

LIBRO DE ABSTRACTS

COMUNICACIONES ORALES, VIDEOS Y POSTERS



CONGRESO

ASOCIACIÓN
CASTELLANO-
LEONESA
DE CIRUJANOS

III JORNADA
DE ENFERMERÍA
QUIRÚRGICA

LEÓN

10, 11 Y 12 - JUNIO - 2010

Organizado por la Asociación Castellano-Leonesa de Cirujanos ACIRCAL y con la colaboración del Complejo Asistencial Universitario de León



LEÓN
10, 11 Y 12 - JUNIO - 2010

JUEVES 10 DE JUNIO: 15:00 a 16:30 hrs.

SALA 1-Auditorio

Videos y comunicaciones orales de esofagogástrica

Moderadores:

- Dr. Fernando Piniella García
Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero. Burgos
- Dr. Oscar Sanz Guadarrama
Complejo Asistencial Universitario de León

ORALES

DR. MUINELO LORENZO, MANUEL

Cirugía General y Aparato Digestivo. Complejo Asistencial de León

COMUNICACIÓN ORAL:

SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO Y FACTORES ASOCIADOS EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER GÁSTRICO

Coautores: R. Díez, L.M. Alcoba García, P. Suárez Vega, L. Ballesta, P. Díez, S. Vivas Alegre, O. Sanz Guadarrama, T.González de Francisco

Introducción

El cáncer gástrico es uno de los tumores más frecuentes en la actualidad. La supervivencia a largo plazo, y los factores asociados todavía no son bien conocidos.

Objetivo:

Evaluar la supervivencia a largo plazo en los pacientes intervenidos de cáncer gástrico.

Material y métodos:

Se incluyeron de forma prospectiva 454 pacientes intervenidos en el hospital de León de cáncer gástrico entre enero e 1996 y diciembre de 2001. El seguimiento se realizó en la consulta externa de cirugía hasta febrero de 2010. En el análisis de los factores asociados a la supervivencia a largo plazo se incluyeron los pacientes sobre los que se realizó cirugía con intención curativa, y se excluyeron aquellos que fallecieron en el postoperatorio inmediato.

Resultados:

La edad media 70 años (DE 10,18), siendo el 58% varones. Presentaron un estadio avanzado (III-IV) 314 pacientes (69%). En 370 pacientes (81,5%) el tumor se localizó en antro gástrico. Se realizó gastrectomía parcial en el 45% de los pacientes, subtotal en el 35%, y cirugía paliativa o laparotomía exploradora en el 20%. Se realizó linfadenectomía tipo I en 114 pacientes (25,1%) y tipo II en 215 (47,4%).

La mediana de supervivencia para los pacientes sobre los que se realizó cirugía con intención curativa fue de 25,21 meses, frente a 3,65 meses de aquellos sobre los que no se realizó cirugía curativa. Un 10% de los pacientes falleció en el postoperatorio inmediato. El 15% de los pacientes fallecieron por causas distintas al avance del propio tumor. En el análisis de los factores asociados a la supervivencia se incluyeron 333 pacientes (73,3%). La mediana de supervivencia fue de 30,97 meses. La Probabilidad acumulada de supervivencia a los 10 años fue del 25%. Los factores estadísticamente significativos asociados la supervivencia fueron: sexo varón (OR:1,6), edad (OR:1,02), haberse realizado gastrectomía subtotal (OR:1,6) y linfadenectomía tipo II (OR:0,7), el nº de adenopatías infiltradas (OR:1,05), presentar metástasis hepáticas (OR:2,99), el estadio (OR:1,3) y la localización alta dentro del estómago (OR: 1,9).

Conclusiones.

Al diagnóstico la mayoría de estos tumores se encuentran en un estadio avanzado y se localizan de forma predominante en el antro gástrico. A pesar del alto porcentaje de pacientes sobre los que se realiza cirugía con intención curativa, la probabilidad acumulada de supervivencia es baja a los 10 años. El sexo varón, la edad, extensión y localización alta son factores asociados a un peor pronóstico. La linfadenectomía tipo II parece asociarse a una mejor supervivencia.

- 1) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 165 PACIENTES

Coautores: S. Rodríguez Serrano, M. de la Plaza Galindo, A. Palomo Luquero, J.L. Seco Gil

Objetivo: Análisis de nuestra serie de pacientes tratados de obesidad mórbida.

Pacientes y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de obesidad mórbida desde el inicio de nuestro programa hasta la actualidad. Las indicaciones quirúrgicas han sido IMC >40 o >35 asociada a comorbilidad relacionada. El estudio preoperatorio incluía, además del preoperatorio convencional, ecocardiograma, EGD/gastroscopia, valoración psiquiátrica, ECO abdominal e inicio de fisioterapia respiratoria. Tras la intervención, el paciente pasaba las primeras 24-48 horas en UCI tras el abordaje abierto o en URPA tras abordaje laparoscópico. Resultados: Desde junio/98 a marzo/10 hemos intervenido 165 pacientes. Datos epidemiológicos: edad media: 40 años, sexo: 74% mujeres, IMC medio: 48,2 kg/m². Comorbilidades relacionadas: DM 17%, HTA 33%, SAOS 26,7% y patología osteoarticular en 12,7% de los pacientes. Se utilizaron diversas técnicas abiertas en 63 pacientes, fundamentalmente bypass gástrico y bypass biliopancreático. Desde enero/05 se han intervenido 100 pacientes mediante bypass biliopancreático con preservación gástrica por vía laparoscópica. Ha habido algún tipo de complicación en 45 pacientes (27%) (32 en abordaje abierto). La mortalidad ha sido del 1,2% (2 pacientes), ambos pacientes en técnicas abiertas y por fracaso multiorgánico debido a sepsis. En el seguimiento a largo plazo se ha apreciado una pérdida del sobrepeso del 46%, 63%, 71% y 68% a los 6, 12, 24 y más de 24 meses, respectivamente. Conclusiones: La cirugía bariátrica es eficaz para lograr y mantener la pérdida de peso. La laparoscopia disminuye la morbilidad relacionada con la técnica. Nuestros resultados con el abordaje laparoscópico son comparables a los descritos en la literatura.

- 2) BYPASS BILIOPANCRÉATICO CON RESERVACIÓN GÁSTRICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA. VÍA CLÍNICA

Coautores: M. de la Plaza Galindo, A. Palomo Luquero, S. Rodríguez Serrano, J.L. Seco Gil

Objetivo: Valorar el impacto de la introducción de una vía clínica para el manejo postoperatorio de bypass biliopancreático laparoscópico.

Pacientes y Métodos: Desde enero/05 hemos intervenido a 100 pacientes con obesidad mórbida mediante bypass biliopancreático con preservación gástrica por vía laparoscópica (BBPPGL). Tras cumplir un protocolo preoperatorio multidisciplinar, el paciente ingresa el día antes de la cirugía. Al finalizar la cirugía, se decide sobre el seguimiento de la vía clínica. Básicamente consiste en protocolizar los cuidados postoperatorios tanto desde el punto de vista médico como de enfermería, que se han consensuado con Endocrinología, Anestesia, Hematología, Enfermería de URPA y de planta y Cirugía General. Esta vía clínica fue aprobada en 2009.

Resultados: De enero/05 a marzo/10 hemos intervenido 100 pacientes mediante BBPPGL. Datos epidemiológicos de la serie: edad media 41 años, 69% mujeres, IMC medio 47,1 kg/m². Se han intervenido 2, 21, 14, 14, 22, 18 y 9 pacientes en 2004 a 2010, respectivamente. Ha habido algún tipo de complicación en 13 pacientes, 2 de ellos precisando reintervención precoz. La mortalidad ha sido nula. La estancia media ha sido de 7 días. Desde su puesta en funcionamiento, el seguimiento ha sido superior al 90% y se ha apreciado un descenso progresivo en las estancias postoperatorias (5,3 a 4,1 días de promedio) atribuible fundamentalmente a la ausencia de subjetividad en las medidas postoperatorias.

Conclusiones: Una vía clínica consensuada es una herramienta útil para homogeneizar el postoperatorio no complicado en cirugía bariátrica y, además de disminuir estancias, proporciona mayor confianza y seguridad

DRA. SUÁREZ VEGA, MARÍA PILAR

Servicio de Cirugía General Complejo Asistencial Universitario de León

MANEJO DEL CONTROL DEL GRADO DE ACIDEZ EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT EN EL HOSPITAL DE LEÓN

Coautores: M. Muinelo, L.M. Alcoba, L. Ballesta, O. Sanz, G. Rasarach (*), A.B. Domínguez(*), S. Vivas(*), T. González de Francisco

(*Sección de Aparato Digestivo. Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción:

El esófago de Barrett es un factor de riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma de esófago.

El control estricto de la acidez disminuye mucho la probabilidad de progresión de metaplasia a adenocarcinoma, siendo ésta la evolución esperable si no se establecen los controles precisos.

Objetivo:

Evaluar el grado del control del reflujo ácido en los pacientes con Esófago de Barrett, en función del tipo de tratamiento realizado.

Pacientes y método:

Se incluyeron de forma prospectiva los pacientes diagnosticados de Esófago de Barrett, en seguimiento en la consulta especializada de Aparato Digestivo, y que realizaron tratamiento antisecretor médico (IBP) ó quirúrgico (Funduplicadura de Nissen realizada entre 2003 y 2008).

El control del reflujo ácido se realizó mediante pH-metría de 24 horas y se analizaron los siguientes parámetros: fracción de tiempo en pH5 totales, en posición erguida y supina y la puntuación DeMeester.

Resultados:

Se incluyeron 87 pacientes (67 varones y 20 mujeres) diagnosticados de Esófago de Barrett (EB largo 35,6% y EB corto 64,4%) mediante gastroscopia y anatomía patológica. De los 87 pacientes totales, 46 pacientes (52,9%) realizaron tratamiento médico y 41 (47,1%) fueron sometidos a intervención quirúrgica.

Entre los pacientes que realizaron tratamiento médico la mayoría siguieron tratamiento con Omeprazol 14/46 (16,1%) ó con Pantoprazol 15/46 (17,2%).

Respecto a los grupos por tratamiento, la edad, IMC y longitud de Esófago de Barrett fueron similares en uno y otro grupo, no encontrándose diferencias representativas.

Los varones predominaron el grupo con tratamiento quirúrgico (88% VS 67%, p 0,02). Tras la pH-metría de 24 horas se observó que la media del pH total y erguido y de la puntuación DeMeester fueron significativamente menores en pacientes operados respecto a los pacientes en tratamiento médico (7,49% vs 24,80% pH total, 7,49% vs 18,33% pH erguido y 17,44 vs 42,06 puntuación DeMeester; p<0,05).

De forma global un 26% de los pacientes incluidos en el estudio presentaban un mal control del reflujo ácido, observándose un peor control en el grupo de pacientes con tratamiento medico (39,9% vs 15,8%; p<0,01)

Conclusiones:

Una cuarta parte de los pacientes con EB presentan un control subóptimo del reflujo ácido y la probabilidad del fracaso al tratamiento es elevada con tratamiento médico respecto al tratamiento quirúrgico. Este dato justifica un estrecho seguimiento médico de ambos grupos de tratamiento.

DRA. ZORRILLA MATILLA, LAURA PATRICIA

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

REVISIÓN DE TUMORES CARCINOIDES GÁSTRICOS EN NUESTRA SERIE TRATADOS POR GASTRECTOMÍA

Coautores: J. Beltrán de Heredia, M. Revuelta del Peral, J. Ortiz de Solórzano, J. García Castaño, I. López, M. Juárez Martín, F. Moreno Racionero

OBJETIVO:

Revisión de los tumores carcinoides gástricos intervenidos en nuestro Servicio durante 14 años, lo que tiene interés dada su baja frecuencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos 4 tumores carcinoides gástricos, tres en mujeres. De localización en fundus y cuerpo gástrico siendo lesiones múltiples en el 50% y presentando en un caso metástasis en timo. El 100% se asoció a gastritis atrófica. En el 75 % de los casos se realizó gastrectomía total, en un 25% se hizo una gastrectomía $\frac{3}{4}$.

RESULTADOS:

El 50% de los casos presentó fístula esofagoyeyunal y laparocèle en el postoperatorio. La supervivencia al cabo de 5 años ha sido del 100%.

CONCLUSIÓN:

Los tumores carcinoides gástricos Tipo I son los más frecuentes según fuentes bibliográficas. El 100 % de nuestros casos fueron tipo I. Aunque no existen diferencias entre los sexos, en nuestra serie hay claro predominio en mujeres. Se localizaron fundamentalmente en cuerpo y fundus gástrico siendo en un porcentaje superior al 50% lesiones multifocales.

