

## XVII Reunión de la ASAC

# Comunicaciones videoforum

### 240011. HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA EN NEOPLASIA DE CIEGO LOCALMENTE AVANZADA CON ABSCESO RETROPERITONEAL

P Maldonado Valdivieso, M Pitarch Martínez, FJ Pérez Lara, JM Hernández González, T Prieto-Puga Arjona

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

**Introducción:** La presentación de un cáncer de colon con absceso retroperitoneal es una situación muy infrecuente y de elevada morbimortalidad. Debido a su clínica atípica es común el retraso diagnóstico. El tratamiento inicial del absceso debe seguirse del tratamiento quirúrgico del cáncer de colon, el cual es de alta complejidad.

**Caso clínico:** Varón de 54 años, apendicectomizado, que consulta en urgencias por fiebre, dolor abdominal y celulitis flanco-lumbar derecha. Se realiza TC que muestra absceso retroperitoneal derecho de 8cm. Presenta buena evolución tras antibioterapia y drenaje percutáneo, en TC control se establece sospecha de neoplasia de ciego complicada e implantes peritoneales. La colonoscopia confirma la presencia de dicha neoformación. En comité multidisciplinar se decide cirugía de primario y estadificación de carcinomatosis.

Se interviene de forma electiva mediante un abordaje laparoscópico. Previamente se canaliza uréter derecho mediante doble J. El tumor se encuentra adherido a pared abdominal y retroperitoneo derecho, y a omental cake. Tras movilización parcial del tumor, se secciona pieza de hemicolectomía derecha proximal y distalmente para finalizar la disección y liberación del mismo respecto a uréter derecho y vasos ilíacos, consiguiendo resección R0 del tumor primario. Posteriormente se calcula PCI correspondiente a 18 y se toma biopsia de implantes epiploicos. Finalmente se extrae pieza y se realiza anastomosis ileotransversa a través de laparotomía de asistencia.

El postoperatorio cursó sin incidencias, siendo alta al 7º día, y el paciente se encuentra actualmente recibiendo quimioterapia.

**Discusión:** La cirugía del cáncer de colon complicado y localmente avanzado supone un desafío técnico. El abordaje laparoscópico para casos seleccionados y en manos expertas es seguro en términos de morbilidad y resultados oncológicos, proporcionando los beneficios de una cirugía mínimamente invasiva. Es fundamental individualizar cada caso con el objetivo de lograr la resección radical, considerando las posibles estructuras implicadas que puedan requerir liberación o resecciones multiviscerales.



### 240017. ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR LINFOMA ESPLÉNICO ABSCESIFICADO

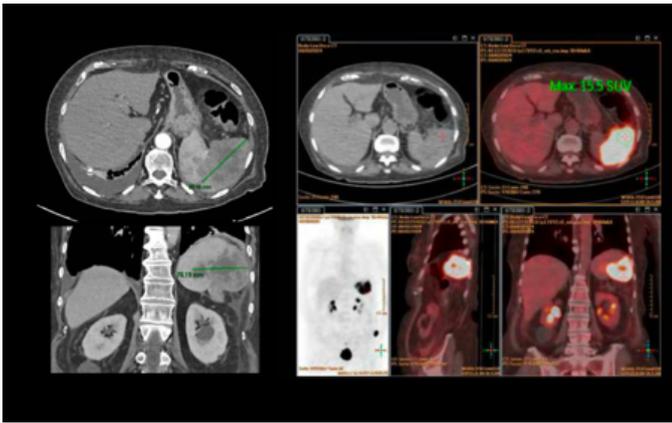
P Maldonado Valdivieso, M Pitarch Martínez, FJ Pérez Lara, T Prieto-Puga Arjona, C Rueda Cruces

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

**Introducción:** El linfoma primario de bazo es una rara variante (<1%) de linfoma no Hodgkin. Debido a su clínica inespecífica y apariencia en pruebas de imagen, entre su diagnóstico diferencial se encuentra el absceso esplénico; sin embargo, la presentación del linfoma esplénico como un absceso es excepcional.

**Caso clínico:** Mujer de 84 años, portadora de prótesis valvular mecánica por estenosis aórtica y anticoagulada permanente, que consulta por síndrome constitucional, febrícula y disnea. Se realiza TAC que objetiva lesión esplénica sólida de 7x9 cm compatible con neoplasia abscesificada y/o necrosada. Se completa estudio con PET-TAC que muestra la lesión esplénica hipermetabólica con zona central de menor densidad y sin actividad sugestiva de necrosis, compatible con linfoma esplénico (figura 1), sin otros hallazgos patológicos. En comité multidisciplinar se indica tratamiento quirúrgico.

Se realiza esplenectomía mediante abordaje laparoscópico, evidenciando bazo con zona necrótica abscesificada fuertemente adherida a pared abdominal y diafragma. Durante la liberación del mismo se produce pequeña apertura diafragmática con neumotórax



**Figura 1**  
Lesión esplénica según TAC (izquierda) y PET-TAC (derecha).

izquierdo secundario, resuelto tras colocación de tubo torácico y sutura del defecto con barbada.

La anatomía patológica confirmó la presencia de un linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B.

La paciente falleció en el postoperatorio debido a un tromboembolismo pulmonar.

**Discusión:** El tratamiento quirúrgico mediante esplenectomía en el caso del linfoma primario de bazo tiene valor tanto diagnóstico – confirmando el mismo y descartando otros diagnósticos diferenciales – y terapéutico – determinando el pronóstico y la necesidad de adyuvancia. El abordaje laparoscópico es de elección debido a sus ventajas en términos de morbilidad y recuperación, incluso siendo posible en manos expertas para casos complejos como el descrito.



[Acceder al vídeo](#)

### 240041. EXTRACCIÓN DE COLEDOLITIASIS VÍA LAPAROSCÓPICA

MB Cano Pina, MP Chas Garibaldi, I Lendínez Romero, L Vázquez Medina, B Mirón Pozo

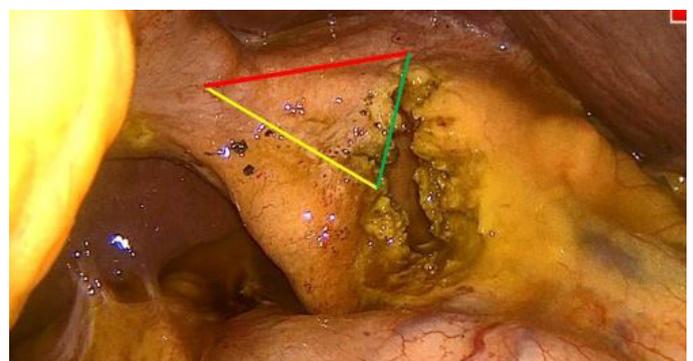
Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

**Introducción:** El diagnóstico de la patología biliar continúa siendo un motivo de disputa entre los servicios de Digestivo y de Cirugía General. La falta de recursos en muchos hospitales dificulta un diagnóstico precoz y tratamiento de coledocolitiasis previa a la realización de colecistectomía preferente. Esta situación obliga en muchos casos a la realización de una exploración de vía biliar intraoperatoria, asumiendo el aumento de morbilidad asociada a esta técnica. Por ello, los cirujanos debemos continuar nuestra curva de aprendizaje a nivel laparoscópico para, de esta forma, ofrecer una alternativa menos invasiva a la cirugía convencional.

**Caso clínico:** Mujer de 68 años que acude a Urgencias por dolor abdominal. Analíticamente destaca BT 1.88 a expensas de directa, GGT 167, FA 117, sin elevación de RFA. Se realiza ECO-TC que informa de coledocolitiasis obstructiva en colédoco proximal con dilatación de vía biliar intra y extrahepática, así como signos de colecistitis aguda litíasiaca incipiente. Dados los hallazgos, se decide realización de CPRE previa a intervención quirúrgica. Se evidencian hallazgos compatibles con colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis (cálculo de 25mm); se le realiza papilotomía y esfinteroplastia con colocación de prótesis pancreática, siendo imposible la extracción de la litiasis. Ante esto, se decide intervenir de forma urgente. Se realiza exploración vía laparoscópica con coledocotomía para extracción de cálculo de unos 3cm de diámetro y lavado de vía biliar. Se realiza coledocorrafia con sutura barbada irreabsorbible y se completa la colecistectomía sin incidencias.



**Figura 1**  
Coledocolitiasis.



**Figura 2**  
Triángulo de Calot.



**Figura 3**  
Coledocorrafia.

La paciente presenta postoperatorio favorable y es alta a la semana sin drenaje.

**Discusión:** La coexistencia de colecistitis aguda y obstrucción de vía biliar por coledocolitiasis es frecuente en nuestro medio. El uso de la CPRE para extracción de los cálculos alojados en la vía biliar permite evitar la apertura de la misma en quirófano, disminuyendo así las tasas de complicaciones postoperatorias como las fístulas biliares, o el uso de drenajes como el tubo de Kehr. No obstante, si no es posible la realización de la CPRE en un tiempo prudencial, o bien se produce un empeoramiento clínico-analítico del paciente, o la técnica no es efectiva, la solución es la cirugía. En la medida de lo posible, se recomienda el abordaje laparoscópico, pues ha demostrado una efectividad similar a la vía abierta, reduciendo las complicaciones en el postoperatorio inmediato (menos dolor, disminuye la tasa de infección de heridas, incorporación más temprana a la vida laboral, etc.) y tardío (menos eventraciones, mejores resultados estéticos, etc.).

XVII REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE CIRURJÍAS ANDALUZA DE BILIARIOS Y COLANGIOLITIASIS GRANADA 19 al 21 de noviembre 2023

EXTRACCIÓN DE COLEDOCOLITIASIS VIA LAPAROSCÓPICA

Cano Pina, MB; Chas Garibaldi, MP; Rodríguez Romero, L; Vázquez Medina, L; Mirón Pozo, B.

Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestiva Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

[Acceder al vídeo](#)

## 240050. PANCREATITIS AGUDA. NO ES BILIAR TODO LO QUE PARECE

S Mansilla Díaz, LC Hinojosa Arco, R Gómez Pérez, Á de Laguno de Luna, MÁ Suarez Muñoz

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

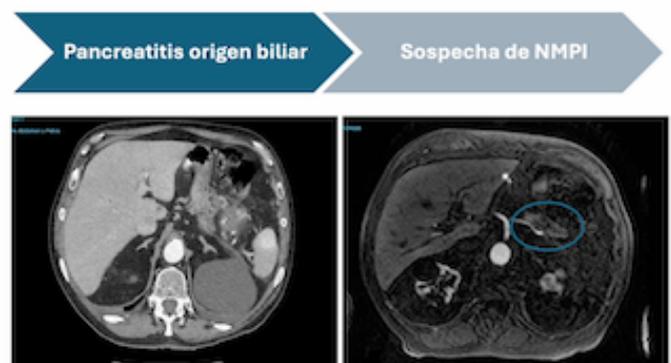
**Introducción:** Existen diferentes técnicas de pancreatomectomía distal en función de la extensión de la resección y linfadenectomía, desde la pancreatomectomía distal clásica con esplenectomía, pancreatomectomías con preservación esplénica y la pancreatomectomía radical modular anterógrada (RAMPS). En ocasiones, los hallazgos intraoperatorios exigen modificaciones, no obstante, la sistematización de las técnicas como el “clockwise approach” descrita por Asbun permite minimizar errores prevenibles y sus complicaciones.

**Caso clínico:** Varón de 80 años derivado tras episodio de pancreatitis aguda. Ante el hallazgo en TAC de control de dilatación segmentaria del Wirsung a nivel de cuerpo-cola se completa el estudio con RM, USE y PAAF con diagnóstico de posible NMPI.

Dada la sintomatología del paciente se presenta en comité decidiéndose intervención quirúrgica.

Se plantea abordaje laparoscópico, empleando 5 puertas de entrada.

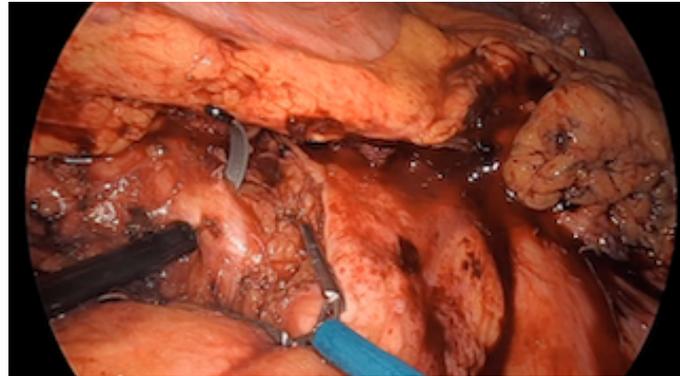
Tras el acceso a la transcavidad continuamos con la movilización parcial del ángulo esplénico. Disección de borde inferior pancreático hasta identificar vena esplénica. Disección de borde superior, identificando arteria hepática, que se disecciona hasta su origen en tronco celiaco. Sección y ligadura de arteria esplénica con Echelon 30 mm carga vascular y vena esplénica con Hemolock. Sección de cuerpo de páncreas con Echelon 60 mm carga azul + Seamguard realizando compresión progresiva durante 10 minutos. Objetivamos adherencia firme del ángulo esplénico realizándose sección con Echelon 60 mm carga azul. Así mismo es necesario la sección con Echelon 60 mm carga verde de pequeño segmento de curvatura mayor gástrica adherido al borde anterior del páncreas englobado en el proceso inflamatorio. Tras completar esplenectomía finalizamos la intervención.



**Figura 1**

TAC.

