliminares realizados y presentados en diferentes congresos (Gálvez et al., 2014; Ibáñez-Vera et al., 2014) esperamos demostrar los objetivos expuestos.

Conclusiones: En definitiva, el procedimiento parece alentador, según se desprende de los resultados preliminares en pacientes aislados y series de casos, y por ello nos planteamos evaluarlo utilizando una metodología de alta calidad, es decir, mediante este ensayo clínico aleatorizado, controlado. La disminución del dolor postoperatorio así como de la inflamación debe influir positivamente en la reducción de las complicaciones postoperatorias.