Los carcinoides Tipo I presentan mayor índice de supervivencia, en nuestra serie fue del 100%. El tratamiento es quirúrgico, gastrectomía parcial cuando son lesiones mayores de 1 cm o en número superior a 5, en tumores menores en tamaño o número el tratamiento es endoscópico. Excepcionalmente se realiza gastrectomía total según la bibliografía, aunque en nuestra serie predominó esta técnica.

VÍDEOS

DR. BLANCO ÁLVAREZ, CARLOS ALBERTO

Unidad Esófago Gástrica del Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA ACHALASIA DE CARDIAS: TÉCNICA Y VALORACIÓN OBJETIVA DE NUESTROS RESULTADOS A MEDIO PLAZO

A. Abdellah Mohamed, J. Pina Arroyo, F. Parreño Manchado, C. González Sánchez, F. Geijo Martínez (*), M. Tejedor Cerdeña (*), M. Rodríguez Rincón (*), A. Rodríguez Pérez(*), A. Gómez Alonso

() Servicio Aparato Digestivo Hospital Universitario de Salamanca*

INTRODUCCIÓN:

Se realiza con el fin de provocar una disrupción en la musculatura del EEI suficiente para eliminar la disfagia sin ocasionar un reflujo excesivo.

OBJETIVOS:

Mostrar nuestra técnica quirúrgica por vía laparoscópica y los resultados objetivos a medio plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se recogieron todos los pacientes diagnosticados de Achalasia y operados por vía laparoscopia, en los que se evaluó la respuesta al tratamiento en términos clínicos, manométrico y radiológico.

RESULTADOS:

Recibieron este tratamiento 12 pacientes con una media de edad al diagnóstico de 40,6 años (rango 15-57). La técnica quirúrgica empleada fue la miotomía de Heller asociada a una funduplicatura anterior o técnica de D'or por vía laparoscópica, con sólo un caso de conversión por perforación. No se registró ninguna complicación precoz o tardía y en todos los enfermos se alcanzó la remisión clínica, sin que existiera ninguna recaída en el tiempo de seguimiento: 2,8 años (rango 1-7,8).

CONCLUSIONES:

La miotomía de Heller es un procedimiento eficaz para el tratamiento de la Achalasia, con una tasa de éxito completa del 100% en nuestro tiempo de seguimiento. La presión media del EEI y el diámetro del cuerpo esofágico se reducen, mientras que el del cardias aumenta tras el tratamiento, todos de forma estadísticamente significativa.

DR. BLANCO ÁLVAREZ, JOSÉ IGNACIO

Cirugía General del Hospital Universitario Río Hortega

POLIPOSIS GÁSTRICA DIFUSA. GASTRECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA

E. Asensio Díaz, M. Montes Manrique, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo Martín, P. Rodríguez Vielba, J.C. Sarmentero Prieto, J.L. Marcos Rodríguez, A. Anta Román

OBJETIVO:

Mostrar el abordaje laparoscópico de una gastrectomía total para tratar una rara enfermedad gástrica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 62 años ingresada en Digestivo por HDA que ya había iniciado estudio por ferropenia 1 año antes. Se transfiere a Cirugía por presentar en la gastroscopia cientos de pólipos que recubren la mayoría de la mucosa gástrica y hacen imposible una vigilancia continua. Se realiza gastrectomía total laparoscópica con anastomosis esofagoyeyunal T-L y pie de asa en Y de Roux asistido por minilaparotomía para facilitar entrada de la EEA 25. La SNG fijada al orvil transoral para facilitar la anastomosis se soltó del mismo debiendo realizarla a través de una pequeña laparotomía al quedarse el orvil suelto en faringe recuperándolo posteriormente.

El tamaño del estómago dilatado por los múltiples pólipos hace difícil su manejo aún con 5 trócares y la imagen de la pieza abierta corrobora el único tratamiento posible realizado.

RESULTADOS:

La AP confirmó que todos los pólipos eran hiperplásicos con adenopatías escasas reactivas. La paciente fue dada de alta al 7º día tolerando dieta oral fraccionada en 5 tomas.

CONCLUSIONES:

La gastrectomía total por vía laparoscópica genera escasa morbimortalidad y un postoperatorio mucho más confortable para el paciente que la vía laparotómica y aunque precise de una curva de aprendizaje mayor que otros tipos de patologías, esta vía de acceso acabará siendo la más demandada en un futuro.

DR. GARIJO ÁLVAREZ, JESÚS

Cirugía General y Gastroenterología/ Hospital Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes, Madrid).*

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA “A LA MEDIDA” PARA TUMORES ESTROMALES GÁSTRICOS: ABORDAJE POR PUERTO ÚNICO.

Coautores: D. Sánchez, F. del Castillo Díez, R. Pajares Villarroya, N. Manceñido Marcos*, L. García-Sancho Téllez, T. González Elosua, J. Torres Jiménez*

OBJETIVOS

Presentamos un caso de resección a través de un puerto único transumbilical de un tumor estromal gástrico, y discutimos la factibilidad de este abordaje para la resección completa, y con criterios oncológicos, en este tipo de tumores en casos seleccionados.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 53 años con antecedentes de síntomas atípicos de reflujo gastroesofágico de 2 años de evolución, con pHmetría y manometría negativas. Test del aliento positivo, con tratamiento erradicador eficaz.

Acude a Urgencias por hemorragia digestiva alta autolimitada. La gastroscopia mostró una tumoración submucosa, de unos 2 – 3 cm., ulcerada en su cúspide, con signos de sangrado reciente. TAC-TAP con contraste IV: En pared anterior de antro gástrico se observa un engrosamiento focal, crecimiento intraluminal y extraluminal de 2 x 2,5 cm., predominantemente hipodenso. Ausencia de extensión extragástrica.

Se realiza abordaje laparoscópico a través de un puerto único transumbilical.

Simultáneamente se realizó una endoscopia intraoperatoria para la localización, comprobación de la extirpación completa y de la estanqueidad, y hemostasia de la línea de resección.

Se utilizó para el procedimiento el dispositivo Tri-Port™ (Advanced Surgical Concepts; Whilock, Brey, Ireland).

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico fue de 80 min. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, pudiendo ser dada de alta al 4º día postoperatorio.

Anatomía patológica: Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de 1,3 cm.; índice mitótico < 1 x 50 campos de gran aumento; c-Kit -; CD 34 -; Actina muscular -; S100 +. Inmunohistoquímica negativa para Schwannoma. Bordes quirúrgicos libres.

CONCLUSIÓN

Aunque técnicamente es más demandante, las resecciones laparoscópicas “a la medida” de tumores estromales gástricos seleccionados en función de las características de la lesión (tamaño y localización) a través de puerto único, es segura y factible, con buen resultado quirúrgico y oncológico.

DRA. MONTENEGRO MARTÍN, MARÍA ANTONIA

Cirugía General A/ Hospital Clínico Universitario de Valladolid

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR INVAGINACIÓN DUODENO-YEYUNAL

Coautores: J.R. Gómez López, H. Núñez del Barrio, J. Herreros Rodríguez, C. Abril Vega, A. Romero de Diego, J. González Perea, G. Solís Palacios, M. Bombín Mínguez, J.L. Robles García, P. Gago Romón

La invaginación intestinal en adultos causa del 1% al 5% de las obstrucciones intestinales. Es, por lo tanto poco frecuente, pero una condición potencialmente seria que es normalmente diagnosticada durante la cirugía realizada por un síndrome obstructivo mecánico.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Paciente, mujer, 79 años, que tras estudio por hiporexia, deterioro del estado general, astenia y pérdida de peso (15 kg) de un año de evolución; acompañado de estreñimiento, se descubre tumoración abdominal retroperitoneal. Se realizan TC, ecografía, colangioRMN y tránsito intestinal, donde se observa imagen de invaginación duodeno yeyunal no obstructiva, presenta peristalsis, en región paravertebral izquierda con engrosamiento parietal y estratificado (5,4 x 8 cm). Ocasiona tracción y dilatación significativa de vía biliar y conducto pancreático principal. Se decide intervención quirúrgica vía laparoscópica precisando conversión por la localización de la lesión. En el postoperatorio presenta ictericia mucocutánea (BT 11.73 a expensas de bilirrubina directa). Se solicita ecografía (colédoco, canalículos biliares y conducto de Wirsung están dilatados sin apreciarse causa obstructiva) y colangioRMN (el colédoco se interrumpe de manera brusca a nivel de la papila duodenal; y dilatación del conducto pancreático principal). Por ello se realiza CPRE (realizando coledocoduodenostomía endoscópica) con posterior mejoría clínica de forma progresiva.

CONCLUSIÓN.

El diagnóstico preoperatorio de invaginación es posible con las pruebas de imagen tales como ecografía y TC. A diferencia de la invaginación colónica en adulto, casi siempre maligna, en el intestino delgado es casi siempre benigna. Sin embargo, la invaginación debe ser aclarada mediante cirugía; precisando resección del segmento intestinal afecto.

DR. RODRÍGUEZ SERRANO, SALVADOR

Hospital General Yagüe de Burgos

TÉCNICA DE CIERRE DE LA BRECHA MESENTÉRICA EN EL BYPASS BILIOPANCREÁTICO CON PRESERVACIÓN GÁSTRICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Coautores: F.J. Sánchez Manuel, M. de la Plaza Galindo, A. Palomo Luquero, J.L. Seco Gil

Introducción:

La hernia transmesentérica es una complicación grave en el seguimiento de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica que precisa de una alta sospecha diagnóstica y tratamiento precoz para un resultado satisfactorio.

Objetivo:

Presentar nuestra técnica para el cierre de la brecha mesentérica en el bypass biliopancreático con preservación gástrica por vía laparoscópica.

Técnica:

Tras realizar la anastomosis intestinal con técnica de triple grapado o bien después de haber realizado la anastomosis gastroyeyunal, se coloca al paciente en posición de Trendelenburg con ligero decúbito lateral derecho. Se sigue el asa alimentaria retrógradamente hasta la anastomosis intestinal. Se coloca un nuevo trócar de 5 mm en fosa iliaca izquierda (pinza de trabajo con la mano izquierda y el cirujano colocado en el lado izquierdo del paciente). El primer ayudante se coloca a la derecha del cirujano para llevar la óptica de 30º a través de un trócar en línea medioclavicular izquierda. La mano derecha del cirujano utiliza instrumental a través del trócar en línea axilar anterior izquierda. La mano derecha del primer ayudante mantiene el asa alimentaria con buena exposición para la apertura del defecto mesentérico. Desde el trócar en línea medioclavicular izquierda, el cirujano procede a la sutura continua desde el inicio de la brecha mesentérica hasta la anastomosis.

Comentarios:

Esta técnica se ha realizado en los últimos 5 pacientes sin complicaciones intra ni postoperatorias y sin que añada ningún cambio en el curso postoperatorio. Nuestra propuesta es la realización del cierre mesentérico siempre que sea factible.



LEÓN
10, 11 Y 12 - JUNIO - 2010

JUEVES 10 DE JUNIO: 15:00 a 16:30 hrs.

SALA 2

Pósters

Moderadores:

- Dr. Jesús González Perea
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- Dr. José Antonio Mariño Ramírez
Complejo Asistencial Universitario de León

DR. ÁLVAREZ-PRIDA DE PAZ, EMILIO
Complejo Asistencial de León

ESPLENO-DUODENOPANCREATECTOMÍA TOTAL POR NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL DE DUCTO PRINCIPAL Y ACCESORIOS

Coautores: C.Fernández Gutiérrez, L.Ballesta Russo, T.González de Francisco

INTRODUCCION:

Los criterios de manejo y resección de las neoplasias mucinosas papilares intraductales del páncreas (NMPIP) están ampliamente debatidos en la actualidad, siendo respaldados por documentos de consenso. Los métodos diagnósticos no permiten caracterizar de modo fiable los subtipos de ducto principal y ducto accesorio.

CASO CLINICO:

Varón, 62 años en evaluación de trasplante renal por IR terminal. HTA. DM tipo II con afectación de órganos diana. Hiperparatiroidismo secundario.

Colangio-Rmn: atrofia completa de la cola del páncreas, lesiones quísticas con afectación panglandular que siguen el ducto principal compatible con NMPIP de distribución difusa.

Eco-endoscopia: PAAF de lesión cefálica en contacto con la vena porta y confluencia esplenoportal: negativo para malignidad. CEA y CA19.9 de 674,5 ng/ml y 11931 UI/ml.

Intervención: laparotomía subcostal. Múltiples quistes de distribución multifocal y esplenomegalia (18-20 cms). Confluencia hepático derecho-izquierdo a nivel supraduodenal. Colecistectomía, espleno-duodeno-pancreatectomía total con inclusión de antro gástrico. Reconstrucción de vía biliar tras plastia de unión de ductos principales sobre asa en Y de Roux transmesocólica y pie de asa a 60 cms.