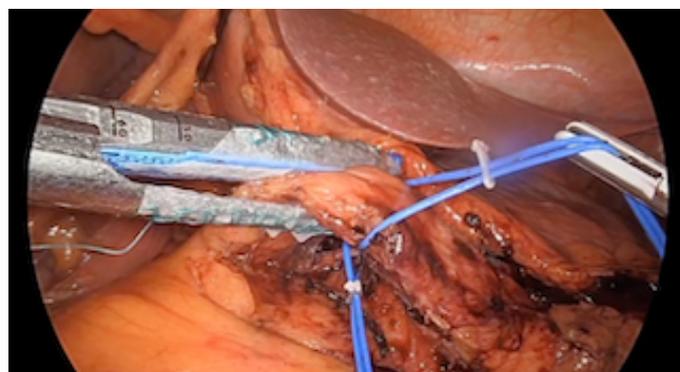
El 2º día postoperatorio el paciente presenta exteriorización de contenido hemático a través del drenaje solicitándose angioTC que identifica extravasación a nivel de punto de entrada del drenaje en pared abdominal solventándose mediante sutura hemostática dándose de alta al 8º día PO. La anatomía patológica informó de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo ductal con márgenes quirúrgicos libres, así como hallazgos de pancreatitis crónica.



**Figura 2**  
Dissección A. Esplénica.



**Figura 3**  
Dissección V. Esplénica.



**Figura 4**  
Sección Pancreática.

**Discusión:** Debemos incluir en el diagnóstico diferencial de la pancreatitis aguda las lesiones tumorales pudiéndose sospechar ante el hallazgo de una dilatación segmentaria del Wirsung no justificada por otra causa. La esplenopancreatectomía corporocaudal laparoscópica puede ser técnicamente exigente ante la presencia de cambios fibróticos de la pancreatitis aguda por lo que resaltamos la importancia de la sistematización técnica.

**240051. HERNIA DIAFRAGMATICA POSTFUNDUPLICATURA**

**P Maldonado, T Prieto-Puga, A del Rey, J Hernández, J Pérez-Lara**

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

**Introducción:** La hernia diafrágica es un defecto en el diafragma que permite el paso de órganos desde la cavidad abdominal a la torácica, pudiendo ser congénito como adquirido.

Las hernias adquiridas ocurren en el 1-5% de los accidente de tráfico y en el 10-15% de los traumas penetrantes torácicos bajos.

La hernia diafrágica complicada es un problema poco frecuente pero un reto en su diagnóstico de urgencias, dado que los síntomas suelen ocurrir meses o años después.

Habitualmente asintomáticas y su diagnóstico es incidental aunque a veces se asocian a síntomas inespecíficos.

La prueba de elección es el TC, permitiendo valorar el tamaño y localización del defecto diafrágico, así como las estructuras implicadas y la posibilidad de complicaciones asociadas.

Aunque no existe consenso claro sobre la indicación y el tiempo idóneo para la cirugía, parece que incluso en hernias asintomáticas el tratamiento quirúrgico es lo más aceptado dado el riesgo de complicación. Defectos pequeños pueden ser reparados mediante una sutura primaria, sin embargo en los de mayor tamaño es necesario reforzar la sutura con una malla, actualmente las mallas biológicas son una alternativa a las sintéticas con menores tasas de recidiva, mayor resistencia a las infecciones, incluso en zonas previamente contaminadas.

El abordaje puede ser abdominal o torácico en función de los hallazgos, preferencias y habilidades del cirujano.

**Caso clínico:** Nuestro caso se trata de un varón de 60 años, intervenido unos 15 años previamente de una funduplicatura Nissen en la cual se evidencian una lesión diafrágica en el mismo acto siendo reparada mediante sutura, tras la cual el paciente permaneció asintomático durante años, pero posteriormente acudió a consulta por sensación de opresión torácica, por lo que se solicitó un EGD, donde se evidenció una herniación del fundus gástrico sin relación con la funduplicatura previa, por lo que se solicitó un TC que confirmó la sospecha de la hernia diafrágica izquierda con contenido gástrico en su interior. Dada la sintomatología se decidió Cirugía mediante un abordaje laparoscopia abdominal, realizándose una sutura primaria y una malla titanizada fijada con glutack sin incidencias en postoperatorio, a los 6 meses de la cirugía el paciente

permanece completamente asintomático.

**Discusión:** En conclusión, el diagnóstico de la hernia diafragmática es un reto para el cirujano ya que ocurre tiempo después del evento traumático, pero parece cada vez más clara la indicación de reparación quirúrgica para evitar las posibles complicaciones.

## 240068. RESECCIÓN ENDOLUMINAL TRANSGÁSTRICA DE GIST POR VÍA LAPAROSCÓPICA

R Gómez Pérez, JF Roldán de la Rúa, M Ortega Castán, S Mansilla Díaz, LC Hinojosa Arco, Á de Laguno de Luna, R de Luna Díaz, MA Suarez Muñoz

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

**Introducción:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan el 3% de los tumores malignos gastrointestinales. Más del 50% se localizan en estómago. Se desarrollan a consecuencia de mutaciones en los genes que codifican receptores de tirosina quinasa (KIT o PDGFRA).

El 80% aparece en mayores de 50 años, sin predominio de género. La mayoría esporádicos y no se conocen factores de riesgo. Hasta un 25% son hallazgos incidentales, presentan síntomas inespecíficos, relacionados con el tamaño o la localización, obstrucción o compresión.

El tratamiento es la resección oncológica y los inhibidores de la tirosina quinasa (TKI), en tumores de alto grado y de gran tamaño (mayores de 10 cm) por el riesgo de recidiva. La resección puede llevarse a cabo de forma endoscópica en los de pequeño tamaño, polipectomías con asa, bandas o resección submucosa endoscópica tunelizada (RSET) o por cirugía abierta o laparoscópica.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 76 años intervenida de sigmoidectomía tipo Hartmann por obstrucción intestinal. En TAC de seguimiento oncológico es diagnosticada de lesión gástrica en curvatura menor de 3 cm sugestiva de GIST (Figura 1). La endoscopia y USE confirman lesión de bordes lisos que sugiere origen submucoso. Asintomática, exploración normal, con cicatriz de laparotomía media y colostomía.

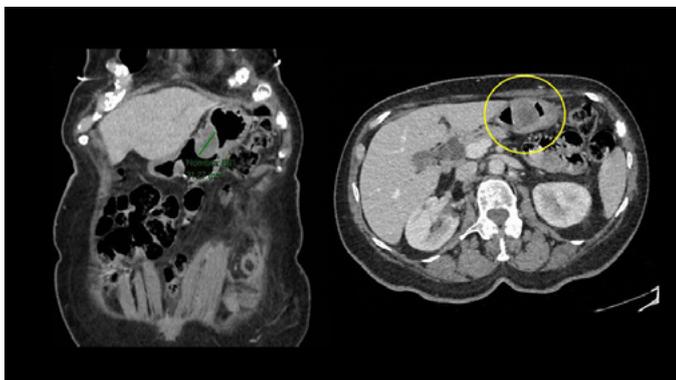


Figura 1

TAC diagnóstica.

Se llevó a cabo una resección transgástrica del tumor a través de gastrotomía vía laparoscópica. Sección y suspensión del ligamento redondo para obtener mejor visualización de la curvatura menor. Localización del tumor, sin componente excrecente. Gastrotomía amplia para poder exponer el tumor. Resección con endograpadora (Figura 2). Cierre de la gastrotomía con sutura continua barbada reabsorbible (Figura 3). Revisión de hemostasia y extracción de la pieza con bolsa.



Figura 2

Resección de GIST en curvatura menor con endograpadora a través de gastrotomía laparoscópica.

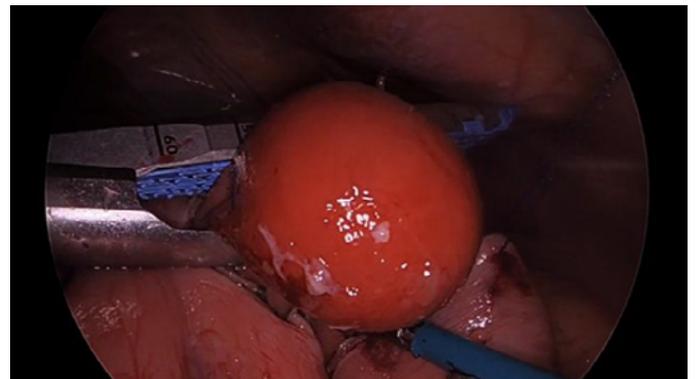
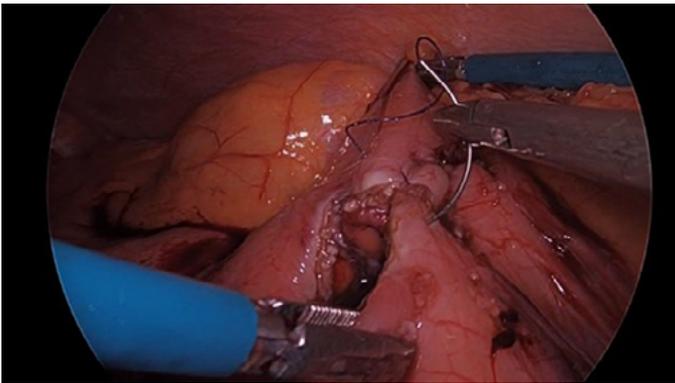


Figura 3

Cierre de la gastrotomía con sutura barbada.

La paciente fue dada de alta a las 48h de la cirugía sin incidencias. Los resultados patológicos fueron de GIST de tipo fusocelular 28x19 mm(pT2) con margen correcto, +CD34, CD117 (C-KIT) y DOG-1, índice de proliferación Ki 67 del 2 % y bajo riesgo de recurrencia (Figura 4).

**Discusión:** Existen diferentes abordajes para la escisión de los GIST. La resección endoscópica en tumores de pequeño tamaño, de crecimiento endoluminal, siendo 20-25 mm el límite para la realización de RSET; resecciones gástricas atípicas en lesiones pediculadas o de crecimiento exofítico o bien resecciones endoluminales a través de una gastrotomía. Se puede llevar a cabo de forma laparoscópica sin gran dificultad técnica, así mismo, permite la visualización de la lesión, en contraposición a las resecciones en cuña con endograpadoras. Se trata de una intervención fácilmente reproducible, rápida, segura y con todos los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.



**Figura 4**  
Pieza quirúrgica y resultados de Anatomía patológica.

comenta con nefrología que informa de ausencia de función de dicho riñón y posibilidad de nefrectomía izquierda asociada sin deterioro renal.

El abordaje fue laparoscópico. La posición fue en decúbito lateral derecho. Se colocaron 5 trócares. Se identificó el liposarcoma retroperitoneal adherido al hilio renal izquierdo. Se abrió el retroperitoneo movilizándolo el ángulo esplénico de colon, parte de colon transverso y colon descendente identificando arteria y vena iliaca izquierdas, se movilizó la cola del páncreas y bazo. Se realizó exéresis en bloque de la tumoración retroperitoneal, riñón izquierdo y glándula suprarrenal izquierda para evitar recidiva local. Se produjo sangrado no controlado, se realizó compresión y se convirtió objetivando sangrado en el hilio esplénico. Se intentó preservar el bazo, pero finalmente necesitó asociar esplenectomía. Se revisó que la hemostasia fuese correcta y se dejó drenaje.

El postoperatorio fue favorable. Fue alta al 5º día postoperatorio con adecuada función renal.

La anatomía patológica informó lesión lipomatosa con proliferación fibroadiposa reactiva, con áreas de necrosis.

**RESECCIÓN ENDOSCÓPICA TRANSGÁSTRICA DE GIST POR VÍA LAPAROSCÓPICA**

Rocio Gómez Pérez  
Jorge F. Roldán de la Rúa  
María Ortega Castán  
Miguel Ángel Suárez Muñoz

[Acceder al vídeo](#)

**240070. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE TUMORACIÓN RETROPERITONEAL PARAAÓRTICA IZQUIERDA**

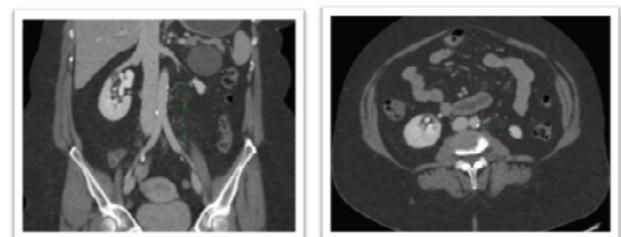
**M Pérez Reyes, JA Pérez Daga, B Sánchez Pérez, J Santoyo Villalba, A Sánchez Díaz, J Santoyo Santoyo**

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

**Introducción:** El liposarcoma es un tumor mesenquimatoso retroperitoneal de crecimiento lento y expansivo. El 85% de los mismos son malignos. El tratamiento es la cirugía radical. Presentamos un caso de una tumoración retroperitoneal paraaórtica con abordaje laparoscópico.

**Caso clínico:** Paciente de 63 años con antecedentes de HTA, dislipemia, ERC (creatinina 1,25 mg/dL, filtrado glomerular 56mL/min) y obesidad. En estudio por dolor abdominal se realiza TAC abdominal objetivando una lesión ovalada, bien definida en localización paraaórtica izquierda, con densidad predominantemente grasa pero que presenta áreas de mayor atenuación en su interior, lo que sugiere liposarcoma (10,5cmx3,7cmx2,5cm).

Se presenta el caso en comité oncológico y se decide intervención quirúrgica. Se revisó el TAC y ecografía y dado que la tumoración englobaba parte del riñón izquierdo que se encontraba atrófico se



**Figura 1**  
Lesión retroperitoneal paraaórtica izquierda.



**ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE TUMORACIÓN RETROPERITONEAL PARAAÓRTICA IZQUIERDA**

Pérez Reyes M, Pérez Daga JA, Sánchez Pérez B, Santoyo Villalba J, Sánchez Díaz A, Santoyo Santoyo J  
UGC CIRUGÍA GENERAL, DIGESTIVA Y TRASPLANTE



[Acceder al vídeo](#)

**Discusión:** Esta paciente se decidió intervención quirúrgica por la sospecha radiológica de liposarcoma a pesar de que el resultado anatomopatológico fue benigno, dado que el tratamiento de esta patología es la resección quirúrgica. Y en este caso se asoció nefrectomía y suprarrenalectomía dado que es importante realizar una resección en bloque con adecuados márgenes quirúrgicos para evitar posterior recidiva.