Laparoscopia exploradora y drenaje de colección subfrénica izquierda al 6º día. Fuga biliar de bajo débito autolimitada. Glucemias de difícil control. Fiebre en picos por TBC ganglionar.

Anatomía Patológica:

Neoplasia mucinosa papilar intraductal de tipo mixto difusa con displasia moderada sin infiltración. Linfadenitis granulomatosa necrotizante en dos ganglios. 0/30 ganglios linfáticos afectados por tumor.

CONCLUSION:

Las NMPIP son entidades de difícil caracterización y manejo en constante evaluación. Se precisa un enfoque individualizado en consonancia con las guías internacionales.

DR. ARJONA TRUJILLO, JUAN PABLO

Hospital de Segovia

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO DEL BAZO: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Coautores: J. Etreros Alonso, N. Monge Ropero, L. Malave Cardozo, Jdem.López, J. Manzanares Sacristán

Objetivos:

Presentación de dos casos, y revisión de la literatura publicada al respecto.

Material y métodos:

Presentamos dos casos clínicos: El primero, una mujer de 80 años de edad que acude a nuestro hospital por dolor en hemitórax izquierdo, anorexia y pérdida de peso. A la exploración física se encontró hipoventilación en base de hemitórax izquierdo. Los estudios radiológicos mediante ecografía y TAC demostraron la existencia de derrame pleural izquierdo, esplenomegalia con dos masas hipocaptantes de pared gruesa y bien delimitadas. El estudio del derrame pleural mostró un exudado mononuclear. Se realizó Esplenectomía. El bazo pesaba 625g y contenía dos masas de aspecto expansivo ocupando casi la totalidad del parénquima esplénico, con diámetros máximos de 9 y 7.5cm respectivamente. El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico confirmó el diagnóstico de Pseudotumor Inflamatorio del Bazo. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, y fue dada de alta. En la actualidad la paciente está asintomática y ha desaparecido el derrame pleural izquierdo.

El segundo caso corresponde a un varón de 28 años de edad sin antecedentes de interés, que consulta por fiebre intermitente de aproximadamente 4 meses de evolución sin foco evidente. Como único dato a la exploración física, discreta esplenomegalia. Los hemocultivos seriados fueron todos negativos y el estudio de serología infecciosa, reveló únicamente IgG postiva para CMV y Epstein Baar, siendo el resto de pruebas negativas (Hepatitis viral A, B y C, VIH, Borrelia, Rickettsias, Coxiela, Legionella, Bartonella, Brucellas, Salmonellas y Francisella). Las pruebas para detectar enfermedades autoinmunes fueron igualmente negativas. En las pruebas de imágenes diagnósticas, se encontró únicamente esplenomegalia con la presencia de una pequeña lesión hipodensa inespecífica. Ante la sospecha clínica de un posible Linfoma, se propone realizar Esplenectomía para confirmarlo. El estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico del bazo fue compatible con Pseudotumor inflamatorio del Bazo. Se revisó la literatura existente realizando una búsqueda en PubMed, Medline y Uptodate. Se revisó la historia clínica de la paciente y se hizo seguimiento de la misma hasta que fue dada de alta.

Conclusiones:

Los Pseudotumores inflamatorios del bazo son una patología extremadamente rara, encontrando alrededor de 74 casos en la literatura publicada. Para hacer un diagnóstico diferencial de otras patologías (principalmente linfoma) es necesario un abordaje quirúrgico, toda vez que es además el único tratamiento adecuado en la actualidad. Esta enfermedad cursa con un cuadro clínico inespecífico, no existiendo en el momento actual pruebas diagnósticas de laboratorio ni de imagen que sean específicas. Se trata de lesiones benignas, aunque hay descritos en la literatura algunos casos de muerte por este tipo de tumores en otras localizaciones, por lo cual es necesario hacer un seguimiento de los pacientes.

DR. ASENSIO DÍAZ, ENRIQUE

Cirugía General Hospital Universitario Río Hortega

***HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO VS NEOPLASIA DE PULMÓN CON INVASIÓN HEPÁTICA
TRANSDIAFRAGMÁTICA, DUDA DIAGNÓSTICA HASTA EL ACTO OPERATORIO***

Coautores: P. Pinto Fuentes, M. Montes Manrique, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo Martín, D. Pacheco Sánchez, A. Barrera Rebollo, A. Anta Román

Introducción:

Presentamos el caso clínico de un paciente remitido del servicio de Medicina Interna de nuestro hospital para evaluación y posible drenaje quirúrgico de hematoma subcapsular hepático postraumático, resultando durante el acto operatorio un carcinoma pulmonar con invasión hepática transdiafragmática.

Material y métodos:

Paciente varón de 72 años de edad, diagnosticado de hematoma subcapsular hepático postraumático por caída accidental 4 meses atrás, que es remitido a nuestro servicio para evaluación del caso. Tras realización de TAC y RNM preoperatorias, que son informadas como hematoma hepático subcapsular en segmento VII y atelectasia basal derecha secunde al mismo, y debido al agravamiento progresivo de la clínica, se interviene al paciente. Durante el acto operatorio se diagnostica masa pulmonar derecha con perforación de diafragma e invasión del hígado, quedando descartado el diagnóstico que se había hecho previamente. Se realizan varias biopsias intraoperatorias que son informadas como carcinoma epidermoide de pulmón con afectación diafragmática, costal y hepática.

Conclusiones:

En la actualidad, las pruebas de imagen preoperatorias son cada vez más fiables y aportan importante información de cara a planificar y orientar una intervención quirúrgica, no obstante, se aporta este caso para destacar que sigue habiendo ocasiones en que es necesario llegar al acto operatorio para hacer un diagnóstico de certeza, sobre todo en las ocasiones en que la patología de base es poco frecuente como en el paciente que nos ocupa.

DRA. BORREGO GALÁN, MILAGROS

Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila

UTILIDAD DEL SHUNT PERITONEOVENOSO DE DENVER EN LA ASCITIS REFRACTARIA MALIGNA

Coautores: C.J Cruz Villalba, E. Santana Acuña, C.M. Francos Von Hünefeld, A. de Juan Fernández, L.M. Urién Blázquez

Introducción:

En este estudio mostramos la eficacia de la derivación peritoneovenosa de Denver en el manejo de la ascitis refractaria maligna y la técnica de colocación.

Material y Métodos:

Insertamos el shunt de Denver en tres pacientes que presentaban ascitis refractaria maligna secundaria a tumores abdominales que requerían paracentesis de repetición. La técnica consiste en la creación de un puente entre dos espacios mediante la colocación percutánea de un catéter en la cavidad peritoneal que drena el líquido ascítico, el cual está unido a una válvula a su vez conectada a otro catéter que, tunelizado subcutáneamente, se lleva a una vena para drenar el líquido hacia la circulación a través de la cava superior.

Resultados:

En los tres casos se consiguió una importante reducción del volumen del líquido ascítico, con una excelente paliación de los síntomas.

Discusión:

El paso del líquido ascítico a la circulación general provoca un aumento del volumen plasmático, con un aumento del gasto cardíaco y una mejora del flujo renal, que mejora la diuresis, la natriuresis y la depuración de la creatinina y así como una disminución de la pérdida protéica.

En nuestros pacientes, el alivio de los síntomas se consiguió en todos ellos, con reducción de la disnea, aumento marcado del apetito y una mejoría de la deambulación.

Las complicaciones generalmente no son severas.

Conclusiones:

El shunt de Denver es una técnica sencilla y poco agresiva que constituye una buena opción de tratamiento en estos pacientes. Comporta más beneficios que riesgos. Reduce las complicaciones y el número de admisiones hospitalarias y consigue por tanto una mejoría evidente en la calidad de vida de los pacientes.

DRA. DE CASTRO MONEDERO, PAOLA

Servicio de Cirugía General. Complejo Asistencial de Palencia

RESECCIÓN DE ANEURISMA GIGANTE DE ARTERIA ESPLÉNICA ASOCIADA A PANCREATECTOMÍA

Coautores: A. Huidobro, J.E. Castrillo, D. Gómez, J. Díez, J. Herrera, C. Ferreras, J.L. Álvarez Conde

OBJETIVOS:

Conocer el manejo terapéutico de los aneurismas gigantes de arteria esplénica.

Los aneurismas de la arteria esplénica son los aneurismas viscerales más frecuentes.

Su incidencia se estima entre un 0.01-0.20 %. Se presentan como aneurismas múltiples en un 20% de los casos. Son más frecuentes en el sexo femenino especialmente en múltiparas. Suelen ser asintomáticos por lo que generalmente se diagnostican de forma casual. La principal complicación de un aneurisma >2 cm es su ruptura. El riesgo de ruptura oscila entre un 6-10%.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos un paciente con un aneurisma gigante de arteria esplénica que fue tratado quirúrgicamente.

Paciente mujer de 56 años de edad múltipara sin otros antecedentes de interés. Presenta clínica de pesadez abdominal. Se realiza ecografía abdominal y se descubre una lesión de aspecto sólido en hipocondrio izquierdo; el TAC confirma el diagnóstico de una tumoración en relación con vasos esplénicos de 11,5 cm de diámetro de márgenes calcificados con efecto masa sobre cola de páncreas y estómago.

Con este diagnóstico se decide intervención quirúrgica realizándose incisión subcostal bilateral con resección en bloque del aneurisma precisando pancreatectomía subtotal con esplenectomía.

RESULTADOS:

La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de aneurisma sacular de arteria esplénica.

El postoperatorio transcurrió satisfactoriamente y en las revisiones posteriores permanece asintomática.

CONCLUSIONES:

Los aneurismas gigantes de arteria esplénica son extremadamente raros. La complicación más habitual es la rotura.

El tratamiento de elección es quirúrgico y depende de su localización y diámetro. Es difícil su abordaje laparoscópico y su tratamiento por técnicas endovasculares

DR. ETREROS ALONSO, JAVIER

Cirugía General/ Segovia

MELANOMA GÁSTRICO METASTÁSICO

Coautores: J.P. Arjona, N. Monge, L. Malavé, S. del Barrio, M. Jiménez-Torquemada, T. Nieto, J. Manzanares

Introducción:

Se han descrito metástasis de melanoma en todos los órganos del cuerpo humano. Pueden coincidir en el tiempo con el tumor primario a aparecer años después y es frecuente que sean múltiples. Las metástasis en el tracto gastrointestinal son más frecuentes de lo que parecen en la práctica clínica. Al realizar autopsias a pacientes con melanomas de diferentes localizaciones, las metástasis en el tracto gastrointestinal se encuentran en más de 50% de los casos aunque son clínicamente indetectables y en raras ocasiones conducen a la muerte. Aparecen metástasis gástricas en el 20% de los pacientes. La supervivencia media es menor de un año, y a 5 años es del 10%. Sólo se consigue mejorar el pronóstico cuando se realiza tratamiento quirúrgico amplio acompañado de radio y quimioterapia.

Caso Clínico:

Varón de 50 años sin antecedentes de interés al que se extirpa en marzo de 2001 una lesión cutánea en región occipital que resultó ser un melanoma nivel IV con Breslow 4,4mm. El estudio de extensión fue negativo y se administró tratamiento adyuvante con interferón. En diciembre de 2006 se objetivó recidiva local de melanoma con estadio IV con 1 cm de profundidad. Se realizó ganglio centinela sin encontrarse afectación tumoral. Se realizó PET-TC que no objetivó enfermedad metastásica. No se administró ninguna terapia adyuvante. En diciembre de 2007 se realiza nuevo PET-TC objetivándose captación en nódulo de pared abdominal y recidiva local región occipital. Se realizó la exéresis dichas lesiones confirmándose metástasis de melanoma. Se administró quimioterapia adyuvante. En diciembre de 2008, en nuevo PET-TC de control se objetiva captación con SUV 14 a nivel de antro gástrico. En gastroscopia se confirma metástasis de melanoma y se practica gastrectomía subtotal con escisión completa de la masa tumoral. Actualmente el paciente ha concluido el tratamiento adyuvante con quimioterapia y no se aprecian signos de enfermedad tumoral.

Conclusión:

El melanoma maligno es un tumor con gran capacidad metastásica que afecta típicamente al pulmón y en segundo lugar a los órganos del aparato digestivo. La clínica que produce es similar a la de los tumores primarios de estos órganos por lo que debemos pensar en esta entidad cuando sospechemos un tumor de tracto digestivo en un paciente con antecedentes de melanoma de cualquier localización. El pronóstico es nefasto y su tratamiento consiste en la exéresis completa de la lesión y tratamiento adyuvante.

DRA. FARHANGMEHR SETAYESHI, NEDA

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid)

VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO: URGENCIA QUIRÚRGICA

Coautores: M. Jiménez Garrido, J. López Monclús, J.L. Lucena de la Poza, L. Osorio Cabello, A. Pueyo Rabanal, L. de Gregorio Muñiz, K. Cuiñas León, A. García Pavía, A. Colás Vicente

Objetivo

Presentar un caso de vólvulo gástrico agudo, entidad poco frecuente y con indicación de cirugía urgente.

Material y métodos:

Paciente varón de 77 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y accidente isquémico cerebral, que acude a urgencias por dolor epigástrico intenso y náuseas. En la exploración física destaca un abdomen muy distendido y doloroso a la palpación. Imposibilidad de colocar sonda nasogástrica.

Análítica: Leucocitosis 24000cels/mm³ con desviación izquierda. Resto normal.

Radiografía simple : Dilatación gástrica con signo de "doble burbuja"TC: Obstrucción a nivel del píloro-duodeno proximal, secundaria a herniación de antro gástrico y primera porción duodenal a través de gran hernia diafragmática condicionando rotación y marcada dilatación gástrica.

Con el diagnóstico de vólvulo gástrico organoaxial por hernia paraesofágica se decide tratamiento quirúrgico urgente.

Resultados

Intervención quirúrgica: devolvulación gástrica tras reducción del contenido herniario Disección del hiato esofágico.

Cierre de pilares diafragmáticos. Funduplicatura según técnica de Nissen.

Evolución satisfactoria con alta hospitalaria a los 4 días. Revisión clínica y radiológica ambulatoria a los 2 meses sin hallazgos.

Conclusiones

La presentación del vólvulo gástrico agudo es característica la denominada triada de Borchardt: dolor epigástrico agudo, eructos no productivos e imposibilidad de colocación sonda nasogástrica, lo que induce a la sospecha clínica apoyada en técnicas de imagen. Es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo cuyo tratamiento requiere cirugía urgente, debido a la alta mortalidad que presenta (30-50%) si bien en pacientes de alto riesgo se puede optar por la devolvulación endoscópica.

DR. GIL PÉREZ, ANTONIO

Cirugía General/ Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

TRASPLANTE HEPÁTICO COMO TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA HEPÁTICA DEL ADULTO (EPH)

Coautores: L. Giménez Alvira, M. Jiménez Garrido, F. Martínez Arrieta, D. Chaparro Cabezas, J.L. Lucena de la Poza, M. Cea Soriano, A. Sánchez Ramos, M. Pérez-Seoane de Zunzunegui, V. Sánchez Turrión

OBJETIVOS:

La EPH es una enfermedad congénita autosómica dominante caracterizada por el crecimiento de múltiples quistes, variable en tamaño y número, que afecta a ambos lóbulos hepáticos. El 80% de estos pacientes están asintomáticos y los que son sintomáticos, lo son en función de su hepatomegalia incapacitante. El tratamiento quirúrgico, es un asunto controvertido y el trasplante hepático se indicará antes de que aparezcan sintomatología incapacitante.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos dos casos de poliquistosis hepática masiva sintomática que requirieron tratamiento quirúrgico mediante trasplante hepático. Ambos casos son mujeres de 50 y 55 años valoradas en la consulta de Trasplante Hepático por hepatomegalia secundaria a poliquistosis hepática que les condiciona importante limitación de su calidad vida. La primera paciente asocia insuficiencia renal crónica secundaria a poliquistosis renal.

RESULTADOS:

En ambos casos se realiza laparotomía subcostal bilateral, apreciándose hepatomegalia masiva secundaria a innumerables quistes hepáticos. Se realiza trasplante hepático ortotópico con injerto de donante cadáver isogrupo según técnica clásica sin incidencias reseñables. En el primer caso se asocia trasplante renal derecho isogrupo por parte del servicio de Urología. La evolución en el postoperatorio de ambas pacientes fue satisfactoria.

CONCLUSIONES:

Debido a su baja incidencia y evolución lenta, el algoritmo terapéutico de la EPH se encuentra todavía en debate y lejos de ser estandarizado. El trasplante hepático constituye una solución definitiva para pacientes seleccionados con hepatomegalia severa que causa importante limitación de la vida diaria, ya que la cirugía conservadora ofrecerá solo una solución temporal, dificultando un posterior trasplante.

DR. LABARGA RODRÍGUEZ, FERNANDO

Cirugía General. Hospital Río Hortega Valladolid

SÍNDROME DE BUDD-CHIARI ASOCIADO A ENFERMEDAD HIDATÍDICA

Coautores: A. Barrera Rebollo, E. Asensio Díaz, M. Montes Manrique, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo Martín, J.L. Marcos Rodríguez, D. Pacheco Sánchez, A. de Anta Román

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Budd-Chiari se puede definir como cualquier proceso fisiopatológico que de lugar a la obstrucción del drenaje venoso hepático.

Un trastorno subyacente puede ser identificado en más del 80%. El conjunto de infecciones y lesiones benignas del hígado representan menos del 10% de los casos de Síndrome de Budd-Chiari.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 69 años intervenida en 1993 por hidatidosis abdominal múltiple. Durante el seguimiento, tras 12 años de evolución, refiere aumento del perímetro abdominal con molestias inespecíficas, astenia, pérdida de apetito y coluria ocasional. A la exploración observamos discreta hepatomegalia dolorosa y aumento del perímetro abdominal con matidez en los flancos. El análisis bioquímico de la función hepática es normal. Son las técnicas de imagen (TC, colangio RMN y urografía) las que nos objetivan una recidiva hidatídica en región subfrénica media, flanco derecho (donde existe dilatación del sistema pielocalicial derecho), polo cecal y fondo de saco de Douglas. Posteriormente, la realización de una CPRE evidencia una fístula bilio-quistica. Llegado el tiempo quirúrgico, en el espacio subfrénico medio, liberamos un gran quiste de unos 8 cm sobre las venas suprahepáticas. Se realiza Quistectomía parcial de Lagrot previo tratamiento del parásito con suero hipertónico y sutura de la comunicación biliar. Se completa la cirugía con la misma técnica en el resto de las lesiones y tomando una biopsia hepática que posteriormente constatará la afectación parenquimatosa del drenaje venoso y de los grandes ductos biliares.

CONCLUSIÓN: Ésta condición excepcional debe ser sospechada en pacientes con antecedentes o factores de riesgo de hidatidosis.

No existen ensayos controlados que guíen el abordaje terapéutico; las recomendaciones se derivan de estudios retrospectivos y la experiencia clínica.

DRA. LEÓN MIRANDA, RAQUEL

Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Asistencial de Burgos

TUMOR PARATIROIDEO GIGANTE EN EL SENO DE UN BOCIO NODULAR BILATERAL TIROIDEO.

Coautores: C. Reguilón Rivero, O. Vidal Doce, R. Martínez Castro, A. Eldabe Mikhail, J.F. Reoyo Pascual, J.A. Ortega Seda, A. Palomo Luquero, M.A. Álvarez Rico, J.L. Seco Gil

INTRODUCCIÓN:

El hiperparatiroidismo primario es debido a un exceso de PTH, producido por una secreción autónoma de una o más glándulas paratiroides. Es la primera causa de hipercalcemia ($Ca^{++}>10,2mg/dl$) en el entorno extrahospitalario y su incidencia es de 15-30 nuevos casos por cada 100.000 habitantes/año. Se produce una alteración del metabolismo fosfocálcico siendo los principales órganos diana el riñón, el hueso y el intestino. Destacando en riñón: litiasis renal recidivante, nefrocalcinosis, disminución del filtrado glomerular e HTA. Y en cuanto al hueso: osteopenia u osteoporosis. Dentro de las formas histopatológicas, entre 85-90% de los hiperparatiroidismos primarios, se tratan de adenomas únicos, siendo este el caso de nuestra paciente.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 49 años que debuta con hipercalcemia, aumento de PTH y osteoporosis, en el seguimiento oncológico de un cáncer de mama. Se realizan: ecografía y gammagrafía cervicales compatibles con bocio multinodular y adenoma paratiroideo superior izquierdo, y la PAAF se informa de proliferación folicular con atipias. Por lo que se decide tiroidectomía total y paratiroidectomía superior izquierda. Anatomía Patológica: Proliferación folicular tiroidea bilateral de 2,5x6x8cm y adenoma paratiroideo superior izquierdo 6x5cm y 26g de peso.

CONCLUSIONES: Se trata de un caso que llama la atención por el gran tamaño de la glándula, junto a la comorbilidad de la paciente. Encontramos las técnicas de imagen (gammagrafía y ecografía) fundamentales, al permitir identificar con certeza más de la mitad de los adenomas. Sin olvidar la imprescindible historia clínica y el análisis de sangre, que bien interpretados, nos dan un diagnóstico probable.

DR. MONGE ROPERO, NICOLÁS

Servicio de Cirugía, Hospital General de Segovia

DISFAGIA COMO MOTIVO DE CONSULTA EN UNA PANCREATITIS GRAVE

Coautores: M. González Pastrana, J. Arjona Trujillo, J. Etreros Alonso, L. Malavé Cardozo, A. Delgado Mucientes, M. Pérez Cerdeira, G. Aís Conde, P. Vázquez Santos, J. Manzanares Sacristán

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo del páncreas, con afectación variable de tejidos peripancreáticos o de órganos distantes. La pancreatitis aguda grave ocurre con una frecuencia del 10-20%, con la evolución del cuadro a necrosis pancreática, abscesos o pseudoquistes, produciéndose un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y fallo multiorgánico. La coledocistitis causa el 90% de pancreatitis, siendo la segunda causa el abuso de alcohol. Es importante diferenciar la pancreatitis aguda autolimitada, con edema peripancreático y necrosis leve, de aquella situación con mala evolución, cuando avanza la necrosis produciéndose una infección de la misma a partir de gérmenes presentes en el intestino por translocación bacteriana, que predicen una infección de la necrosis con formación de absceso y fallo multiorgánico.

Presentamos el caso de un varón de 58 años de edad, bebedor importante, que acude al hospital por disfagia progresiva hasta hacerse incluso para líquidos junto con fiebre de 6-7 días de evolución de hasta 38º C y dolor epigástrico. En la exploración física el paciente tiene signos de alcoholismo, subictérico, caquético, con una escala de gravedad según APACHE II de 8 puntos. Se realiza una TC encontrándose una masa abdominal y mediastínica que comprime el esófago en su parte distal, de densidad líquida con áreas heterogéneas por necrosis, vesícula no habitada. El paciente ingresa con tratamiento médico, empeorando los días siguientes con puntuación de 10 puntos en el APACHE II. Se decide intervención quirúrgica urgente, encontrándose una colección purulenta a nivel de la celda pancreática de 6 cm que se extiende hacia el hiato, así como necrosis de la grasa e inflamación necrotizante focal a nivel de mediastino posterior, sin evidencia de malignidad en las biopsias intraoperatorias. Tras realizar un desbridamiento amplio se dejan drenajes en el mediastino y en el páncreas. El paciente ingresa en la UCI en el postoperatorio durante 48 horas, con mejoría progresiva siendo dado de alta a los 17 días.

Realizamos una discusión del caso, en el que el paciente presentó una reacción inflamatoria con absceso pancreático secundario a una pancreatitis grave, de etiología enólica, con migración a mediastino posterior, produciendo disfagia como síntoma primario. Añadimos una revisión bibliográfica del tema.

DRA. MONTENEGRO MARTÍN, MARÍA ANTONIA

Cirugía General A/ Hospital Clínico Universitario de Valladolid

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE HIPERPLASIA NODULAR FOCAL

Coautores: H. Núñez del Barrio, J.R. Gómez López, A. Romero de Diego, J. Herreros Rodríguez, C. Abril Vega, M. Bombín Mínguez, J.L. Robles García, G. Solís Palacios, J. González Perea, P. Gago Romón

La hiperplasia nodular focal es una lesión circunscrita, normalmente solitaria, compuesta de nódulos de hepatocitos hiperplásicos benignos, canalículos biliares y vasos agrupados alrededor de una cicatriz central, que es patognomónica cuando se detecta por ecografía, TC o con la RNM. Es una lesión poco frecuente, de causa desconocida. En la mayoría de los casos se presenta en mujeres entre la segunda y la cuarta década de la vida.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Presentamos el caso de una mujer de 17 años de edad que durante el estudio por clínica de mala digestión e implazón se descubre en la ecografía y en la resonancia magnética un hilio central vascular con ramificación en rueda de carro dentro de la masa con una cicatriz central. La masa mide 10x10x9 cm, es de bordes bien definidos y depende del lóbulo hepático izquierdo.

Se realiza intervención quirúrgica con resección de la lesión.
La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio.

CONCLUSIÓN.