## 240076. HERNIA DE HIATO PARAESOFÁGICA VOLVULADA. CÓMO CONVERTIR EN FAMILIAR, LO DESCONOCIDO.

PJ Madroñal Escribano, M Santidrián Zurbano, M Mogollón González, J Trigueros Cabrera, C Plata Illéscas, MJ Álvarez Martín, J M Villar del Moral

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

**Introducción:** La hernia paraesofágica es la menos frecuente de las hernias de hiato (2-4%). Consiste en la herniación del fundus gástrico a través del hiato sin desplazamiento de la unión esofagogástrica.

Una complicación poco frecuente es la volvulación gástrica. Un diagnóstico y abordaje precoces nos facilitarán su manejo, evitando así consecuencias potencialmente mortales.

**Caso clínico:** Exponemos el caso de una mujer de 80 años, que presentaba una hernia paraesofágica volvulada que contenía fundus, cuerpo y antro gástricos con rotación órgano-axial. Asociaba clínica de dolor torácico y maldigestión sin síntomas atípicos.

Estudio preoperatorio:

- Tránsito con doble contraste: sin dificultad de paso a duodeno.
- Manometría: motilidad esofágica anormal, con obstrucción a la salida de la sonda.
- pHmetría no realizada por imposibilidad técnica.

Se realizó un abordaje mediante 5 trócares: supraumbilical (óptico) 11 mm, epigástrico 11mm (retractor hepático), en hipocondrio izquierdo 11 y 5mm, en hipocondrio derecho 5mm.

Se inició la reducción del contenido herniario para visualizar correctamente el pilar derecho y proceder a su disección. Una vez finalizado, se inició el abordaje del pilar izquierdo. Mediante tracción continua del saco se logró la disección del esófago mediastínico, lo que facilitó su descenso, para lograr una longitud de esófago abdominal adecuada. A continuación, mostramos tres maniobras que facilitan la sección de los vasos cortos, la anatomización del ángulo de His y la liberación completa del pilar izquierdo.



Figura 1

Rotación organoaxial, hernia de hiato volvulada.

Finalizamos la cirugía antirreflujo mediante sutura de los pilares diafragmáticos y fijación de la malla con tackers. Por último, realizamos una funduplicatura "floppy-Nissen".

El postoperatorio cursó sin incidencias, iniciando tolerancia a las 24h y con alta domiciliaria a las 48h.

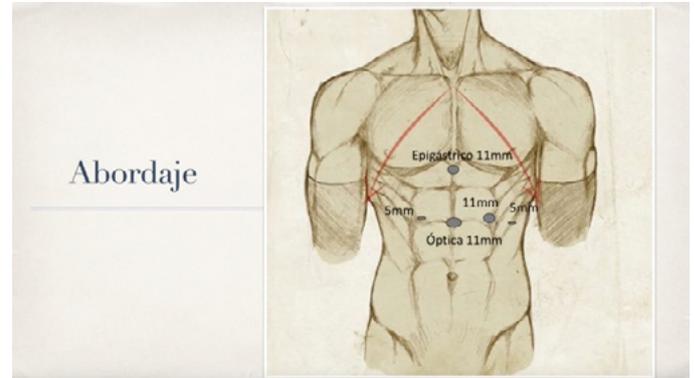


Figura 2

Colocación de trócares para facilitar el abordaje de la hernia.



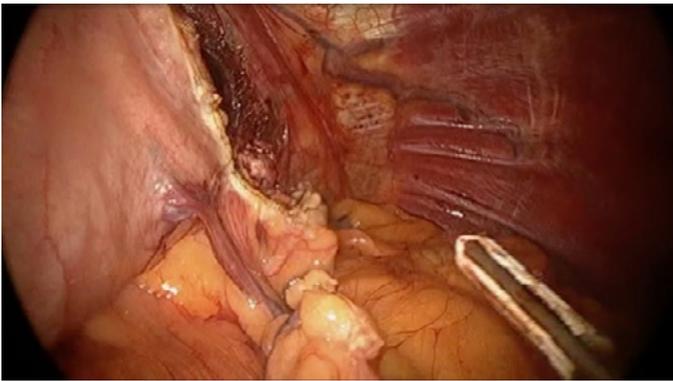
Figura 3

Identificación de las estructuras. Pilares diafragmáticos, arteria hepática izquierda, estómago.



Figura 4

Identificación de las estructuras antes de iniciar la disección esofágica mediastínica.



**Figura 5**

Maniobras para la correcta anatomización del ángulo de His y facilitar la disección del pilar izquierdo para la liberación completa del saco.



**Fijación con Tackers**

**Figura 6**

Fijación de la malla a los pilares mediante tackers.



**Figura 7**

Realización de un Floppy-Nissen.

**Revisión en consulta:** asintomática, sin clínica de reflujo. En el tránsito de control no se identifican imágenes que sugieran recidiva herniaria.

**Conclusiones:** Destacamos la importancia de la colocación de los puertos para facilitar las maniobras de disección.

Asimismo, un abordaje sistemático permite identificar las estructuras y evitar lesiones inadvertidas. Manteniendo una tracción continua del saco, logramos disecar con precisión el esófago mediastínico y anatomizar el ángulo de His, asegurando el correcto descenso del esófago hasta una localización intraabdominal.

**Postoperatorio y revisión**

Inicia tolerancia a las 24h.

Alta a las 48h.

Revisión a los 2 meses:

- ✦ Buena tolerancia a dieta túrmix.
- ✦ No clínica de RGE.
- ✦ Tránsito: sin recidiva.

**Figura 8**

Localización y año de intervención.

**Hernia de hiato volutada: cómo convertir en familiar lo desconocido.**

Cirugía Esofagológica.  
Servicio de Cirugía General y Digestiva. H. U. Virgen de las Nieves

AUTORES: Patricia J. Madroal Escribano, María Santolanda Zarbano, Mónica Megollón González, Mª Jesús Álvarez Martín, Cristina Plata Blanca, Inéfir Triguero Cabrera, Jesús Mª Villar del Moral.

[Acceder al vídeo](#)

### 240079. REPARACIÓN POR TORACOSCOPIA DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A SÍNDROME DE BOERHAAVE

**C Pérez Muñoz, M López-Cantarero García-Cervantes, J Gómez Sánchez, B Cano Pina, M Chaparro Mirete, B Mirón Pozo**

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada.

**Introducción:** La perforación esofágica espontánea o síndrome de Boerhaave es definida como una deshiscencia de pared esofágica en una zona macroscópicamente sana a consecuencia de un aumento brusco de la presión esofágica. Es un cuadro altamente grave que precisa de un diagnóstico precoz y en el cual el tratamiento quirúrgico es de elección.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 65 años sin antecedentes de interés que acude por vómitos y dolor en hipocondrio

derecho. Se realiza TC abdominal donde se evidencian signos de rotura esofágica con neumomediastino e hidroneumotórax derecho.

Ante la sospecha de Síndrome de Boerhaave, se realiza intervención quirúrgica urgente mediante toracoscopia. En primer lugar, se lleva a cabo un lavado de hemitórax derecho y retirada de restos alimenticios, para proceder a continuación a la apertura de la pleura mediastínica y a la disección esofágica desde su extremo distal. Se visualiza perforación en tercio medio de esófago, a unos 4 cm de carina traqueal. Se decide realizar esogaforrafia con puntos entrecortados, aplicar sellante de fibrina sobre la misma y posterior plastia pleural. Se dejan dos drenajes.



**Figura 1**  
Posición de trócares.



**Figura 2**  
Exploración hemitórax.



**Figura 3**  
Exploración hemitórax 2.



**Figura 4**  
Perforación esofágica.



**Figura 5**  
Disección esofágica.

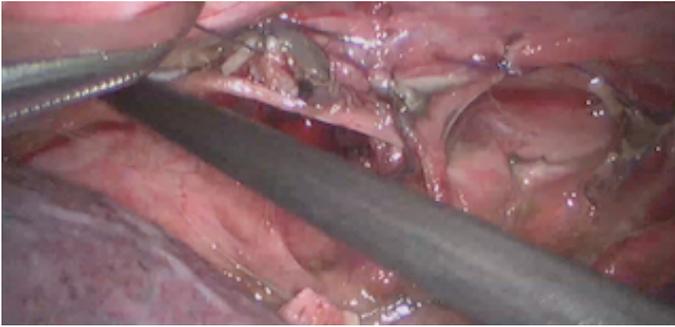


**Figura 6**  
Esofagorrafia.



**Figura 7**  
Sellante de fibrina.

El paciente evoluciona de forma favorable durante su estancia en UCI y posterior estancia en planta, siendo dado de alta un mes después de la cirugía.



**Figura 8**  
Plastia pleural.

**Discusión:** El síndrome de Boerhaave representa del 10 al 15% de todas las perforaciones esofágicas. Se trata de una entidad asociada a una elevada mortalidad. Su causa más común es el vómito, pero cualquier actividad que aumente la presión intraesofágica puede provocar este síndrome. Como factores de riesgo predisponentes se han descrito las alteraciones gastroduodenales como la hernia de hiato o la úlcera duodenal.

El diagnóstico de este cuadro supone un desafío porque la presentación puede variar significativamente, requiriendo un alto índice de sospecha y siendo necesario en la mayoría de las ocasiones una prueba de imagen. El síndrome de Boerhaave se asocia clásicamente con la tríada de Mackler, compuesta por vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo.

Algunos autores preconizan el tratamiento médico, si bien la mayoría están de acuerdo que con el tratamiento quirúrgico precoz se obtienen mejores resultados, sin que la técnica empleada esté en relación directa con los resultados, siendo la vía de abordaje habitual la toracotomía izquierda.



Reparación por toracoscopía de perforación esofágica secundaria a Síndrome de Boerhaave

[Acceder al vídeo](#)

## 240086. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS: REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DE HIATO POSTESOFAGUECTOMÍA CON Y SIN MALLA.

S Qian, AI Fernández Sánchez, C Montiel Casado, JL Fernández Aguilar, FJ Moreno Ruiz, J Santoyo Santoyo

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

**Introducción:** La hernia diafragmática tras esofagectomía es una patología cuya incidencia está en aumento, directamente proporcional al incremento del número de esofagectomías mínimamente invasivas. Puede cursar de forma aguda o detectarse durante el seguimiento postquirúrgico. El diagnóstico se realiza mediante prueba de imagen, principalmente TAC con contraste intravenoso, en el contexto del seguimiento oncológico.

**Caso clínico:** Presentamos dos casos clínicos, con el objetivo de mostrar los dos tipos de abordajes, reparación de hernia de hiato postesofagectomía vía laparoscópica sin y con material protésico. Ambos pacientes con buena evolución

postquirúrgica sin recidiva de la patología herniaria durante el seguimiento.

**Discusión:** Dada la morbilidad potencial asociada a la reparación quirúrgica, y la morbimortalidad (20 a 80%) asociada a las complicaciones derivadas como la incarceration, la indicación quirúrgica debe realizarse de manera individualizada, así como la indicación de la técnica quirúrgica. La reparación mediante abordaje mínimamente invasivo puede ser dificultosa pero técnicamente posible, existiendo actualmente pocos datos sobre la reparación con malla para este tipo de patología.



[Acceder al vídeo](#)

## 240089. HEPATECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA EN QUISTE HIDATÍDICO COMPLICADO.

C Sánchez González, AI Fernández Sánchez, M Pérez Reyes, B Sánchez Pérez, JA Pérez Daga, J Santoyo Santoyo

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

**Introducción:** El quiste hidatídico, una enfermedad parasitaria causada por el cestodo *Echinococcus*, sigue siendo un desafío clínico y quirúrgico. Las indicaciones quirúrgicas actualmente incluyen la presencia de síntomas y complicaciones. Además, se considera la localización del quiste y la experiencia del equipo médico para plantear la estrategia terapéutica y la vía de abordaje.

**Caso clínico:** Presentamos el caso clínico de una mujer de 35 años diagnosticada de un quiste hidatídico CE 4-5 OMS, remitida para cirugía. Dado la localización de este, se decide la realización de una hepatectomía derecha vía laparoscópica. Tras una buena evolución postquirúrgica, es dada de alta en quinto día postoperatorio.

**Discusión:** La cirugía del quiste hidatídico comunicado con la vía biliar plantea un reto. Es necesario una localización precisa del quiste y un mapa de la vía biliar, teniendo especial interés en los quistes de localización compleja o con gran tejido cicatricial circundante, como en el caso de nuestra paciente. La manipulación del quiste durante la cirugía puede aumentar el riesgo de dispersión de los parásitos o de contaminación bacteriana, lo que puede llevar a infecciones postoperatorias. La irrigación con suero hipertónico del campo quirúrgico, puede ayudar a evitar la diseminación parasitaria.



## 240091. DESAFÍOS QUIRÚRGICOS DE UN CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES LOCALMENTE AVANZADO

Á de Jesús Gil, P Bravo Ratón, V Pino Díaz, M Rubio-Manzanares Dorado, A García León, JM Martos Martínez, FJ Padillo Ruiz

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

**Introducción:** Las mejoras en las pruebas diagnósticas en las últimas décadas, está permitiendo el diagnóstico cada vez más precoz de tumores de tiroides. Sin embargo, su incidencia está aumentando no solo en estadios iniciales, sino también en tumores más grandes (>4cm).

A día de hoy no existe en la literatura una definición estandarizada de enfermedad localmente avanzada. En líneas generales se acepta como la extensión extratiroidea y ésta se considera el factor pronóstico más importante para la recidiva local y para la diseminación linfática y a distancia.

La cirugía es el único tratamiento curativo para estos pacientes, aunque el tratamiento de la infiltración de órganos vecinos no está del todo establecido en relación a la indicación, técnica y extensión de la resección.