La hiperplasia nodular focal normalmente no tiene indicación quirúrgica, excepto si son lesiones claramente sintomáticas, si hay incremento en el tamaño de la lesión o si existe dificultad para obtener un diagnóstico de certeza.

En nuestro caso la indicación de tratamiento quirúrgico fue por el efecto masa que provocaba y comprimía órganos como el estómago, presentando síntomas dispépsicos; siendo este una forma inusual de presentación.

DR. MONTES MANRIQUE, MARIO

Cirugía General y Digestivo. Hospital Río Hortega Valladolid

TUMOR NEUROENDOCRINO PRIMARIO NO FUNCIONANTE DEL HÍGADO (PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA)

Coautores: A. Barrera Rebollo, F. Labarga Rodríguez, D. Pacheco Sánchez, P. Pinto Fuentes, B. Pérez Saborido, L. Díez González, R. Otero Roussel, A. Anta Román

OBJETIVOS:

Presentación de un caso de tumor neuroendocrino primario no funcionante del hígado y revisión de la literatura.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 40 años que consulta por masa abdominal asintomática. Los estudios de imagen son compatibles con hemangioma cavernoso hepático gigante del lóbulo derecho (27,5x 18,5x18,5cm).. Se realiza laparotomía observando gran masa que ocupa todo el lóbulo derecho afectando a los segmentos V, VI, VII y VIII, nutrido por un arteria hepática del tronco celiáco, de importante calibre. Adenopatía reactiva inespecífica pericística. Control vascular total. Control selectivo de ambas suprahepáticas, (derecha y unión de media e izquierda). Ligadura selectiva de las ramas derechas, portal y arterial. disección de la tumoración del parénquima sano, sobre el plano del hemangioma. Hepatectomía derecha.

AP: Compatible con tumor neuroendocrino del lóbulo derecho hepático.

Se realizan estudios de extensión sin encontrar tumor primario en el tubo digestivo. El paciente se encuentra asintomático y sin recidiva tumoral tras 10 meses de la resección.

DISCUSIÓN:

Los tumores neuroendocrinos primarios del hígado son extremadamente raros y a nuestro conocimiento hay menos de 300 casos reportados en la literatura. El único tratamiento reportado como efectivo es el quirúrgico. No hay reportes de buenos resultados con quimioterapia sistémica. La quimioembolización tiene buenos resultados en tumores neuroendocrinos metastásicos pero no hay reportes significativos en tumores primarios. La radiofrecuencia puede tener algún valor en tumores menores de 3 cm. Para algunos autores el trasplante hepático podría considerarse en tumores grandes con pobre reserva funcional.

DR. ORTEGA SEDA, JOSÉ ANDRÉS

Servicio Cirugía General. Hospital General Yagüe de Burgos

CARCINOMA SUPRARRENAL BILATERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Coautores: J.L Seco Gil, J.F. Reoyo Pascual, A. Eldabe, R. León Miranda, C. Reguilón Rivero, R.M. Martínez Castro

Introducción

Incidencia del carcinoma suprarrenal es 0,5-2/1.000.000 habitantes, representando el 0,02% de los cánceres. En incidentalomas, es 2-3%. Es una patología inusual. El diagnóstico precoz no se ha alcanzado. Presentamos un cáncer suprarrenal bilateral.

Caso clínico

Paciente de 73 años con cuadro constitucional de 2 meses de evolución, descubriéndose masa suprarrenal izquierda de 5.5 cm, sólida, que desplaza vena renal izquierda y masa suprarrenal derecha de 3.8 cm que comprime cava inferior. Se observa dentro de cava imagen hipodensa de 10x6x12 mm. sugerente de trombo mural o infiltración.

Presenta aumento de dopamina, noradrenalina y adrenalina sanguínea. PAAF informada como carcinoma.

El paciente es intervenido realizándose suprarrenalectomía derecha y suprarrenalectomía izquierda con bazo y cola del páncreas en bloque. A.P. definitiva: carcinoma pobremente diferenciado que afecta suprarrenales, grasa periglandular y páncreas.

Al 7º día postoperatorio presentó abscesos en FID e hipocondrio izquierdo que requirieron drenaje percutáneo, tras lo cual evolucionó favorablemente, siendo dado de alta.

Discusión

Cáncer suprarrenal representa el 0,2% de las muertes por cáncer. Supervivencia a 5 años es 54%-46% para estadios I-II, 43-21% para el III y 4-6% para el IV. Supervivencia no relacionada con sexo o edad, aunque presentan mejor pronóstico en menores de 40 años, o con actividad hormonal. Tumores feminizantes y productores de aldosterona tienen mejor pronóstico que secretores de andrógenos y cortisol (52 y 52,5 meses y 24 y 16,8 meses respectivamente). En el cáncer bilateral, adrenalectomía bilateral es el tratamiento. Mortalidad perioperatoria es 0%. Tamaño tumoral no se correlaciona con pronóstico, aunque diagnóstico precoz puede mejorarlo.

DRA. PELÁEZ BARRIGÓN, ROSA

Cirugía General. Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante de Páncreas de Salamanca

PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO CON AFECTACIÓN MEDIASTÍNICA

Coautores: M.J. Iglesias Iglesias, M^a.C. Esteban Velasco, J.I. González Muñoz, R. Sánchez Jiménez, L. Muñoz Bellvis, A. Gómez Alonso

INTRODUCCIÓN:

Los pseudoquistes pancreáticos son complicaciones de las pancreatitis crónicas que pueden afectar al mediastino a través del hiato aórtico o del esofágico y, en raras ocasiones, por erosión directa a través del diafragma. Las complicaciones del pseudoquiste pancreático a nivel mediastinal pueden ser infección, hemorragia, compresión, invasión e incluso ruptura hacia estructuras adyacentes.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de un varón de 33 años de edad, sin antecedentes personales de interés, sin tratamiento habitual ni alergias medicamentosas conocidas. Con tabaquismo y enolismo activos.

El paciente consulta por insuficiencia respiratoria y dolor abdominal. Mediante TC tóraco-abdominal se objetiva una colección mediastínica y abdominal de probable origen pancreático (11 x 6,3 x 4,3 cm) y derrame pleural asociado.

La eco-endoscopia evidencia una colección peripancreática que se extiende a mediastino posterior, con disrupción del Wirsung a nivel de cuerpo que indica comunicación con el pseudoquiste.

Se realiza decorticación de pulmón izquierdo con mioplastia de dorsal ancho y drenaje de colección mediastínica (200cc líquido serohemático achocolatado).

La evolución durante los 3 meses siguientes no es favorable, y el paciente presenta múltiples ingresos por cuadros de dolor epigástrico que se resuelven con tratamiento médico. En el último TC de control se objetiva aumento del tamaño del pseudoquiste (14 x 7,6 x 8,6 cm), por lo que se decide intervención quirúrgica electiva para derivación quistoentérica.

CONCLUSIÓN:

Las pancreatitis crónicas de origen enólico suelen presentar como complicación la formación de pseudoquistes que pueden alcanzar un tamaño importante, afectando incluso al mediastino.

DR. RAMIA ÁNGEL, JOSÉ MARÍA

Hospital Universitario de Guadalajara

TUMORES HEPÁTICOS BENIGNOS: ¿CÓMO DEBEMOS MANEJARLOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA?

Coautores: R. Puga Bermúdez, J. E. Quiñones Sampedro, R. de la Plaza Llamas, V. Arteaga Peralta, F. Adel Abdulla, L. Gijón, J. García-Parreño Jofre

Introducción:

La prevalencia de los tumores hepáticos benignos (THB) sólidos y quísticos es alta y se ha elevado en los últimos años con la mejoría en las técnicas de imagen. La actitud diagnóstica y terapéutica en el manejo de estas presenta gran variabilidad clínica. La posibilidad del tratamiento mediante laparoscopia posiblemente ha implicado un incremento no justificado de las indicaciones quirúrgicas que deben ser: duda diagnóstica, sintomatología importante o complicaciones asociadas. En nuestro Centro hemos centralizado en la Unidad HPB la valoración de los pacientes con THB sólidos y quísticos exceptuando hemangiomas o quistes simples inferiores a 3 cm.

MATERIAL y METODOS:

Se realiza un estudio prospectivo entre Enero-Diciembre 2009 de todas los THB remitidos a la Unidad HPB. Hemos valorado 31 pacientes, edad media: 53,9 años (rango: 18-79 años), 21 mujeres y 10 varones, 24 presentaban THB sólidos y 7 THB quísticos. THB sólidos: 24 pacientes/46 lesiones: Hemangiomas: 14 pacientes/26 lesiones, Hiperplasia nodular focal: 4 pacientes/7 lesiones; Adenomas: 2 pacientes/2 lesiones, Adenomatosis: 1 pacientes/8 lesiones; Angiomiolipoma: 2 pacientes/2 lesiones, Esteatosis focal: 1 paciente/ 1 lesión. THB quísticos: Quiste simple: 4 pacientes/ 6 lesiones; Poliquistosis Hepática: 3 pacientes Gr. II de Gigot. A todos se les efectuó TAC abdominal, RMN en el 25% de los casos y 1 PET en paciente con antecedente de neoplasia de mama. En 27 pacientes se indicó observación periódica y se intervinieron 4 pacientes (13%): 1 adenoma de 4 cm, 1 angiomiolipoma, 1 quiste simple sintomático y 1 HNF. Los tres primeros por vía laparoscópica y la HNF vía laparotómica ya que se realizó de forma concomitante a otra cirugía abdominal. Morbilidad y mortalidad del 0%.

CONCLUSIONES:

La valoración en el seno de una Unidad HPB sirve para protocolizar la práctica clínica en los THB. El porcentaje de enfermos que requieren cirugía es bajo (13%) y suele efectuarse por laparoscopia. Las indicaciones en 2010 no han cambiado y siguen siendo: duda diagnóstica (cada vez menos frecuente), sintomatología (que debe ser importante) o complicaciones.

DRA. RODRÍGUEZ SANZ, MARÍA BELÉN

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Comarcal de Medina del Campo

TUMOR PAPILAR SEROSO PERITONEAL

Coautores: J. Sánchez González, M. Toledano Trincado, M^a L. Martín Esteban, M^a J. Luque García, J.C. Martín del Olmo

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma seroso papilar primario de peritoneo es una rara entidad maligna que afecta predominantemente a mujeres posmenopáusicas. Es indistinguible de la carcinomatosis peritoneal por carcinoma de ovario. Fue descrita por primera vez por Swedlow en 1959. Se asocia a factores pronósticos desfavorables como invasión linfovascular, metástasis ganglionares y mala evolución.

CASO CLÍNICO:

mujer de 66 años con antecedentes de cardiopatía valvular, HTA que consulta por dolor abdominal crónico de dos meses de evolución a nivel supraumbilical sin otra sintomatología acompañante. Analítica y marcadores tumorales normales. TAC abdominal informado como inflamación irregular de pared anterior y epiplón sugerente de "omental cake". PET: hipercaptación de la pared anterior de hemiabdomen derecho. Se realiza laparotomía exploradora con bloque tumoral del epiplón mayor con adherencias del intestino delgado y al hígado. BIO positiva para adenocarcinoma. Se realiza exéresis en bloque; útero y anejos normales. La anatomía Patológica fue de carcinoma papilar seroso primario de peritoneo. Fue tratada posteriormente con QT más RT.

CONCLUSIONES:

el carcinoma papilar seroso primario de peritoneo es una patología tumoral poco frecuente, representa el 1-2% de los cánceres peritoneales. Se debe hacer diagnóstico diferencial con el carcinoma primario de ovario por comportamiento y tratamiento similares. El tratamiento debe ser quirúrgico con QT y RT adyuvantes. La supervivencia es muy corta.

DR. SÁNCHEZ JIMÉNEZ, RAUL

Servicio de Cirugía General. Hospital Clínico Universitario de Salamanca

¿GISTOMATOSIS PERITONEAL?

Coautores: F. Gutiérrez Conde, L.M. González Fernández, F. Blanco Antona, J.A. Alcázar Montero, A. Blanco Álvarez, A. Gómez Alonso

Introducción:

Los tumores gastrointestinales del estroma (GIST) son tumores poco frecuentes. En los casos en los que la localización lo permita está indicada la ultrasonografía endoscópica y PAAF de la masa y el estudio inmunohistoquímico es fundamental. El tratamiento es la resección en bloque con márgenes de 2 cms. Las metástasis ganglionares son muy raras (3%) y las abdominales hasta en un 33%. Presentamos un paciente con masa yeyunal y afectación peritoneal.

Caso clínico:

Varón de 54 años con molestias en FID de 3 semanas. Analítica con marcadores y radiología simple normales, colonoscopia: compresión extrínseca cecal. TAC: masa paracecal de 7 x 5,5 cms que contacta con intestino delgado, masa mesentérica medial a colon derecho de 4 cms, en epiplón mayor y nodularidad mesentérica, no LOEs hepáticas y estudio de extensión torácico negativo.

Se realiza laparotomía media encontrándose masa yeyunal principal de 10-12 cm con dos satélites de 4 y 5 cm y múltiples implantes peritoneales.

Anatomía patológica:

GIST apendicular y yeyunal, alto potencial de malignidad e implante peritoneal tumoral. Inmunohistoquímica: negativa para C-kit, positiva para CD34, Vimentina y DOG1.

Alta al 4º día postoperatorio con Imatinib 400 mg, reevaluación en 12 meses y valorar cirugía de rescate

Conclusión:

No está indicada la linfadenectomía por ser rara la diseminación linfática (4%). La presentación como carcinomatosis peritoneal es muy rara. La recurrencia local es frecuente. No son radiosensibles y la quimioterapia está indicada como adyuvancia en tumores de alto riesgo y como neoadyuvancia en tumores localmente avanzados o metastáticos.

DRA. SUÁREZ VEGA, MARÍA PILAR

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Mama. Complejo Asistencial de León

MAMOPLASTIA CIRCULAR ROUND-BLOCK COMO TÉCNICA ONCOPLÁSTICA EN EL CÁNCER DE MAMA

Coautores: R. Canseco, M. Muínelo, L.M. Alcoba, L. Ballesta, M.V. Diago, J.M. Matamoro, J.A. Pedrosa, T. González de Francisco

Objetivo:

Descripción de la técnica round-block o de acceso periareolar en el contexto de la cirugía oncológica mamaria “sin cicatrices visibles” para el tratamiento locorregional del cáncer de mama, lo que conlleva evitar la pérdida de la imagen corporal en la mujer con el beneficio psicológico subsiguiente.

Resumen:

El cáncer de mama es la enfermedad maligna más frecuente en la mujer siendo la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres de países industrializados. El diagnóstico precoz ha llevado a un cambio en la presentación clínica, con una mayor incidencia de tumores pequeños a menudo no palpables. El manejo quirúrgico también ha evolucionado hacia la cirugía conservadora disminuyendo así el impacto emocional en la mujer.

La mamoplastia circular (también denominada periareolar, purse-string o round-block) constituye una alternativa quirúrgica para tumores yuxtaareolares en mamas cónicas de tamaño medio y mamas con ptosis leve. La principal ventaja y atractivo de esta técnica es su cicatriz residual que, al quedar situada en el límite del complejo areola-pezones (CAP), tiene un extraordinario resultado estético.

La vía de acceso periareolar (round-block) constituye un procedimiento para conseguir un resultado estético adecuado. Esta vía de acceso permite la exéresis de lesiones próximas a la areola, sobre todo lesiones del polo superior al no afectar al contorno mamario ni provocar desplazamiento del pezón. El resultado final garantiza un volumen mamario y una localización del CAP similares a los que tenía previamente a la intervención quirúrgica, aunque con una disminución de la proyección mamaria.

Está contraindicada en lesiones del polo inferior, sobre todo en las más alejadas del CAP por la dificultad en la realización de un túnel de acceso a la lesión y porque la cicatrización deforma el contorno mamario.

Para evaluar el estado ganglionar se realiza una segunda incisión a nivel axilar para la biopsia del ganglio centinela con o sin linfadenectomía en función del resultado de éste.

Conclusiones:

Todas estas características hacen que la mamoplastia circular pueda considerarse un procedimiento mínimamente invasivo para tumores periareolares lo que permite, en un grupo seleccionado de enfermas, el manejo ambulatorio de las mismas o un ingreso inferior a las 24 horas.

Uno de los factores más importantes es la actuación sobre la mama contralateral con el fin de evitar deformidades sobre el resultado final.



LEÓN
10, 11 Y 12 - JUNIO - 2010

JUEVES 10 DE JUNIO: 15:00 a 16:30 hrs.

SALA 3

Pósters

Moderadores:

- Dr. Javier Sánchez González
Hospital Comarcal de Medina del Campo. Valladolid
- Dra. Amaya Villafañe Pacho
Complejo Asistencial Universitario de León

DR. ARENAL VERA, JUAN JOSÉ

Hospital Universitario Río Hortega

TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE COLOSTOMÍA. NUEVA TÉCNICA

Coautores: C. Tinoco Carrasco, C. Benito Fernández, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez, C. Cuesta, M.A. Cítores Pascual

Introducción:

El prolapso es una complicación de las colostomías, que empobrece la calidad de vida del paciente. Describimos una novedosa técnica para el tratamiento del prolapso de colostomía, realizada bajo sedación y analgesia.

Caso Clínico:

Paciente de 68 años de edad, intervenido 5 años antes por TM de recto, tratado mediante resección anterior baja y radioterapia postoperatoria. Sufre una proctitis rádica con incontinencia y dos años más tarde es intervenido por oclusión secundaria a enteritis rádica. En el postoperatorio se produce perforación de sigma por decúbito del drenaje, que obliga a la realización de colostomía en cañón de escopeta en colon transverso. Inicia un prolapso del colon distal a los 2 meses. Ante la dificultad de manejo de la misma se decide intervención.

Técnica:

En posición de decúbito supino se administraron sevoflurane por vía inhalatoria y fentanilo por vía intravenosa para sedación y analgesia respectivamente. Una GIA Universal de 60 mm fue introducida de forma perpendicular a la boca del prolapso. Se precisaron cuatro disparos para completar la transección. Finalmente, el instrumento fue colocado en el origen del prolapso, a 1,5 cm de la piel, con el fin de evitar la retracción posterior del estoma, para seccionar completamente el prolapso. El paciente fue dado de alta a las 24 horas de la operación volviendo a su actividad normal en 24 horas. Está asintomático en la actualidad.

Conclusión:

Esta técnica puede realizarse sin anestesia espinal o general, pareciendo un procedimiento muy sencillo y útil para el tratamiento del prolapso de colostomía.

DRA. BALLESTA RUSSO, LAURA

Unidad de Coloproctología. Complejo Asistencial de León

CÁNCER DE COLON ESTADIO IV. METÁSTASIS OVÁRICA BILATERAL AISLADA

Coautores: V. Simó, M. Muínelo, L.M. Alcoba, P. Suárez, E. Pastor, J. Fueyo, T. González de Francisco

Introducción:

los tumores metastásicos representan un 15% aproximadamente de las neoplasias ováricas siendo los sitios primarios de origen más frecuentes colon, mama, estómago, y linfomas. Las metástasis ováricas de un CCR son bilaterales en el 50-70% de los casos, y se presentan con manifestaciones iniciales del tumor ovárico en 3-20% de los casos.

Caso clínico:

Presentamos el caso de una paciente de 53 años que consultó en urgencias por dolor abdominal difuso de 15 días de evolución. La TC abdominal mostró una masa pélvica sólido-quística de 20cm. de diámetro y otra en pared de colon (ángulo esplénico) con reducción del calibre de su luz. Se realizó una colonoscopia con biopsia de la lesión: carcinoma in situ con focos de infiltración a 45-50 cm. del margen anal.

Tras 7 ciclos de quimioterapia neoadyuvante, (xeloda, oxaliplatino y bevacizumab) con respuesta parcial mayor tras 5º ciclo, se realizó hemicolectomía derecha ampliada con anastomosis ileo-cólica, histerectomía, doble anexectomía y linfadenectomía pélvica bilateral, confirmándose el diagnóstico anatomopatológico de metástasis ovárica bilateral de cancer de colon. Linfadenitis reactiva en los 19 ganglios aislados.

Conclusiones:

Las metástasis concomitantes o aisladas en ovario, ocurren en aproximadamente el 5% y 1% de los casos de cáncer colorrectal respectivamente. Aunque el compromiso ovárico se asocia a mal pronóstico, la sobrevida a 5 años en caso de resección completa de metástasis aisladas alcanza el 50%.

DR. CANGA PRESA, JOSÉ MARÍA

Servicio de Cirugía General y Servicio de Urgencias. Complejo Asistencial Universitario de León

HERNIA DE SPIEGEL COMPLICADA. OBSERVACION CLÍNICA

Coautores: M.N. Álvarez Díez, L.M. Alcoba García, S. Escudero Álvarez, C. González Blázquez, M.C. Rodríguez García.

INTRODUCCION

Las hernias de la pared abdominal constituyen una patología cuyo diagnóstico es básicamente clínico, siendo frecuentes los casos que precisan corrección quirúrgica urgente por complicaciones. Las hernias de Spiegel, por su infrecuente presentación, entre el 0,12 y el 0,2% del total de hernias de pared, se consideran una entidad rara, que pasan fácilmente desapercibidas si no se sospechan. OBJETIVO Presentar una observación clínica, en la que, a la dificultad diagnóstica, se asocia una rara complicación (gran absceso de pared). Lo mostramos a través de una imagen extraída de la TC abdominal practicada a la paciente. MATERIAL Y MÉTODOS Mujer de 77 años que acude al S. Urgencias por clínica de 10 días de evolución de dolor abdominal. A la exploración destaca una masa indurada y caliente a nivel de fosa iliaca derecha. En la analítica encontramos leucocitosis con desviación izquierda. Se realiza TC abdominal que informa de Hernia de Spiegel, con absceso de pared. Se interviene de urgencia realizando laparoscopia exploradora y liberación de epiplon encarcerado, gangrenado y abscesificado, con pus abundante. Hallazgos: Hernia de Spiegel derecha con epiplon estrangulado, encarcerado y abscesificado. RESULTADOS La paciente presenta buena evolución tras la intervención, manteniendo cobertura antibiótica con ciprofloxacino y metronidazol y siendo alta al 4º día postoperatorio. CONCLUSIONES En las hernias de Spiegel complicadas que vemos en Urgencias, el análisis de las dificultades diagnósticas, aconseja con frecuencia el empleo de pruebas de imagen, como son la ecografía y la TC; siendo esta última, altamente sensible.

DRA. CONCEJO CUTOLÍ, MARÍA PILAR

Hospital del Bierzo. Ponferrada

HERNIA DE GRYNFELT

Coautores: L. González Crespo, A. Cabrera, F. Ares, E. Bordons, A. Quintela

La región lumbar contiene varias zonas débiles siendo las mas frecuentes los triángulos superior e inferior. Las hernias lumbares son infrecuentes, con menos de 300 casos descritos en la literatura.

Presentamos un caso de una hernia gigante en el triangulo superior o de Grynfelt izquierdo, en una paciente de 74 años.

La paciente fue intervenida de forma programada realizandose un cierre anterior con protesis segun Dowd-Ponka modificado.

DRA. CUIÑAS LEÓN, KARINA

Cirugía General y Digestiva/ Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda

CAUSAS POCO FRECUENTES DE ABDOMEN AGUDO: DIVERTICULITIS YEYUNAL PERFORADA

Coautores: A. Gil Pérez, J.L. Lucena de la Poza, M. Pérez-Seoane, C.Jiménez Ceínos, A.Pueyo Rabanal, M.Cea Soriano, N.Farhangmehr Setayeshi, L.de Gregorio Muñiz, V.Sánchez Turrión, A.Colás Vicente

OBJETIVO:

Presentar el caso de una paciente con abdomen agudo por diverticulitis de yeyuno perforada, que requirió manejo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 89 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 4 horas de evolución con náuseas sin vómitos. A la exploración, dolor a la palpación en hipogastrio con signos de peritonismo. Analítica: leucocitosis con desviación izquierda. TC abdominal: neumoperitoneo y escaso líquido libre.

RESULTADOS:

Se realizó laparoscopia exploradora con reconversión a cirugía abierta por dificultades técnicas, donde se evidenció una perforación de yeyuno con escasa contaminación. Se realizó resección intestinal y anastomosis primaria. Postoperatorio sin complicaciones. Anatomía patológica: diverticulosis y diverticulitis complicada con perforación y necrosis grasa del meso.

CONCLUSIONES:

La diverticulitis yeyunal constituye una causa poco frecuente de abdomen agudo, con una prevalencia estimada del 1-2 % de la población. Habitualmente es asintomática, siendo hallazgo incidental en estudios radiológicos o durante una intervención quirúrgica por otras causas, aunque en algunos casos presenta síntomas inespecíficos (40%) como dolor crónico o malabsorción por sobrecrecimiento bacteriano. Se estima que pueden producir complicaciones agudas en un 18% de los casos, siendo la más frecuente es la diverticulitis con o sin perforación y la hemorragia. La TC abdominal es la mejor prueba radiológica para su diagnóstico. El tratamiento es conservador con antibioterapia en casos de diverticulitis no complicadas y síndromes de malabsorción, reservándose el tratamiento quirúrgico en los casos de complicaciones, en cuyo caso se realiza resección segmentaria con criterio conservador.