**Caso clínico:** Varón de 41 años diagnosticado en mayo 2023 de un carcinoma papilar de tiroides localmente avanzado con afectación ganglionar cervical (II, III, IV, V y VI) bilateral, traqueal, recurrencial izquierda y dudosa afectación esofágica. Únicamente refería disfagia, sin disnea ni disfonía.

Se realiza una fibrobroncoscopia que muestra una lesión que infiltra de forma superficial la pared lateral izquierda de la tráquea en su tercio superior. Se realiza PAAF que confirma infiltración neoplásica de la misma.

Recibe, en un primer momento, tratamiento médico con inhibidores de la tirosin kinasas y un TC de control objetiva una respuesta parcial con disminución de las adenopatías.

El paciente es derivado a nuestro centro, donde se presenta en el Comité Multidisciplinar, proponiéndose una tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central (VGC) y bilateral (VGL) + resección traqueal de tres anillos y traqueostomía temporal.

El postoperatorio inmediato fue favorable, no precisando tratamiento sustitutivo con calcio. Inició tolerancia oral al 5º día postoperatorio y se decanuló 24 horas después, sin incidencias. Fue alta al 11º día. El informe anatomopatológico evidenció un carcinoma de tiroides en lóbulo izquierdo, bien diferenciado de alto grado con células foliculares, no anaplásico. VGC: 7/10 ganglios positivos. VGL derecho: 11/17 ganglios positivos. VGL izquierdo: 1/10 ganglios positivos. Infiltración traqueal con bordes libres.

**Discusión:** La literatura publicada hasta la fecha evidencia una importante laxitud en los criterios de reseccabilidad del tumor localmente avanzado de tiroides. Independientemente, la cirugía es el único tratamiento curativo a día de hoy.

La realización de un estudio prequirúrgico exhaustivo y la correcta estadificación inicial del tumor son imprescindibles para una correcta indicación y planificación quirúrgica. Es de vital importancia manejar estos pacientes de forma multidisciplinar y por un equipo de cirujanos expertos en centros especializados.



## LOS DESAFÍOS QUIRÚRGICOS DE UN CARCINOMA 'APILAR' DE TIROIDES LOCALMENTE AVANZADO

Bravo Ratón P, De Jesús Gil A, Pino Díaz V, Rubio-Manzanares Dorado M, García León A, Martos Martínez JM, Padillo Ruiz J  
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Unidad de Cirugía Endocrina  
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla



## 240115. REPARACIÓN ENDOSCÓPICA PRE-APONEURÓTICA (REPA): REPARACIÓN DE DIÁSTASIS DE RECTOS Y HERNIAS VENTRALES EN EL MISMO ACTO QUIRÚRGICO

**R García Andrés<sup>1</sup>, A Ortega Carrasco<sup>2</sup>, M Delgado Morales<sup>2</sup>, B García del Pino<sup>2</sup>, B Bascuas Rodrigo<sup>2</sup>, R Balongo García<sup>1</sup>, JF Guadalajara Jurado<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez, Huelva. <sup>2</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Elena, Huelva.

**Introducción:** La diástasis de los músculos rectos abdominales, definida por una separación de más de 2 cm entre los músculos rectos y la línea media, no solo puede causar problemas estéticos y funcionales, sino que también aumenta el riesgo de desarrollar hernias en la misma zona. La reparación endoscópica preaponeurótica (REPA) está ganando popularidad como una opción de tratamiento para esta patología, gracias al avance de técnicas menos invasivas.

Presentamos la técnica REPA para abordar en el mismo acto quirúrgico hernias ventrales sintomáticas que están asociadas con la diástasis de los músculos rectos del abdomen.

**Caso clínico:** Mujer de 51 años que refiere desde hace años sensación de abultamiento en zona abdominal línea media que aumenta con Valsalva.

Antecedentes quirúrgicos: histerectomía laparoscópica.

Exploración física: eventración epigástrica M2W1 y diástasis de rectos T2D3H1.

TAC abdominal: diástasis de músculos rectos de la pared abdominal anterior, con separación máxima transversal de unos 9 cm y extensión craneocaudal de 25 cm aproximadamente, con protrusión del contenido intraabdominal. Defecto herniario epigástrico con agujero herniario de 21 mm de contenido graso omental.

**Discusión:** Actualmente un gran porcentaje de paciente con diástasis de rectos no reciben tratamiento, lo que aumenta el riesgo de desarrollar hernias ventrales. Es por ello que se recomienda la reparación de ambas patologías.

La REPA es una técnica segura para el tratamiento de ambas patologías ofreciendo en comparación con otras técnicas, menos complicaciones de herida y buenos resultados estéticos.

La REPA también reduce el riesgo de lesiones intestinales, aunque puede provocar seromas que suelen resolverse espontáneamente. Algunas estrategias para prevenirlos incluyen: drenajes aspirativos, disección ultrasónica, usar fibrina/trombina/talco o inmovilizar la zona tras la operación, entre otros. Otra complicación frecuente de esta técnica es la hipoestesia postoperatoria, que generalmente se recupera en unos meses. La isquemia de la piel, poco frecuente pero descrita, se minimiza con una disección controlada.

Los pacientes con diástasis grave, hernias sintomáticas e IMC elevados, suelen tener una alta tasa de recurrencia a medio plazo.

Por eso, en dichos casos se recomienda el uso de las técnicas retromusculares.



## 240125. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE ABSCESO DEL MÚSCULO PSOAS SECUNDARIO A APENDICITIS AGUDA

**A Carrasco Moreno, FJ Almoquera González, S Borrego Canovaca, F Moreno Suero, J Tinoco González, JM Suárez Grau, A Sánchez Arteaga, L Tallón Aguilar**

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

**Introducción:** El absceso del psoas es una afección infrecuente y suele producirse secundariamente a una infección local o a un proceso inflamatorio de estructuras adyacentes y aquellos debidos a apendicitis aguda se observan ocasionalmente (14,6 %), resultando el TAC y la RMN pruebas de imagen útiles.

Existe escasa literatura acerca del manejo de esta patología siendo el abordaje laparoscópico una buena alternativa, ya que nos permite tratar la causa subyacente y explorar toda la cavidad abdominal.

**Caso clínico:** Se presenta paciente de 45 años que acude a urgencias tras tumoración en pala iliaca derecha sin traumatismo previo de un mes de evolución. Estudiada con RM con resultados de gran hematoma que afecta a musculo psoas derecho con componente intra y extraabdominal (9.3 x 12 x 13 cm) que tras punción del mismo drenaba contenido purulento por lo que es derivado a urgencias para realización de prueba de imagen.

A la exploración presentaba tumoración en psoas derecho con eritema y fluctuación local asociado a dolor intenso junto a abdomen doloroso en fosa iliaca derecha (FID) con Blumberg positivo.

Se realiza TAC abdominal donde se evidencia una apendicitis aguda perforada fistulizada a musculo psoas-iliaco formando un gran absceso secundario. Se decide intervención quirúrgica donde se objetiva un plastrón de asas en FID junto a ciego íntimamente adherido a la pared abdominal. Se realiza disección roma de las adherencias hasta alcanzar el trayecto de unión de la pared abdominal hacia psoas con salida de abundante material purulento procedente

de una gran cavidad dentro del músculo. Finalmente, se completa la apendicectomía con sección de la misma con endoGIA y se deja un drenaje en la cavidad y lecho quirúrgico.

El paciente presentó un postoperatorio sin incidencias siendo dado de alta al quinto día.

**Discusión:** La relevancia del caso presentado reside por un lado en el diagnóstico diferencial de los abscesos retroperitoneales del psoas siendo la apendicitis aguda una posibilidad, así como el gran tamaño que presentaba y la evolución tan pauci-sintomática y por otro el abordaje laparoscópico de los mismos.

La laparoscopia en estos casos aparte de presentar las ventajas propias de esta técnica proporciona una visión ampliada permitiendo detectar el foco de infección y realizar resecciones de forma controlada. Así, en nuestro paciente se localizó y controló el foco (apendicetomía) sin incidencias, pudiendo concluir que el abordaje laparoscópico es una técnica mínimamente invasiva y permite tratar la apendicitis con abscesos retroperitoneales.



**240130. PANCREATICOYEYUNOSTOMÍA LONGITUDINAL ROBÓTICA PARTINGTON-ROCHELLE EN PANCREATITIS CRÓNICA**

**C Fernández Holgado, FJ Almoguera González, C Cepeda Franco, E Barzola Navarro, LM Marín Gómez, G Suárez Artacho, JM Álamo Martínez, MÁ Gómez Bravo**

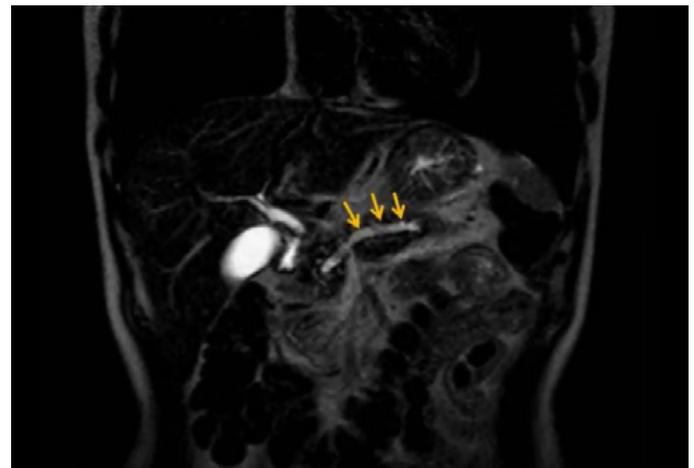
Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla.

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

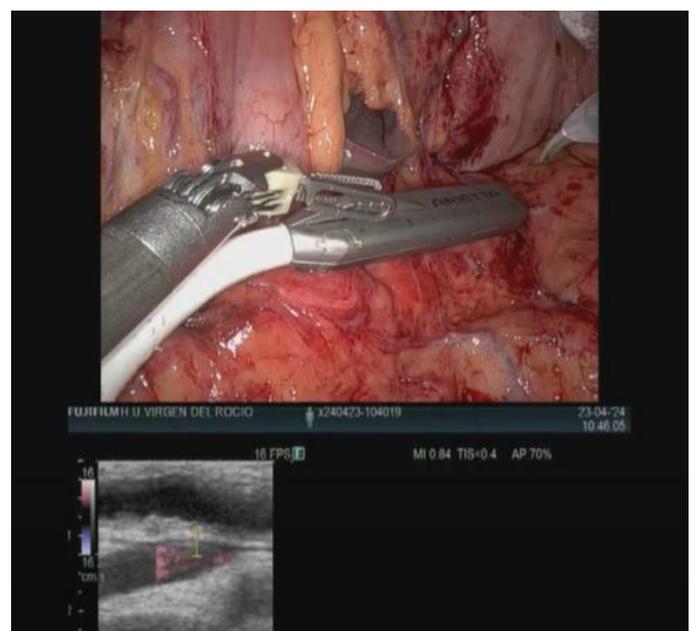
Si bien su manejo es generalmente conservador y, en última instancia quirúrgico, aquellos pacientes dependientes de analgesia indefinidamente, en los que no se puede excluir malignidad o que han

desarrollado complicaciones, serán candidatos a cirugía. Las técnicas quirúrgicas se clasifican en derivativas, resectivas y mixtas. La técnica de Partington-Rochelle se trata de una de las técnicas derivativas, que consiste en una pancreaticoyunostomía longitudinal latero-lateral con preservación de páncreas distal y bazo.

**Caso clínico:** Mujer de 53 años, fumadora y bebedora, sin otros antecedentes personales, que es diagnosticada de pancreatitis crónica en 2020, presentando un conducto pancreático principal dilatado de 73 mm con litiasis intrapancreática, quistes en cabeza y cola, y calcificaciones pancreáticas. Se realiza un total de cuatro intentos de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y un Rendez-vous endoscópico sin éxito.



**Figura 1** Colangiorm en pancreatitis crónica, donde se aprecia dilatación del conducto pancreático principal.



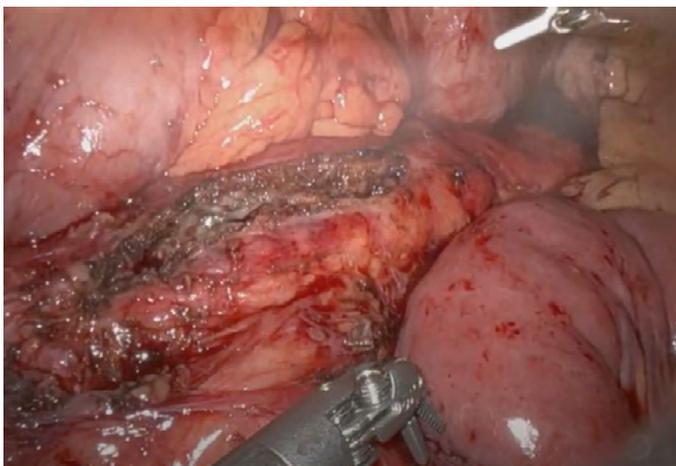
**Figura 2** Ecografía intraoperatoria, donde se visualiza el conducto pancreático principal.

Dada la refractariedad del tratamiento médico y el dolor crónico incapacitante que requiere valoración por la Unidad del Dolor, se consensua intervención quirúrgica programada. Se lleva a cabo una pancreaticoyeyunostomía longitudinal latero-lateral robótica según la técnica de Partington-Rochelle. Es dada de alta en el sexto día de postoperatorio sin incidencias.

Las consecuencias que supone la pancreatitis crónica obliga a plantear un manejo quirúrgico una vez agotadas las medidas conservadoras. La obstrucción del conducto pancreático principal provoca un aumento de la presión intraductal e intraparenquimatosa que causa dolor crónico refractario, siendo la principal indicación de intervención quirúrgica.