DR. DÍEZ CARABANTES, JUAN

Complejo Hospitalario de Palencia

DESBRIDAMIENTO TRICOMPARTIMENTAL, COMO TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN GRAVE DEL PIÉ DIABÉTICO

Coautores: E. Castrillo, A. Huidobro, D. Gómez, J. Herrera, P. de Castro, J. del Riego, J.L. Álvarez Conde

Introducción:

un 15% diabéticos desarrollarán una infección en el pie; el 40% de las amputaciones no traumáticas corresponden al pie diabético infectado. El Diagnóstico y el Tratamiento inadecuado hacen que peligre el miembro y la vida del enfermo.

Caso Clínico:

Varón de 56 años, diabético insulín dependiente, comenzó con una úlcera, del primer dedo; tratado con antibióticoterapia oral; con mala evolución, hiperglucemia permanente. Acude a urgencias,; con el pie , que impresiona de gravedad y criterios de sepsis, PCR de 116; se interviene; bajo raquianestesia ; se desbridan los 3 compartimentos plantares, mejorando su vascularización; se extirpan la fascia plantar superficial, músculos y tendones necróticos; cura húmeda diaria La RMN objetiva osteomielitis del calcáneo; el cultivo detecta S. aureus meticilín resistente tratado con Linezolid iv. /4 semanas, y 4 semanas mas por vía oral, normalizándose la PCR; a los 4 meses, apoya el pie con sensibilidad plantar en 7 puntos (se adjuntara iconografía demostrativa)

Conclusión:

Ante un pie diabético infectado, se precisa tratamiento quirúrgico urgente: con desbridamiento, amputación menor, ó mayor. Obliga a descartar osteomielitis asociada; Realizaremos un desbridamiento amplio, con una puesta a plano de la infección profunda, no vale con la tunelización y drenaje, extirpando; hasta llegar a tejido sano; lavados y cura a diario con suero fisiológico y mantener el antibiótico de 6 a 8 semanas ;haciendo posible salvar la Vida y tal vez el miembro.

1) ASCARIS LUMBRICOIDES COMO CAUSA DE APENDICITIS AGUDA

Coautores: A. Pueyo Rabanal, I. Alonso Sebastián, N.Farhangmehr Setayeshi, L.de Gregorio Muñoz, M. Pérez-Seoane de Zunzunegui, A. Sánchez Ramos, M. Cea Soriano, A. Gil Pérez, C. Jiménez Ceños, K.Cuñías León, A. Colás Vicente

OBJETIVO: Presentar un caso de infestación parasitaria por *Ascaris lumbricoides*

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer 21 años, con VIH en tratamiento y carga viral indetectable, que acude a urgencias con dolor abdominal y vómitos, junto con fiebre (39°C). EF: Dolor difuso con irritación peritoneal. Analítica: Leucocitosis, lactato normal y aumento de PCR (208 mg/L). TAC abdominal: colección de 10x6 cm. que engloba apéndice cecal, causando engrosamiento de cuello uterino y ambos anejos; importante dilatación de intestino delgado objetivándose en yeyuno proximal una estructura tubular compatible con áscaris lumbricoides.

RESULTADOS

Laparoscopia exploradora: peritonitis difusa purulenta, gran dilatación de asas de intestino delgado y perforación apendicular con absceso en fosa iliaca derecha. Lavado y aspirado de cavidad, apendicectomía laparoscópica. En el postoperatorio inmediato presenta vómito con expulsión de helminto y se inicia tratamiento con Albendazol. Alta el duodécimo día postoperatorio sin complicaciones.

CONCLUSIONES

La ascariasis es una infección helmíntica con una amplia presencia en países de Asia y América Latina, con más de 1,4 billones de personas afectadas. En países desarrollados se describe con mayor frecuencia en niños y pacientes inmunodeprimidos, requiriendo tratamiento médico con fármacos efectivos como el pamoato de pirantel, mebendazol o albendazol.

Se han descrito casos de perforación, intususcepción o gangrena del intestino delgado, así como de apendicitis aguda por perforación apendicular como resultado de la obstrucción de la luz por ascaris. Sin embargo, la baja frecuencia de parásitos entre las piezas quirúrgicas de apendicectomía no permite apoyar la hipótesis etiológica de que estos causen la inflamación aguda del apéndice.

2) ADENOCARCINOMA DE COLON MUCINOSO DISEMINADO

Coautores: J.Abascal Morte, C. Jiménez Ceños, J. Gómez-Durán Michi, A. Sánchez Movilla, J. Ruipérez Sánchez, I. Alonso Sebastián, K. Cuñías León, M. Pérez-Seoane de Zunzunegui, M. Cea Soriano, A. Colás Vicente

OBJETIVOS: Presentamos un adenocarcinoma de colon diseminado que produce el cuadro clínico descrito como pseudomixoma peritonei (PMP)

MATERIAL Y METODOS

Mujer 77 años que en el 2001 se somete a una resección ileocecal por una tumoración quística retroperitoneal. AP: plastrón inflamatorio sin signos de malignidad.

En el 2007, se descubre la presencia de una tumoración en colon derecho, fistulizada a sigma. Se realiza resección íleo-cólica y sigmoidectomía, con anastomosis colo-cólica y colo-rectal. AP: adenocarcinoma mucinoso TAC y colonoscopia en mayo 2009: recidiva local a nivel de anastomosis colo-cólica. Biopsias: adenocarcinoma con diferenciación mucinosa.

RESULTADOS

Cirugía: abundante contenido mucinoso, así como numerosos implantes en cavidad peritoneal e intestino delgado. Imposibilidad para extirpar la mayor de las masas tumorales por la infiltración que produce en estructuras vecinas, por lo que se realiza cierre de laparotomía sin gesto quirúrgico alguno.

CONCLUSIONES

Muchos adenocarcinomas de colon producen mucina. Si la cantidad de mucina extracelular comprende > 50% de la masa tumoral, hablamos de carcinoma mucinoso (11-17% de cánceres colorrectales). Tienen predilección por recto-sigma, se presentan en estadios avanzados y tienen peor respuesta a la quimioterapia. El PMP hace referencia a la diseminación mucinosa producida por todo tipo de tumores (benignos y malignos). Pero la supervivencia a los cinco años en el PMP benigno es del 84%, y sólo un 7% en los casos malignos. El tratamiento estándar en el PMP es la cirugía citorreductora siempre que sea posible. En algunos centros se realiza quimioterapia intraperitoneal asociada, habiendo demostrado en algunas series aumento de supervivencia.

DR. GÓMEZ LÓPEZ, JUAN RAMÓN

Cirugía General A/ Hospital Clínico Universitario de Valladolid

PERFORACIÓN INTESTINAL, PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CÁNCER PULMONAR

Coautores: H. Núñez del Barrio, M.A. Montenegro Martín, C. Abril Vega, J. Herreros Rodríguez, A. Romero de Diego, G. Solís Palacios, J. González Perea, M. Bombín Mínguez, J.L. Robles García, P. Gago Romón

OBJETIVOS:

La primera causa de muerte por cáncer en varones españoles es el cáncer de pulmón. Las metástasis gastro-intestinales de éste son muy raras; siendo sintomáticas tan sólo en el 1,75%. Presentamos un caso de perforación intestinal por metástasis de carcinoma no microcítico de pulmón como primera manifestación del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 67 años que acude a Urgencias por abdominalgia en hemiabdomen inferior de días de evolución. Signos de irritación peritoneal con empastamiento en hemiabdomen izquierdo. En TAC, se evidencia plastrón en cuadrante superior izquierdo. Se realiza laparoscopia exploradora urgente, evidenciando lesión necrótica y ulcerada yeyunal con masa en mesenterio. Se realiza resección en cuña del yeyuno y anastomosis latero-lateral. En radiografía de tórax realizada en el postoperatorio, masa pulmonar confirmándose posteriormente el diagnóstico de Carcinoma no microcítico. El diagnóstico anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue metástasis de carcinoma indiferenciado pulmonar en yeyuno y mesenterio.

RESULTADOS:

En el postoperatorio inmediato, el paciente evoluciona tórpidamente; requiriendo reintervención por cuadro adherencial. Finalmente es dado de alta el día veinte con buena evolución clínica.

CONCLUSIONES:

- Las metástasis gastrointestinales del cáncer pulmonar pueden ser la primera manifestación clínica como cuadro de abdomen agudo.
- Las metástasis gastrointestinales se localizan con mayor frecuencia en yeyuno e ileon, siendo muy raras en mesenterio.
- En pacientes diagnosticados de cáncer pulmonar, con clínica abdominal, debemos pensar en la posibilidad de diseminación metastásica del mismo.
- El tratamiento quirúrgico es paliativo; pero puede mejorar la supervivencia.

DR. MALAVÉ CARDOZO, LUIS

Servicio de Cirugía, Hospital General de Segovia

FÍSTULA COLOCUTÁNEA TRAUMÁTICA

Coautores: P. Vázquez Santos, N. Monge Ropero, J.P. Arjona Trujillo, J. Etreros Alonso

Las fístulas colo-cutáneas traumáticas son bien conocidas por los cirujanos generales y son causadas fundamentalmente por heridas por arma de fuego, por arma blanca o accidentes de tráfico. Su tratamiento puede ser realizado mediante sutura simple en condiciones especiales (escaso tiempo de evolución, ausencia de peritonitis fecaloidea, ausencia de tensión en la anastomosis,...), o mediante derivación proximal colónica o ileal, con posterior reconstrucción del tránsito. Presentamos un caso infrecuente de fístula colónica sobre una anastomosis realizada años antes, secundaria a un traumatismo de baja energía.

Se trata de una paciente de 76 años de edad, intervenida 9 años antes por una eventración laparotómica infraumbilical incarcerada, consecuencia de una cesárea previa, que contenía en su interior colon transverso perforado en el saco peritoneal, provocando una fascitis necrotizante. Se practicó resección colónica segmentaria, extirpación del epiplon mayor, de la fascia y la grasa subcutánea gangrenadas y colostomía terminal a lo Mikulicz, corrigiendo la eventración. Tras un postoperatorio normal, en el que únicamente destaca una infección de la herida resuelta de forma conservadora, la paciente fue reintervenida 2 meses después para reconstruir el tránsito intestinal, realizando una anastomosis colo-cólica término-terminal manual, sin incidencias postoperatorias. 9 años después ingresa en nuestro Servicio por presentar en la herida del cierre de la colostomía previa, dolor y tumefacción desde 2 días antes, tras sufrir un traumatismo de baja energía sobre esa zona. Permanecía afebril y con tránsito intestinal normal. Analíticamente destacaba leucocitosis con desviación izquierda. La radiología simple no mostraba alteraciones. Mediante anestesia local y sedación se drenó una colección purulenta de pared abdominal sobre la cicatriz previa. Los signos inflamatorios cedieron con curas locales, antibioterapia parenteral y reposo digestivo, objetivándose una fístula de contenido intestinal controlada sobre la incisión. Se realizó un tránsito intestinal baritado, en el que no se identificaba fuga alguna, y un enema opaco, sin alteraciones salvo la mencionada fístula colo-cutánea. Fue reintervenida extirpando el trayecto fistuloso, incluyendo un segmento colónico con la anastomosis previa fistulizada y realizando anastomosis manual. El postoperatorio cursó sin complicaciones y la paciente permanece actualmente asintomática.

Realizamos una discusión del caso, defendiendo el cierre primario y una revisión bibliográfica de este raro tipo de fístulas secundarias a traumatismos de baja energía.

DRA. MARTÍNEZ DÍAZ, RUTH

Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Río Hortega Valladolid

OCCLUSIÓN INTESTINAL POR EVENTRACIÓN A TRAVÉS DE ORIFICIO DE TRÓCAR

Coautores: B. Pérez Saborido, J.I. Blanco Álvarez, M. Gonzalo Martín, E.Asensio Díaz, F. Labarga Rodríguez, M. Montes Manrique

Objetivo:

Caso de oclusión intestinal intervenido de urgencia en nuestro servicio por eventración a través de orificio de trócar laparoscópico.

Material y métodos:

Paciente mujer de 66 años, con antecedentes de hipotiroidismo, esclerosis múltiple, parálisis de últimos pares craneales secundario a cirugía de paraganglioma cervical con metástasis pulmonares.

Resultados:

Paciente que acude a servicio de urgencias con sospecha diagnóstica de apendicitis aguda. Se realiza apendicectomía laparoscópica 3 vías 11mm. En postoperatorio presenta cuadro de dolor abdominal sin tránsito intestinal que requiere laparoscopia diagnóstica en el octavo día postoperatorio, donde se encuentra asa intestinal encarcerada en trócar de vacío izquierdo, se retira el asa que recupera y cierra el orificio del trócar. Al cuarto día de la segunda intervención se produce de oclusión intestinal, y en TAC abdominal se observa asa intestinal encarcerada en trócar de fosa iliaca derecha. Se realiza intervención quirúrgica con apertura de incisión del trócar y apertura de orificio aponeurótico con reintroducción en cavidad abdominal y colocación de malla supraaponeurótica.