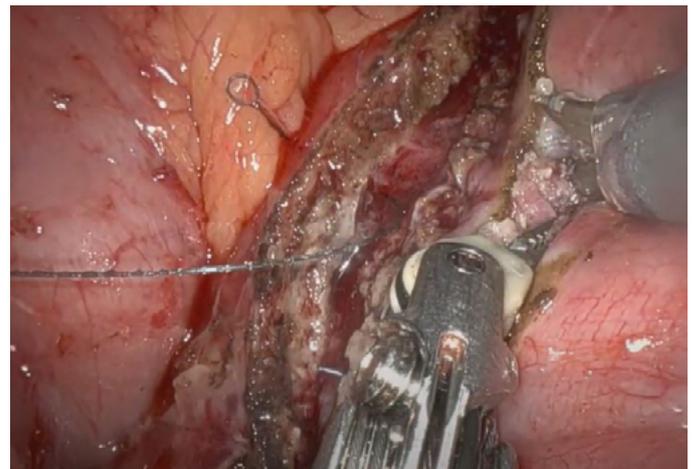
**Figura 3**  
Dilatación del conducto pancreático principal con sonda Fogarty tras apertura del mismo.



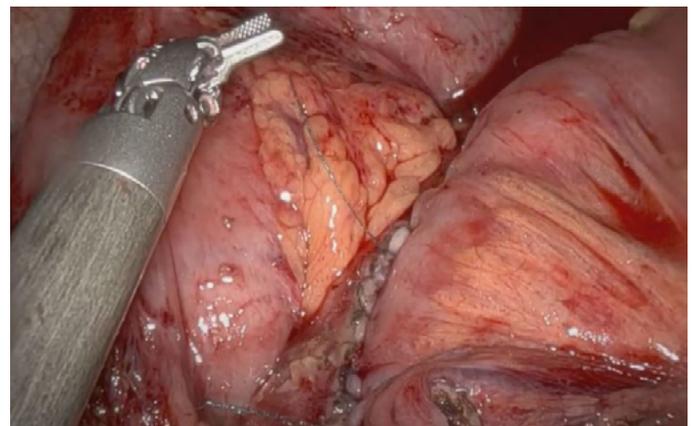
**Figura 4**  
Exposición del conducto pancreático principal tras su apertura y del asa yeyunal tras su sección.

La elección del tipo de técnica dependerá fundamentalmente de la posibilidad de neoplasia subyacente, de manera que, la ausencia de malignidad apoyará un procedimiento derivativo con intención descompresiva; no obstante, algunos autores abogan por la resección del tejido perineural afecto. La técnica derivativa de Partington-Rochelle, según la literatura, alcanza un control del dolor a corto plazo

del 90% y a largo plazo del 70% y, con ello, un impacto positivo en la calidad de vida.



**Figura 5**  
Apertura de la mucosa yeyunal durante la confección de la pancreaticoyeyunostomía.



**Figura 6**  
Visualización de la pancreaticoyeyunostomía finalizada.



[Acceder al vídeo](#)

Desde su descripción en 1960, la técnica no ha sufrido modificaciones, pero sí se han incorporado avances tecnológicos que aportan una mayor precisión, como la ecografía intraoperatoria y el abordaje mínimamente invasivo robótico, que simplifican una laboriosa anastomosis como es la pancreatocoyunostomía.

### 240131. A PROPÓSITO DE UN CASO: HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE

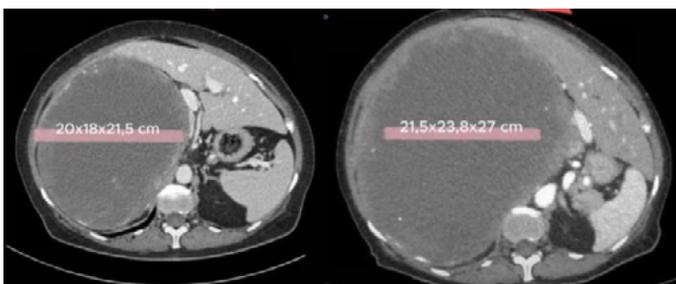
C Fernández Holgado<sup>1</sup>, D Raposo Plugia<sup>2</sup>, C Cepeda Franco<sup>1</sup>, E Barzola Navarro<sup>1</sup>, MÁ Gómez Bravo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz.

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

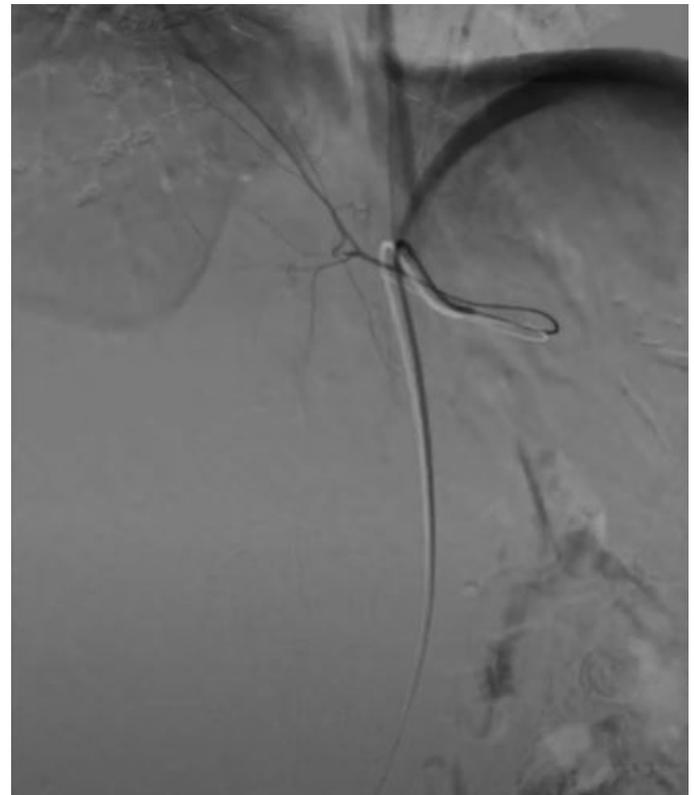
La alta sospecha de hemangioma permite una actitud conservadora en pacientes asintomáticos. Las indicaciones quirúrgicas son la ruptura con hemoperitoneo, el sangrado intratumoral y el síndrome de Kasabach-Merritt, así como el dolor abdominal persistente, la ictericia obstructiva, la hipertensión portal, la superficialidad de lesiones riesgo traumático y el diagnóstico incierto. En este contexto, el hemangioma gigante puede beneficiarse de un manejo quirúrgico, teniendo en cuenta el riesgo de hemorragia y la dificultad técnica que supone sus dimensiones. Para suplir este hándicap, puede recurrirse a la embolización arterial transcáteter hepática prequirúrgica.

**Caso clínico:** Mujer de 73 años, hipertensa, diabética e intervenida de lesión ovárica benigna, que presenta dolor en hemiabdomen derecho y hepatomegalia. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal que describe lesión central hipodensa con región licuefactada quística-necrótica de 20x18x21,5 cm (transverso-anteroposterior-craneocaudal) con anillo periférico de aspecto sólido y calcificaciones, y realce nodular discontinuo, así como relleno progresivo en diferentes fases, compatible con hemangioma cavernoso gigante. Se repite TC a los 9 meses, en el que se aprecia crecimiento (21,5x23,8x27 cm), por lo que se decide intervención quirúrgica previa embolización hepática arterial.



**Figura 1**  
Dimensiones tomográficas de lesión hepática y su crecimiento progresivo (01/2023- 10/2023).

Se realiza enucleación de tumoración de 8 kilogramos dependiente del lóbulo hepático derecho que requiere ligadura de la vena suprarrenal derecha. Postoperatorio sin incidencias salvo anemia aguda que responde a feroterapia, siendo dada de alta a los seis días.

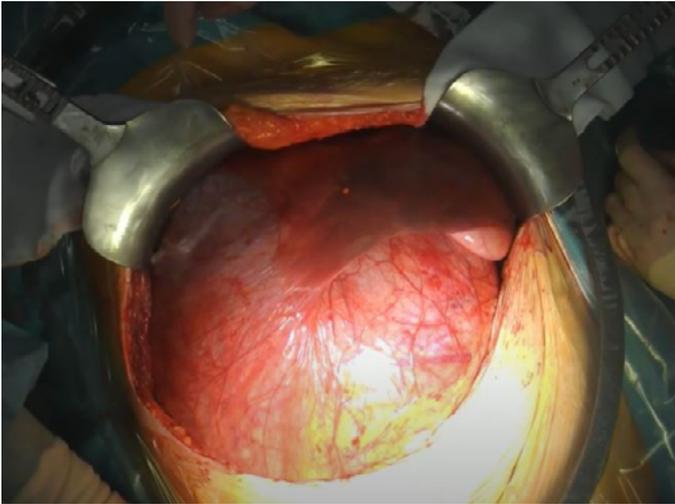


**Figura 2**  
Embolización arterial transcáteter hepática prequirúrgica.



**Figura 3**  
Hepatomegalia visible.

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



**Figura 4** Dimensiones de lesión hepática intraoperatoria.



**Figura 5** Dimensiones y peso de la lesión hepática.

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

El volumen de la lesión supone un reto técnico que obliga al abordaje laparotómico y que puede conllevar a la resección de parénquima hepático sano. La principal complicación intraoperatoria

es la hemorragia. Para suplir este hándicap, la TAE hepática prequirúrgica se plantea como una opción de "down-staging", ya que supone una mejora significativa de los factores de coagulación y una disminución de la pérdida de sangre intraoperatoria.

### 240137. TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO DE LA COLECOLEDOCOLITIASIS

**Gonzalez Sanchez D, Rodriguez Perdomo M, Fuentes Zaplana A, Reina Duarte A**

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

**Introducción:** La cole-coledocolitiasis, presencia de cálculos en el conducto biliar común, puede provocar complicaciones graves como colangitis y pancreatitis. El tratamiento laparoscópico en un solo acto ha demostrado ser tan efectivo como el abordaje en dos etapas; siendo primero la realización de CPRE y posteriormente la colecistectomía, pudiendo ofrecer ventajas significativas. Esta técnica mínimamente invasiva no solo reduce el tiempo de recuperación y el dolor postoperatorio, sino que también puede disminuir la estancia hospitalaria, obteniendo resultados similares e incluso superiores al abordaje de dos etapas.

**Caso clínico:** Mujer de 34 años sin antecedentes personales de interés, no alergias medicamentosas conocidas que acude en varias ocasiones al servicio de urgencias del hospital por cólicos biliares con elevación de enzimas de colestasis. Se realiza colangio-resonancia magnética que refiere presencia de colelitiasis múltiple, discreta dilatación del colédoco con imagen en porción distal de litiasis de 4mm y 3mm (Figura 1). Se propone para exploración de la vía biliar a través de laparoscopia y colecistectomía en acto único.

Se realiza el procedimiento con éxito y la paciente es dada de alta al día siguiente de la cirugía.

**Discusión:** El problema de la cole-coledocolitiasis es importante en nuestro medio, queremos aportar con este tipo de cirugía una nueva opción para el tratamiento de este tipo de patología quedando demostrado que es eficaz y puede plantear una serie de beneficios



**Figura 1** Colangio RM coledocolitiasis.

añadidos como sería la menor demora en la resolución del problema, la disminución de posibles complicaciones que podrían surgir entre la realización de la CPRE y la colecistectomía o la menor estancia hospitalaria.



**Figura 2**

Uso coledoscopio.



[Acceder al vídeo](#)

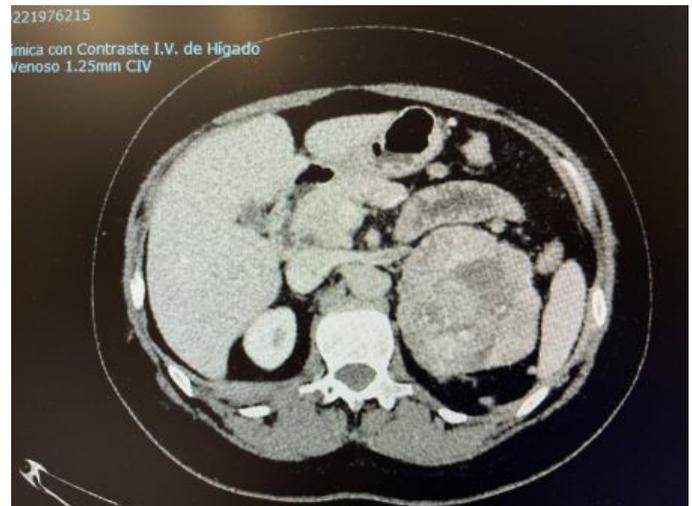
## 240147. CARCINOMA SUPRARRENAL CON TROMBOSIS TUMORAL

**A Montosa García, FJ Espada Fuentes, V Pino Díaz, A García León, M Rubio Manzanares Dorado, M Pérez Andrés, JM Martos Martínez**

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

**Introducción:** El carcinoma adrenocortical secretor de andrógenos (ACC) es una enfermedad muy rara con una incidencia de 0,5 a 2 casos por millón de habitantes por año y de mal pronóstico. Aproximadamente el 60% de los tumores son funcionales también para cortisol, presentan un rápido crecimiento alcanzando grandes tamaños e infiltrando estructuras colindantes. El único curativo es la cirugía debiendo asegurar una resección con márgenes negativos (R0).

**Caso clínico:** Mujer de 45 años que debuta con clínica de virilización, amenorrea e hipertensión. Analíticamente destacaba niveles elevados de testosterona 198 ng/dl (6-82 ng/dL), dihidrotestosterona 86 ng/dL (0-60 ng/dL) y Cortisol 27 µg/dL (6,2-19,4 µg/dL); corticotropina 4 pg/ml (4,7-48,8 pg/dL), excreción de cortisol en orina de 24h 972 µg/dL (4-176 µg/dL). Los niveles de metanefrinas, serotonina y aldosterona se encontraban en rango. El TC de abdomen con contraste mostró una masa suprarrenal izquierda de 8x7x11cm, heterogénea y con alguna microcalcificación en su interior, con áreas hipocaptantes parcheadas y valores densitométricos basales y de lavados indeterminados. Defecto lineal intraluminal en vena adrenal izquierda, que se extiende hasta vena renal ipsilateral compatible con trombosis sin datos de metástasis a distancia. 18fluorodeoxyglucose positron emission tomography combined with axial tomography (PET-CT) mostró un SUV de 10,4.



**Figura 1**

TC de abdomen con contraste donde se aprecia trombosis venosa tumoral.

Se sometió a una adrenalectomía vía anterior con clampaje de vena renal, flebotomía y trombectomía, desinsertando la vena adrenal izquierda y reparando el defecto con prolene 5/0. El informe histológico describió una neoplasia adrenal oncócica de 12 cm con criterios compatibles con carcinoma oncócico adrenocortical con cápsula íntegra y respetando márgenes de resección. Inmunofenotipo Melan A + sinaptofisina+ enolasa+ e inhinina- y Ki67 del 10%. Cumpliendo criterios mayores de Weiss: 10 mitosis en 50CGA y mitosis atípicas y dos criterios menores: tamaño mayor de 10 cm y peso mayor a 200 mg, además de presentar áreas de necrosis. El trombo fue informado como fragmento de neoplasia adrenal oncócica con intensa necrosis.

**Discusión:** Debe realizarse antes de la cirugía estudios radiológicos para detectar o excluir masas tumorales trombóticas en la vena suprarrenal, la vena renal o la vena cava inferior, puesto que la cirugía radical es el único enfoque curativo y los trombos tumorales inadvertidos, no diagnosticados o no resecados son causa de persistencia y/o recurrencia de la enfermedad. La adrenalectomía R0 se recomienda para todos los pacientes con tumores resecables, incluidos aquellos con enfermedad recurrente.

## 240153. DE LA GENÉTICA A LA CIRUGÍA: RESECCIÓN DE PARANGLIOMA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA

M Ortega Castán, N Tapia Durán, J Roldán de la Rúa, I García Muñoz, MÁ Suárez Muñoz

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

**Introducción:** Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos derivados de las células cromafines con localización extraadrenal. Constituyen entidades raras que se presentan principalmente en adultos jóvenes. La localización más frecuente es el cuerpo carotídeo siendo el retroperitoneo un lugar peculiar. En general son benignos y asintomáticos. La mayoría son esporádicos, pero hasta un 30-40% presenta una mutación germinal predisponente. Se han detectado más de 19 mutaciones genéticas asociadas a estos tumores siendo la mutación del gen succinato deshidrogenasa subunidad B (SDHB) las más frecuentes en las formas hereditarias. Esta mutación está asociada con el síndrome paraganglioma hereditario tipo 4 (PGL 4).

En este video presentamos el caso de un paciente joven diagnosticado y tratado precozmente de un paraganglioma retroperitoneal no funcionante a raíz de un cribado genético.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 31 años, sin antecedentes personales de interés salvo ser portador asintomático de una mutación en el gen SDHB.

Como antecedente familiar, su madre es portadora de la mutación del gen SDHB que predispone al síndrome PGL 4 con patrón hereditario autosómico dominante.

Tras un despistaje genético en nuestro paciente que confirmó la mutación, se realizaron pruebas diagnósticas que corroboraron la presencia de enfermedad. Entre ellas, un estudio hormonal con catecolaminas y cromogranina A que resultó negativo y un estudio morfológico mediante PET-Dopa y angioTC que evidenciaron una lesión nodular de 19x14mm en la región preaórtica izquierda sugerente de paraganglioma.



Figura 2

Pieza quirúrgica tras exéresis.

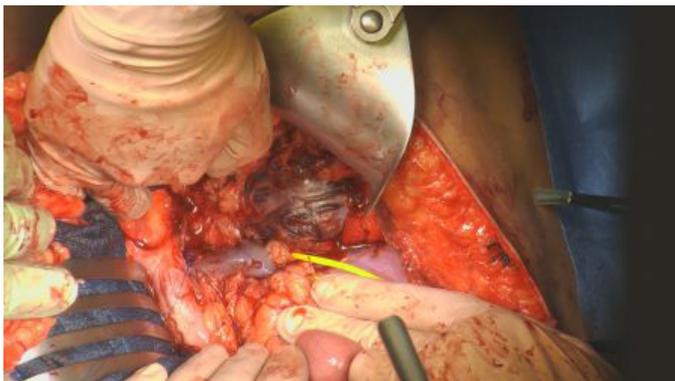


Figura 3

Resultado de sutura de vena renal tras flebotomía.

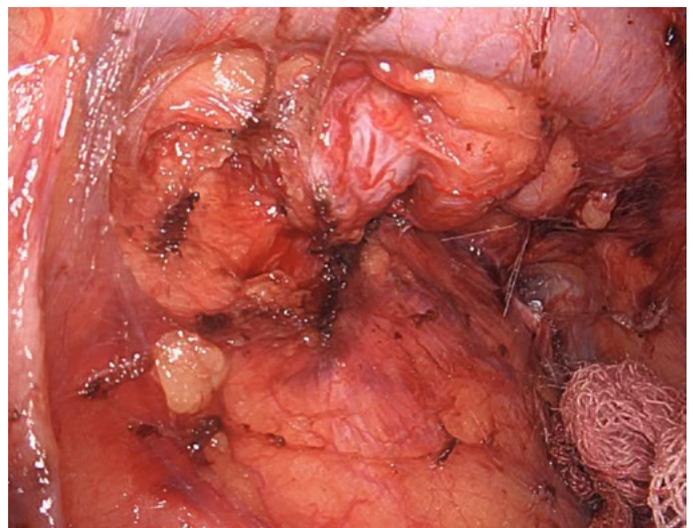
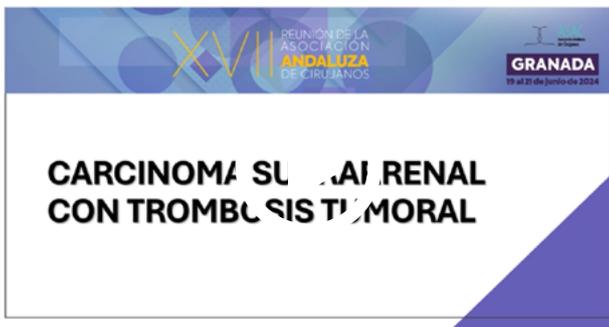


Figura 1

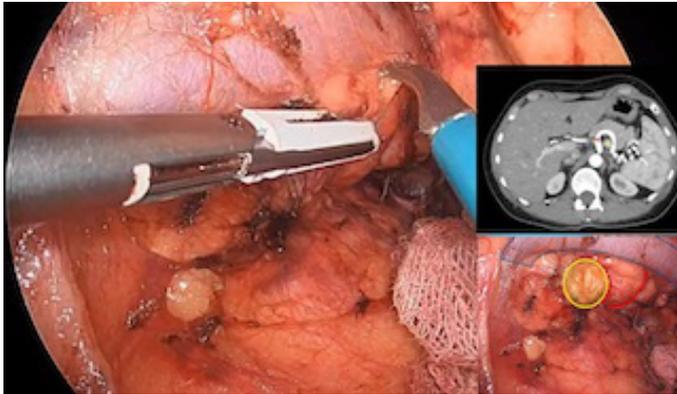
Exposición de la lesión.



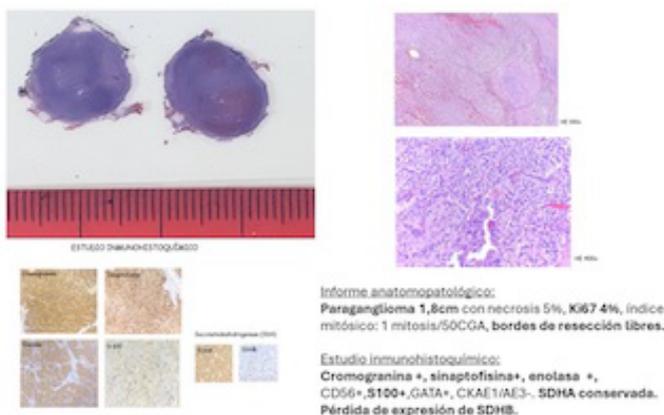
[Acceder al vídeo](#)

En el comité oncológico, se decidió tratamiento quirúrgico. Se realizó una cirugía R0 laparoscópica con una evolución favorable permitiendo el alta a las 48h.

El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico de la pieza confirmó que se trataba de un paraganglioma de 1,8cm con bordes de resección libres, un índice de proliferación (Ki67) del 4% y pérdida de expresión de SDHB en las células neoplásicas.



**Figura 2**  
Localización anatómica.



**Figura 3**  
Anatomía Patológica.

Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento por Oncología sin precisar tratamiento adyuvante.

**Discusión:** En las dos últimas décadas hemos presenciado un cambio de paradigma en la medicina, siendo la gran protagonista la genética molecular. Cada vez cobra más peso y es más conocido el componente genético de las distintas enfermedades, entre las que se encuentra el paraganglioma. De esta forma, a partir de un caso índice se inicia el despistaje genético en el resto de los miembros de la familia. Gracias a ello, se diagnostica de forma precoz esta patología y se ofrece a nuestros pacientes un tratamiento quirúrgico curativo.

## 240155. SIGMOIDECTOMÍA ELECTIVA TRAS DIVERTICULITIS

**Introducción:** La enfermedad diverticular es una patología con una alta prevalencia en la población que aumenta con la edad (hasta el 80% en mayores de 75 años) que se puede presentar de forma asintomática o bien desarrollar complicaciones como la diverticulitis recurrente, fistulas o hemorragias.

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad diverticular, engloba la cirugía urgente, en casos de diverticulitis complicada, y la cirugía electiva. Esta última, ha de realizarse de forma individualizada, en unidades con experiencia debido a la exigencia técnica así como las complicaciones que esta patología presenta de forma intrínseca.

La técnica de elección en cirugía electiva, es la sigmoidectomía laparoscópica con anastomosis primaria. Sin embargo, esta técnica supone un reto para el cirujano debido al importante componente inflamatorio residual de los episodios de diverticulitis y sus consecuencias como la fibrosis, aparición de fistulas colovesicales o hacia otros órganos, etc.

En la cirugía colorrectal, podemos encontrar diferentes complicaciones quirúrgicas provocadas principalmente por cuadros de inflamación crónica o repetida, siendo una de ellas la lesión iatrogénica de la vía urinaria la cual ocurre en aproximadamente un 2% de las cirugías electivas. Este riesgo se encuentra aumentado en la cirugía urgente y cirugías realizadas tras procesos inflamatorios previos como la diverticulitis por lo que debemos poner todas las herramientas a nuestro alcance para reducirlo.

**Caso clínico:** A continuación, presentamos un video sobre la sigmoidectomía laparoscópica en la enfermedad diverticular en la cual empleamos para la detección de los uréteres la fluorescencia con ICG ureteral intraoperatoria como medida para reducir la lesión de los mismos.



**Figura 1**  
Fluorescencia con ICG para localización de uréter izquierdo.

**Discusión:** El empleo de verde de indocianina así como otros marcadores cromáticos se plantea como una herramienta quirúrgica con aplicaciones crecientes en cirugía colorrectal. Presentando un valor añadido en aquellas intervenciones donde la lesión de la vía

urinaria tiene un mayor riesgo de lesión por la fibrosis asociada, presencias de fístulas, plastrones, etc. como puede ser frecuente en el caso de las intervenciones tras episodios de diverticulitis.

### 240169. TUMOR DESMOIDES DE GRAN TAMAÑO: EXÉRESIS VÍA LAPAROSCÓPICA ASOCIADA A EVENTROPLASTIA

**I Lázaro Marmol, AI Fernández Sánchez, JL Fernández Aguilar, P Fernández Galeano, C Montiel Casado, FJ Moreno Ruiz**

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

**Introducción:** Los tumores de estirpe desmoide son neoplasias fibroproliferativas raras, caracterizadas por su comportamiento localmente invasivo, pero sin capacidad metastásica.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente con obesidad grado III, en tratamiento por un tumor de endometrio de bajo grado con necesidad de histerectomía, anexectomía homolateral y traquelectomía posterior. En tratamiento sistémico por masa intraabdominal sospechosa de recidiva tumoral. Tras obtención de anatomía patológica por biopsia, compatible con tumor desmoides, se decide cirugía. En TC previo a cirugía se objetiva tumoración dependiente de asa de intestino delgado y eventración totalmente asintomática, con necesidad de reparación debido al riesgo de encarceración postquirúrgico. Se decide abordaje laparoscópico, que resultó dificultoso por el aumento del tamaño tumoral, pero que permitió una recuperación más rápida con menor dolor postoperatorio. Tras buena evolución postquirúrgica, se presentó en comité oncológico decidiéndose seguimiento.

**Discusión:** Dado la baja frecuencia de los tumores desmoides, es importante su alta sospecha diagnóstica y la obtención de biopsias, sobretodo en pacientes con antecedentes oncológicos, dado el diferente pronóstico y manejo. La eventroplastia vía laparoscópica en el mismo acto quirúrgico en pacientes con estas características clínicas, permite la disminución de las complicaciones a corto y largo plazo.



### 240171. UTILIZACION DEL VERDE DE INDOCIANINA PARA LA LOCALIZACION DEL CONDUCTO TORACICO EN CIRUGIA DE CANCER DE ESOFAGO

**AJ Serrán Perea<sup>1</sup>, FJ Moreno Ruiz<sup>2</sup>, A Sanchez Díaz<sup>2</sup>, P Fernández Galeano<sup>2</sup>, A Rodriguez Cañete<sup>2</sup>, MC Montiel Casdo<sup>2</sup>, JL Fernandez Aguilar<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Serranía, Ronda. <sup>2</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga.

**Introducción:** En los últimos años, el verde de indocianina (ICG) se ha presentado como un instrumento útil que facilita la identificación de estructuras anatómicas como tumores, ganglios linfáticos, vías biliares, glándulas suprarrenales o el conducto torácico entre otras, debido a la diferente vascularización de los tejidos.

En la cirugía del esófago es especialmente útil para la identificación del conducto torácico durante el tiempo torácico, ya presenta fluorescencia prolongada, mientras el resto de estructuras son hipofluorescentes. La arteria aorta y el tejido ganglionar pueden presentar fluorescencia parcial si se realiza mapeo ganglionar con verde de indocianina previo a la cirugía.

**Caso clínico:** Presentamos 4 casos de cáncer de esófago intervenidos en nuestra unidad con utilización de verde de indocianina durante el tiempo toracoscópico. Los pacientes fueron intervenidos de esofagectomía durante los años 2023 y 2024 utilizando colorante verde de indocianina con fluorescencia. La dosis utilizada fue de 5 mg administrada de forma diluida en los ganglios inguinales 15 minutos antes del comienzo de la cirugía. La resección del esófago se realiza guiada con imágenes de fluorescencia y luz blanca facilitando la localización del conducto torácico, minimizando el riesgo de iatrogenia.

La cirugía se realizó con éxito sin daños del conducto torácico. EL conducto torácico presenta fluorescencia prolongada, mientras el resto de estructuras son hipofluorescentes. La arteria aorta y el tejido ganglionar pueden presentar fluorescencia parcial si se realiza mapeo ganglionar con verde de indocianina previo a la cirugía



**Discusión:** Las imágenes con ICG parecen ser seguras y útiles para la identificación del conducto torácico durante la toracoscopia en la cirugía del Cáncer de esófago, con buenos resultados oncológicos y disminución de la iatrogenia. Son necesarios más estudios que permitan desarrollar protocolos sobre su utilización y generalizar su utilización en las cirugías esofágicas

## 240180. ¿CÓMO ACTUAR SOBRE EL DEFECTO DIRECTO INGUINAL PARA PREVENIR EL SEROMA TRAS HERNIOPLASTIA LAPAROSCÓPICA?

**M Dominguez Muñoz<sup>1</sup>, L Sobrino Brenes<sup>1</sup>, M Neznanova<sup>2</sup>, S Morales Conde<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Grupo Cirugía General y Digestiva. Clínica Quirón Sagrado Corazón, Sevilla.

**Introducción:** El seroma posoperatorio es una complicación frecuente tras la reparación inguinal laparoscópica de un defecto herniario, que se agrava en hernias recidivadas y de gran tamaño. Tanto la Sociedad Europea de la Hernia (EHS) como otros grupos en la literatura recomiendan actuar en el saco herniario, siendo múltiples los abordajes descritos.

El objetivo de este video es presentar dos estrategias quirúrgicas para la prevención del seroma posoperatorio durante la reparación laparoscópica de una hernia inguinal directa.

**Caso clínico:** Mostramos paso a paso la técnica TAPP (hernioplastia inguinal laparoscópica transabdominal) con plicatura de la fascia transversalis (FT) en dos escenarios diferentes: hernia inguinal primaria M2P y hernia inguinal recidivada M3R (EHS). El primer paciente es un varón de 45 años con hernia inguinal derecha sintomática, de varios años de evolución, que se programa para hernioplastia inguinal laparoscópica.

Una vez reducida la hernia y disecado el saco, procedemos a la plicatura de la FT mediante ligadura preformada (endoloop) que ocluye el espacio preperitoneal. Finalizamos la intervención con la colocación de una malla de polipropileno, la aplicación de sellante de fibrina y la sutura del flap peritoneal con material barbado.



El segundo caso es un varón de 54 años intervenido previamente de hernia inguinal izquierda por técnica abierta con cono. En este caso, una vez reducida la hernia y resecado el tapón, identificamos una importante fibrosis en el defecto directo que nos impide ocluirlo con endoloop, por lo que, en este caso, optamos por fijar la fascia transversalis a los bordes del anillo interno con una sutura continua barbada.

**Discusión:** Es una evidencia que no intervenir en el saco herniario tras su reducción, crea un espacio muerto que puede potenciar la formación de seroma.

En nuestro grupo, defendemos la plicatura sistemática de la FT en hernias inguinales directas tanto primarias como recidivadas, sin importar su tamaño (EHS M1-M3). La ligadura y la sutura barbada son opciones válidas, seguras y reproducibles y su elección puede basarse en los hallazgos intraoperatorios de cada paciente

## 240182. NUEVAS TÉCNICAS PARA LA REPARACIÓN TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA DE LAS HERNIAS PERINEALES

**M Dominguez Muñoz, L Sobrino Brenes, J Valdés Hernández, J Cintas Catena, A Cano Matías, F del Río Lafuente, S Morales Conde, J Gómez Rosado**

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

**Introducción:** La incidencia de hernias perineales ha sufrido un incremento en las últimas décadas debido a las modificaciones técnicas en las amputaciones abdominoperineales, siendo del 1-7% tras resecciones convencionales y hasta un 26% en las extraelevadoras. El principal factor de riesgo para su aparición es la ausencia de cierre del peritoneo pélvico al finalizar este tipo de intervenciones.

Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia en la reparación de una hernia perineal tras una amputación abdominoperineal mediante una técnica combinada con colgajo e implante de malla.

**Caso clínico:** Mujer de 57 años con antecedente de adenocarcinoma de recto inferior tratado mediante quimiorradioterapia neoadyuvante y amputación abdominoperineal laparoscópica, con resección convencional y cierre del peritoneo pélvico. Acude al Servicio de Urgencias por distensión abdominal y vómitos asociado a una tumoración perineal de reciente aparición tras un cuadro catarral con frecuentes accesos de tos. Se realiza una TC de abdomen y pelvis urgente en la que se objetiva la protrusión de asas de intestino delgado a través de un defecto en el suelo pélvico, asociado a un cambio de calibre y dilatación retrógrada de las asas. Ante la estabilidad clínica de la paciente, se decide manejo conservador mediante la colocación de sonda nasogástrica y reposo digestivo, resolviéndose el cuadro obstructivo en las primeras 24 horas y reduciéndose por completo el contenido herniario. Finalmente, se decide intervención quirúrgica programada para reparar la hernia perineal.

Se realiza una laparoscopia exploradora y reducción del contenido herniario, y posteriormente, una reparación laparoscópica de la hernia perineal mediante el cierre del defecto con sutura barbada del



2/0, refuerzo del suelo pélvico con la fijación del útero al promontorio sacro y colocación de una malla de Bio-A.

La paciente es dada de alta a las 24 horas de la intervención sin complicaciones. A los 12 meses continúa asintomática, sin signos de recidiva.

**Discusión:** Se han propuesto diferentes abordajes y técnicas para la reparación de las hernias perineales, sin que exista evidencia suficiente para establecer recomendaciones firmes. La combinación de un flap de tejido y el implante de malla (tanto sintética como biológica) parece tener resultados prometedores. En nuestro caso, como novedad empleamos el útero para obliterar la pelvis

menor y asociamos una malla sintética bioabsorbible por vía laparoscópica, considerando ésta una técnica segura, reproducible y eficaz.



NUEVAS TÉCNICAS PARA LA REPARACIÓN TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA DE LAS HERNIAS PERINEALES

Domínguez Muñoz M, Sobrino Bienes L, Valdés Hernández J, Cintas Catena J, Cano Matias A, Torres Arcos C, Del Río Lafuente F, Pérez Sánchez A, Morales Conde S, Gómez Rosado JC



### 240183. ABORDAJE ROBÓTICO DE FÍSTULA RECTOURETRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

**Olmo Santiago R, Almoguera González FJ, Reyes Díaz ML, de la Portilla de Juan F, Padillo Ruiz FJ**

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

**Introducción:** Las fístulas rectouretrales suelen producirse tras intervención quirúrgica (IQ) tanto del tracto digestivo, concretamente del recto, como del tracto urológico como en el caso de las intervenciones prostáticas o vesicales. Éstas se producen por la agresión quirúrgica creando un trayecto entre ambas estructuras.

La sintomatología principal es la fecaluria o neumatoria, así como tenesmo o infecciones del tracto urinario de repetición.

El abordaje inicial es la doble derivación tanto fecal como urinaria, sin embargo, cuando ésta fracasa son escasas las herramientas de las que se disponen en la literatura hasta el momento actual.

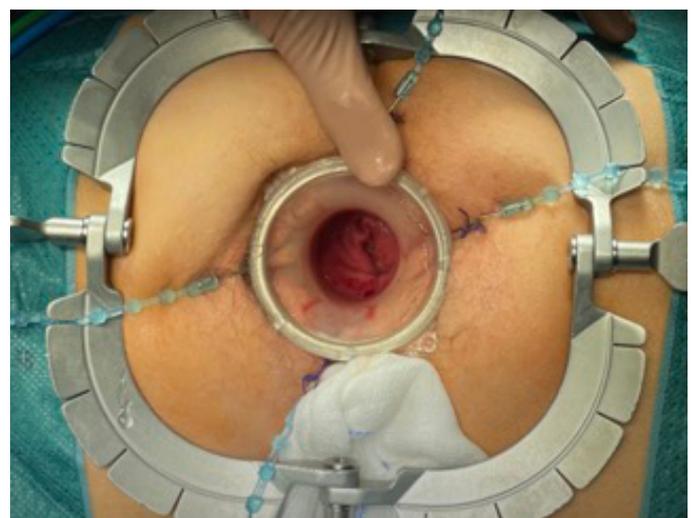
El caso que se expone a continuación versa sobre una fístula rectouretral recurrente manejada robóticamente con instalación de fibrina, como una alternativa en estos pacientes.

**Caso clínico:** Varón de 75 años con antecedentes de exfumador, cardiopatía isquémica, hiperplasia benigna de próstata e intervenido de hemorroidectomía y de hernia inguinal en dos ocasiones.

En diciembre de 2018 consulta por hematuria siendo diagnosticado posteriormente de carcinoma urotelial de vejiga de alto grado que infiltra la muscular, por lo que se realiza tratamiento con quimioterapia neoadyuvante con posterior intervención quirúrgica (cistoprostatectomía radical con linfadenectomía y confección de neovejiga) en mayo 2019. En el posoperatorio precoz presenta salida de material fecaloideo a través de uretra siendo diagnosticado de fístula rectouretral manejándose con doble derivación, tanto urinaria, con un Bricker, como fecal con un Hartmann.

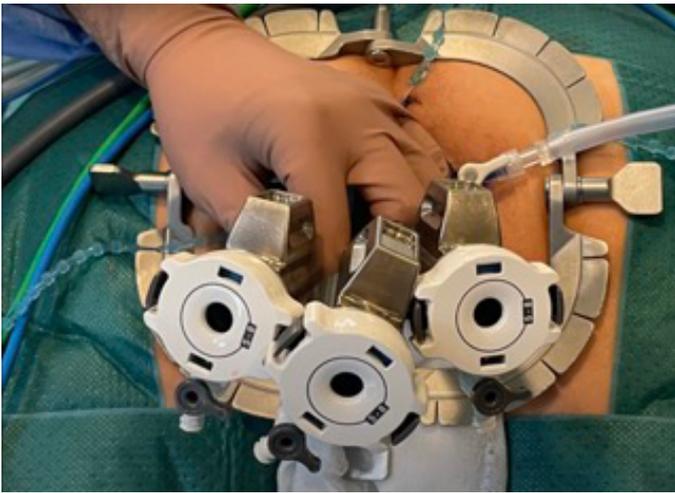


**Figura 1**  
Posición del paciente.

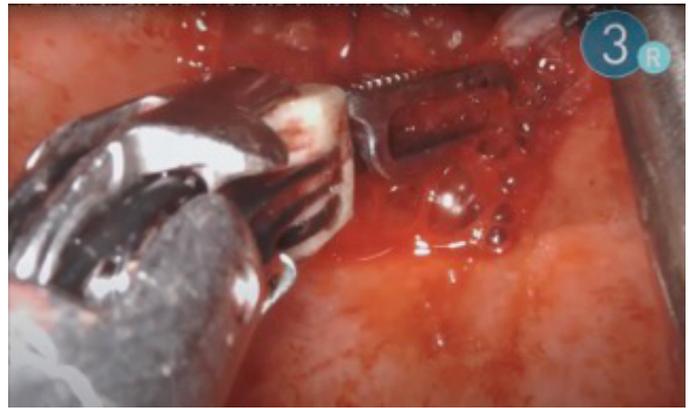


**Figura 2**  
Posición del paciente.

A pesar de la intervención quirúrgica continúa presentando sintomatología, realizándose colonoscopia que no es eficaz en el control de síntomas. Tras fallo con tratamiento conservador se decide intervención quirúrgica por vía robótica.



**Figura 3**  
Colocación trocáres.



**Figura 6**  
Instilación de fibrina.



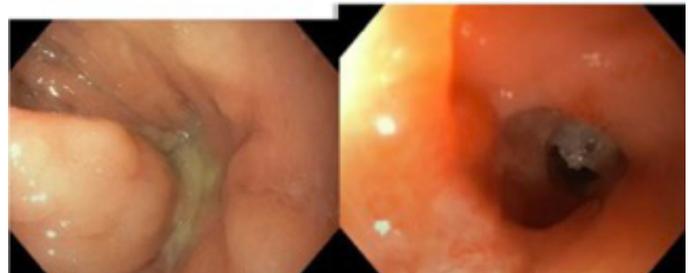
**Figura 4**  
Visualización perforación recto.



**Figura 7**  
Cierre orificio.



**Figura 5**  
Bordes refrescados con electrocoagulación.



**Figura 8**  
Revisión por colonoscopia.

La cirugía consiste inicialmente en la identificación de la fístula que se encuentra en la cara anterior. Posteriormente se refrescan los bordes de ésta para reavivar la cicatrización. A continuación, se instila en su interior la fibrina que pasará de líquido a una consistencia cada vez mayor hasta rellenar el orificio. Finalmente se cierra con una sutura barbada el orificio.

La cirugía consiste inicialmente en la identificación de la fístula que se encuentra en la cara anterior. Posteriormente se refrescan los bordes de ésta para reavivar la cicatrización. A continuación, se instala en su interior la fibrina que pasará de líquido a una consistencia cada vez mayor hasta rellenar el orificio. Finalmente se cierra con una sutura barbada el orificio.

El paciente actualmente se encuentra asintomático, realizando una revisión con colonoscopia dónde no se objetivan signos de recidiva.

**Discusión:** El interés de abordar este caso radica en la infrecuencia de esta patología sumado al auge del abordaje robótico y el tratamiento novedoso con instilación de fibrina, presentando unos resultados muy prometedores lo que puede servir de precedente para futuros manejos.

### 240194. TÉCNICA TAR PARA REPARACIÓN DE HERNIAS VENTRAL GIGANTE Y LUMBAR IZQUIERDA

**JM Hernández González, C Rueda Cruces, F Moya Donoso, FJ Pérez Lara**

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera, Antequera.

**Introducción:** La separación posterior de componentes TAR (transversus abdominis release) nos va a permitir la reparación de eventraciones complejas. Se trata de una ampliación lateral de la técnica Rives y exige un amplio conocimiento de la anatomía del plano retromuscular.

Resulta muy útil en la reparación de grandes defectos de línea media, mayores de 10 cm, así como en eventraciones lumbares voluminosas.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente de 49 años que como antecedentes quirúrgicos presenta cirugías por una gran hernia lumbar izquierda de origen traumático, intervenida en 2 ocasiones (con colocación de mallas supraaponeuróticas), así como una intervención de Hartmann por diverticulitis perforada, con posterior reconstrucción del tránsito y nueva reintervención por perforación de asa de intestino delgado.

Consulta nuevamente por reaparición de la tumoración lumbar izquierda y masa voluminosa en línea media.

En el TAC de abdomen se confirma la existencia de una eventración infraumbilical con defecto de 6 x 15 x 16 cm y recidiva de la eventración lumbar, con dimensiones de 11 x 14 x 16 cm.

**Discusión:** Mediante la separación de componentes posterior tipo TAR se consigue una reparación de defectos con diámetro transversal mayor de 10 cm, sin tensión de la línea media ni contacto de la malla con las vísceras intraabdominales. Una vez disecada la fascia posterior del músculo recto, el paso más complejo es la sección del músculo transverso, que nos dará acceso al espacio retromuscular preperitoneal lateral a la línea semilunar.



En nuestro caso, además del defecto de línea media teníamos un gran defecto a nivel del triángulo lumbar inferior izquierdo, previamente intervenido en dos ocasiones, lo cual nos ha hecho decantarnos por la vía abierta.

### 240196. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA FÍSTULA COLECISTOCOLOCUTÁNEA TRAS COLECISTOSTOMÍA

**LC Hinojosa Arco, M Ortega Castán, S Mansilla Díaz, Á de Laguno de Luna, R Gómez Pérez, MÁ Suárez Muñoz**

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

**Introducción:** La fístula colecistocutánea es un tipo de fístula biliar externa en la que se conecta la vesícula con la superficie cutánea, produciéndose salida de líquido biliar al exterior. Puede ocurrir de forma espontánea, postquirúrgica o iatrogénica. Se presenta el caso de un paciente de 82 años, ASA IV, con colecistitis aguda grado II tratada mediante colecistostomía de forma satisfactoria. El catéter se retira cuatro semanas después sin incidencias. Dos meses después comienza a presentar secreción purulenta a través del orificio de inserción del drenaje, la cual va en aumento a pesar de tratamiento antibiótico. Ante ello, se decide tratamiento quirúrgico.

**Caso clínico:** Mediante abordaje laparoscópico se accede a la cavidad abdominal y se aprecia plastrón inflamatorio en hipocondrio derecho adherido al peritoneo parietal. Se disecciona el epiplón mayor englobado por el proceso y tras ello se objetiva segmento de colon transversal en íntimo contacto con vesícula biliar. Se consigue disecar un plano entre ambos hasta apreciar un trayecto fistuloso de un centímetro de diámetro que los comunica, el cual se secciona con endograpadora.

A continuación, se procede a realizar la colecistectomía. La vesícula biliar presenta signos inflamatorios crónicos y se encuentra totalmente adherida a la vía biliar principal. Por este motivo, se inicia colecistectomía retrógrada, separando en primer lugar el fundus vesicular de la pared abdominal. Tras ello, mediante maniobras de disección roma y evitando instrumentos de diatermia, se consigue separar parcialmente la vesícula biliar de la vía biliar principal. En este momento, se plantea la posibilidad de realizar una colecistostomía subtotal. Sin embargo, profundizando en las maniobras de disección,

se consigue individualizar el conducto cístico y la arteria cística. Se ligan ambas estructuras y se concluye la colecistectomía. Por último, se realiza legrado y cura amplia de trayecto fistuloso. El paciente fue dado de alta en las primeras 24 horas tras la intervención sin complicaciones y el orificio fistuloso presentó cicatrización por segunda intención.

**Discusión:** En conclusión, aunque el manejo conservador está aceptado, el tratamiento quirúrgico de elección ante una fistula colecistocutánea. La involuación del colon es un motivo de peso para que la fistula no presentara buena evolución con tratamiento antibiótico.

### 240197. SEGMENTECTOMÍA 8 LAPAROSCÓPICA: ALTERNATIVAS CUANDO EL ECÓGRAFO LAPAROSCÓPICO FALLA

**LC Hinojosa Arco, R Gómez Pérez, Á de Laguno de Luna, M Ortega Castán, S Mansilla Díaz, MÁ Suárez Muñoz**

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

**Introducción:** La cirugía mínimamente invasiva es una alternativa segura al abordaje abierto en el tratamiento de las metástasis hepáticas. En su desarrollo ha presentado un papel fundamental la ecografía laparoscópica, que permite valorar la localización de las metástasis y sus relaciones.

Se presenta el caso de un paciente de 75 años intervenido de adenocarcinoma de recto(T3N0) hace tres años que presenta una lesión en el segmento 8 hepático de 3 cm de diámetro adyacente a vena hepática media y al pedículo sectorial anterior. Se decide intervención por vía laparoscópica, administrándose verde de indocianina 48 horas antes.

**Caso clínico:** El día de la cirugía comprobamos que el ecógrafo laparoscópico presenta un problema técnico y no puede ser utilizado. Dada la localización intraparenquimatosa de la lesión se plantea abordaje abierto o cirugía mano-asistida. Sin embargo, decidimos vía laparoscópica utilizando la sonda de ecografía de cirugía abierta.

Se inicia la cirugía realizando liberación de adherencias epiploicas secundarias a intervenciones previas y se coloca cinta para maniobra de Pringle. Tras ello, se introduce sonda de ecografía laparoscópica a través de incisión de trócar de 12 mm con protector de pared que permite dilatación parcial de la misma. Se dirige el ecógrafo a la superficie del segmento 8, localizándose la lesión. Se marca el margen medial, en el que se encuentra la vena hepática media y el margen ventral, que coincide con la bifurcación del pedículo sectorial anterior. A continuación, se inicia la transección hacia la vena hepática media. Se disecciona e identifica la rama de drenaje del tumor, la cual es ligada, respetando el resto de la vena. Tras ello, se aborda el margen ventral en profundidad, identificando el pedículo sectorial anterior. Se disecciona e individualiza la rama del segmento 8. Se coloca clamp sobre la misma y se inyecta verde de indocianina, con lo que se produce demarcación negativa del segmento 8 y se comprueba correcta perfusión del segmento 5. A continuación se liga el pedículo del 8 y se concluye la segmentectomía.

**Discusión:** El paciente fue dado de alta a las 48 horas sin complicaciones. La anatomía patológica mostró una metástasis con márgenes libres de tumor.

### 240208. CONTROL LAPAROSCÓPICO DE LA HEMORRAGIA SECUNDARIA A LESIÓN DE LA VENA SUPRAHEPÁTICA MEDIA DURANTE LA COLECISTECTOMÍA URGENTE

**I Roldán Ortiz<sup>1</sup>, M Ibañez Rubio M<sup>1</sup>, MH Mohamed Chairi MH<sup>1</sup>, M Mogollón González<sup>1</sup>, S Ercoreca Tejada<sup>2</sup>, JM Villar del Moral<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada. <sup>2</sup>Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada.

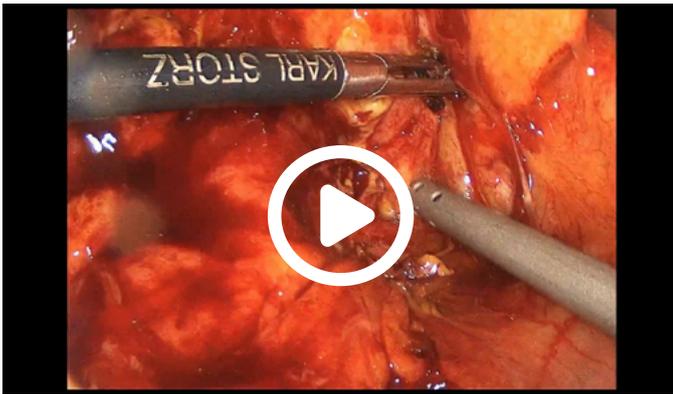
**Introducción:** En la actualidad, la colecistectomía laparoscópica se considera el tratamiento de elección para la colelitiasis sintomática, especialmente en casos de colecistitis aguda.

La hemorragia incontrolable durante la colecistectomía laparoscópica ocurre en torno al 0,1-2% de las cirugías. El lecho vesicular es uno de los lugares más frecuentes de lesión vascular durante este procedimiento, siendo la vena suprahepática media la más afectada.

**Caso clínico:** En este contexto, se presenta un caso clínico que muestra el manejo intraoperatorio laparoscópico de una hemorragia secundaria a la lesión de una rama de la vena suprahepática media durante una colecistectomía laparoscópica urgente por colecistitis aguda litiásica. Nos encontramos ante un paciente de 87 años sin antecedentes personales relevantes que acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho de 48h de evolución. Tras completar estudio, se diagnostica de colecistitis aguda litiásica, con perforación del fundus.

En la cirugía se objetivó una colecistitis aguda escleroatrófica, con perforación de fundus. Ante los hallazgos se decidió colecistectomía anterógrada para una mejor realización de la visión crítica de seguridad. La presencia de un tejido friable provocó una lesión iatrogénica de una rama subyacente de la vena suprahepática media, con un sangrado de alto débito. Se aplicó inicialmente compresión y aspirado del hemoperitoneo. Se intentó controlar el sangrado mediante electrocoagulación y punto hemostático, que resultaron ineficaces tanto por el débito del sangrado como por la friabilidad de los tejidos. Previamente a la conversión a cirugía abierta y como última maniobra endoscópica, se aplicó un hemostático local que todos conocemos, Floseal®, seguido de nuevo periodo de compresión. Posteriormente, se evidenció hemostasia completa sin sangrado residual. Se completó la colecistectomía y se revisó la zona sin apreciar sangrado activo, con lo que se evitó la conversión a cirugía abierta y se concluyó la intervención dejando un drenaje tipo aspirativo. El paciente fue dado de alta a las 48 horas con buena evolución, sin evidencia de sangrado.

**Discusión:** El sangrado de la vena suprahepática media en colecistectomía laparoscópica es raro y requiere técnicas precisas y agentes hemostáticos para evitar cirugía abierta.



## 240220. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DEL SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO

M Roldón Golet<sup>1</sup>, J Moreno Ruiz<sup>2</sup>, JA Perez Daga<sup>1</sup>, CP Ramírez Plaza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Quirón, Málaga.

<sup>2</sup>Servicio Cirugía General. Hospital Quirón, Málaga.

**Introducción:** El ligamento arcuato medio es un ligamento del pilar diafragmático derecho, a nivel de la 12ª vértebra torácica, que forma el límite anterior del hiato aórtico, el cual es atravesado por la aorta en su entrada a la cavidad abdominal.

El síndrome del ligamento arcuato medio (SLAM) es la compresión extrínseca del tronco celiaco por parte de bandas fibrosas prominentes del ligamento arcuato.

Es una patología poco frecuente y se caracteriza clínicamente por dolor abdominal recurrente de larga evolución, que se acentúa tras la ingesta, asociado a vómitos y pérdida de peso.

**Caso clínico:** Presentamos dos casos de pacientes mujeres jóvenes (18 y 23 años), de constitución delgada, con clínica de larga evolución y diagnosticadas mediante AngioTAC y Eco doppler de "Estenosis filiforme del tronco celiaco con dilatación postestenótica". Se indica cirugía de liberación del ligamento Arcuato medio por abordaje laparoscópico.

El procedimiento quirúrgico consiste en:

- Apertura de pars flácida y retracción hepática
- Identificación y disección de vasos gástricos izquierdos y de la arteria hepática
- Localización del pilar diafragmático y del tronco celiaco
- Disección de ligamento arcuato medio sobre la cara anterior del tronco celiaco y sección del mismo.

- Comprobación de la sección de todas sus fibras hasta identificar la circunferencia completa del tronco celiaco en su salida de la Aorta.

- Hemostasia de arteria frénica, si precisa

**Discusión:** El diagnóstico del Sd del ligamento Arcuato es de exclusión, dada su infrecuencia y los síntomas inespecíficos que presenta. La clínica típica es: dolor epigástrico postprandial, pérdida de peso y soplo abdominal. En otras ocasiones, se diagnostica de forma incidental y es asintomático.

Las pacientes típicas son mujeres de entre 20 y 40 años, con bajo IMC y múltiples estudios digestivos normales. Las principales pruebas diagnósticas son la ecografía doppler y el Angio Tac (signo de Hook + dilatación post-estenótica), antes de la arteriografía, que resulta más invasiva.

Los pilares del tratamiento del SLAM son: la restauración del flujo sanguíneo normal en el tronco celiaco y en la eliminación de la irritación neuronal producida por las fibras del ganglio celiaco. La cirugía laparoscópica es el principal abordaje para la realización de esta técnica, que consigue la resolución de los síntomas de forma segura y eficaz.