Conclusiones:

la aparición de una hernia encarcerada a través de un trócar en el postoperatorio es infrecuente (El método diagnóstico a utilizar es el TAC abdominal.

El tratamiento debe ser la reparación del orificio herniario con malla, incluso si se realiza resección intestinal.

DR. MUINELO LORENZO, MANUEL

Complejo Asistencial de León

ABORDAJE EXTRAPERITONEAL DE TUMOR RETROPERITONEAL POCO FRECUENTE

Coautores: E. Álvarez-Prida de Paz, V. Simó Fernández, L.M. Alcoba García, P. Suárez Vega, L. Ballesta Russo, M.Hernando Martín, T. González de Francisco

El ganglioneuroma es un tumor poco frecuente dentro del grupo de los neuroblastomas. Son lesiones benignas derivadas de las células nerviosas de los ganglios simpáticos. Se originan en las grandes cadenas simpáticas que se extienden desde la base del cráneo, mediastino posterior, retroperitoneo y glándulas suprarrenales.

Presentamos el caso clínico de un paciente de 39 años sin alergias medicamentosas ni enfermedades de interés. Fumador de 1.5 paq cigarrillos /día. Es remitido por el servicio de Digestivo por hallazgo de masa retroperitoneal sin clínica digestiva a excepción de diarrea ocasional y alguna molestia abdominal de perfil inespecífico. Refería pérdida en torno a los 10 Kg de peso que fue achacado a síndrome depresivo, sin deterioro del estado general. En la exploración física destaca la palpación de masa ocupante en hipogastrio.

Se realiza TAC y RMN observándose masa retroperitoneal de etiología incierta de 8 x 5,5 cms por delante del psoas ilíaco izquierdo y lateral a la aorta infrarrenal y bifurcación aortoiliaca. Provoca desplazamiento lateral patente del uréter izquierdo sin identificarse infiltración. La urografía intravenosa corrobora los hallazgos. La PAAF no es rentable para el diagnóstico etiológico. Ante el diagnóstico de masa retroperitoneal sin filiación, se plantea intervención quirúrgica.

Se realiza abordaje en línea media periumbilical totalmente extraperitoneal: exposición de aorta infrarrenal y bifurcación ilíaca con cateterismo ureteral izquierdo intraoperatorio. Observamos una masa de diámetro máximo de 10 cm cráneo-caudal paraaórtico izquierdo con extensión retroaórtica-prevertebral en íntimo contacto con ligamento vertebral común anterior. Se procede a su exéresis confirmándose encapsulación de la misma sin aspecto infiltrativo. Se deja drenaje aspirativo retroperitoneal que se retira a las 24 horas.

La anatomía patológica objetiva una proliferación de células fusiformes o estrelladas, con células de tipo ganglionar, sin observarse malignidad. Es clasificado como GANGLIONEUROMA. El paciente presentó una evolución satisfactoria, con buena tolerancia oral a las 6 horas de la intervención. Es dado de alta al 4º día postoperatorio por precisar analgesia IV por dolor de origen óseo lumbar en relación con su ubicación anatómica.

Se trata de un caso clínico sobre una patología tumoral poco frecuente, de la cual en la literatura internacional hay series cortas de casos clínicos, siendo la de mayor número de 17 casos. No consideramos necesario la PAAF ni biopsia previa para establecer la indicación quirúrgica. El abordaje retroperitoneal totalmente extraperitoneal permite una exposición quirúrgica adecuada con el beneficio de la ausencia de manipulación intestinal y descenso de la morbilidad derivada del acceso transperitoneal.

1) METÁSTASIS ÓSEAS DE ADENOCARCINOMA DUODENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Coautores: J.R. Gómez López, M^ªA. Montenegro Martín, C. Abril Vega, J. Herreros Rodríguez, A. Romero de Diego, P. Gago Romón

OBJETIVOS: El adenocarcinoma duodenal es una neoplasia infrecuente que representa el 0,3-0,4% de todos los cánceres gastrointestinales. Las metástasis óseas son muy infrecuentes. El diagnóstico diferencial de las metástasis óseas se plantea con lesiones benignas (artritis séptica, tuberculosis) y malignas (tumores primarios). Presentamos el caso de un paciente con adenocarcinoma duodenal y metástasis vertebrales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón, 36 años, sin antecedentes de interés, que ingresa para estudio de epigastralgia, náuseas, vómitos, febrícula vespertina y síndrome constitucional de meses de evolución. En gastroscopia, tumor maligno en segunda porción duodenal. El resultado de biopsias fue adenocarcinoma duodenal difuso. En TAC toraco-abdominal, adenopatías necróticas retroperitoneales y aplastamiento de L1. En RMN lumbar, signos de espondilodiscitis probablemente tuberculosa a nivel D12-L1 y L2, con destrucción parcial de L1 y absceso paravertebral. Se decide colocación de endoprótesis duodenal, tratamiento antituberculoso, drenaje y osteosíntesis de columna lumbar. Posteriormente, fue intervenido de su neoplasia duodenal siendo el tumor irreseccable. El resultado anatomopatológico de las biopsias vertebrales fue metástasis vertebral de adenocarcinoma indiferenciado.

RESULTADOS: Presentó complicaciones en el postoperatorio inmediato, requiriendo hemodiálisis por insuficiencia renal aguda. Posteriormente mejoró clínicamente y fue dado de alta. El paciente recibió tratamiento quimioterápico con supervivencia en el momento actual de un año.

CONCLUSIONES:

- El adenocarcinoma duodenal produce excepcionalmente metástasis óseas.
- En el diagnóstico diferencial de tuberculosis, debemos descartar la presencia de metástasis óseas siempre que existan otros tumores malignos concomitantes.
- Los nuevos tratamientos quimioterápicos consiguen mejorar la supervivencia de pacientes con neoplasias en Estadio IV.

2) GRANULOMA PIOGÉNICO DE ILEON: A PROPÓSITO DE UN CASO

Coautores: J.R. Gómez López, M^ªA. Montenegro Martín, J. Herreros Rodríguez, C. Abril Vega, A. Romero de Diego, P. Gago Romón

OBJETIVOS: El granuloma piogénico es un tumor inflamatorio vascular bastante común en piel y mucosas de cavidad oral, pero es muy raro en el tracto gastrointestinal. Presentamos un caso de granuloma piogénico en ileon terminal como hallazgo casual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 58 años, con antecedentes de enfermedad de Crohn. Se le realizó colonoscopia de control por su enfermedad inflamatoria intestinal, donde se evidenció una formación de aspecto polipoide en válvula ileocecal, procedente de intestino delgado. El resultado de la biopsia fue granuloma piogénico. Se decidió realizar intervención quirúrgica programada. En el acto quirúrgico se observó ileon terminal afecto con aspecto de enfermedad de Crohn y se realizó resección laparoscópica de ileon terminal y polo cecal con anastomosis latero-lateral. Se comprobó la presencia en la pieza quirúrgica de dos pólipos en ileon terminal.

RESULTADOS: La paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio inmediato, siendo dada de alta al quinto día del postoperatorio.

CONCLUSIONES

- El granuloma piogénico es una lesión benigna poco común en el tracto gastrointestinal, con cierta tendencia al sangrado, que puede ser asintomático o cursar con anemia ferropénica.
- El granuloma piogénico debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de otras lesiones polipoideas.
- Hemos encontrado descritos en la literatura siete granulomas piogénicos de localización ileal. A todos ellos se les realizó resección quirúrgica, salvo uno al que se le pudo realizar resección endoscópica.

DR. PUGA BERMÚDEZ, RAMÓN

Hospital Universitario de Guadalajara

TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA IDIOPÁTICA

Coautores: J.E. Quiñones Sampedro, V. Arteaga Peralta, F. Adel Abdulla, R. de la Plaza Llamas, J.M. Ramia Angel, J. Carlin Gatica, J. Morante, P. Veguillas Redonde, J. García-Parreño Jofre

Introducción:

La trombosis venosa mesentérica (TVM) aguda es una causa infrecuente de isquemia intestinal, representa entre el 5-10% del total de las isquemias intestinales. En el 80% de las TVM se identifica algún factor asociado: Déficit de proteínas C, proteína S, y antitrombina III, mutación del factor V de Leiden, policitemia vera, hiperfibrinogenemia, uso de anticonceptivos orales, pancreatitis, diverticulitis, apendicitis, cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca, esplenomegalia, trauma abdominal cerrado y cirugía abdominal reciente. En un restante 20% no se identifican factores denominándose idiopática como el caso que presentamos. La clínica es inespecífica, en el 90% aparece dolor abdominal de 1 a 2 semanas de evolución, el 15% presentan náuseas, vómitos, diarrea, plenitud abdominal y fiebre de 38°C. En la exploración abdominal encontramos distensión con dolor difuso y signos de peritonismo en estados avanzados. En la analítica puede existir leucocitosis con neutrofilia, aumento de la amilasa y la LDH. La Tomografía axial computarizada (TAC) abdominal con contraste intravenoso es la prueba de elección pues permite objetivar engrosamiento de la pared intestinal, neumatosis, y trombosis de la vena mesentérica hasta en el 90% de los casos. La mortalidad es entre el 20-50%, aumenta en personas mayores con enfermedades asociadas. El tratamiento inicial consiste en la anticoagulación con heparina intravenosa en perfusión durante 7 a 14 días y posteriormente con cumarínicos durante 6 meses. Cuando existe peritonismo o sospecha de necrosis intestinal esta indicada la laparotomía exploradora, se realiza resección del intestino afecto si existe, cuando hay dudas sobre la viabilidad del intestino no resecado esta indicada una segunda laparotomía en 24 horas. La tomectomía solo esta indicada cuando es reciente y se encuentra en la parte proximal de la vena mesentérica. Presentamos un caso de TVM superior idiopática.

Caso clínico:

Mujer de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus e intervenida de tiroidectomía total, en tratamiento con Omeprazol, levotiroxina, lorazepam y tevetens. Acude a urgencias por dolor abdominal de 1 semana de evolución de localización periumbilical acompañado de náuseas, vómitos y fiebre de 38°C. En la exploración abdominal encontramos dolor a la palpación profunda de forma difusa sin signos de peritonismo. Analítica: Leucocitos 12.7 (Neutrofilos 88%), D-Dímeros 823, PCR 221, resto dentro de límites normales. En TAC abdominal: Se aprecia TVM superior sin poder descartar isquemia mesentérica secundaria, líquido libre e imagen de alteración focal de la perfusión hepática. Con el diagnóstico de TVM superior y probable isquemia intestinal se decide laparotomía exploradora, visualizando mesenteritis, signos indirectos de trombosis mesentérica y afectación no isquémica de 30cm del intestino delgado a 25cm del ángulo de Treitz, ante la viabilidad del intestino no se realiza resección intestinal, se toma muestra del líquido abdominal que es informado de inflamatorio sin crecimiento bacteriano y biopsia del mesenterio como necrosis grasa. Se realiza cierre y se interconsulta con hematología que inicia tratamiento anticoagulante. El post operatorio transcurrió sin incidencias siendo dado de alta al 7º día. En consulta externa se realiza colonoscopia sin alteraciones, estudio por hematología sin encontrar alteración de los factores de la coagulación y en TAC de control a los 3 meses no se objetiva signos de trombosis venosa ni otras alteraciones.

Conclusiones:

La TVM superior es una entidad muy poco frecuente, requiere de una alta sospecha clínica que debe ser confirmada mediante el TAC abdominal. Una vez establecido el diagnóstico se debe iniciar la anticoagulación excepto si existe peritonismo o sospecha de necrosis intestinal que estará indicada la laparotomía exploradora.

DRA. RODRIGO AMADOR, VIDINA

Cirugía General/Hospital General Yagüe de Burgos

QUISTE INTRAABDOMINAL-EXÉRESIS

Coautores: S. Novotny Canals, E. Alonso Alonso, J. Ortega Seda, F. Reoyo Pascual, A. Palomo Luquero, R. León Miranda, J.L. Seco Gil

Presentamos el caso de una mujer de 71 años, dislipémica, hipertensa, con histerectomía transvaginal simple. Acude con dolor en flanco-fosa iliaca derecha de cinco días de evolución. Episodios similares previos durante un año. A la exploración abdomen blando, depresible y no doloroso, sin masas ni megalias.

Análítica Gral. y marcadores tumorales normales.

Ecografía abdominal: Tumoración quística a nivel de fosa ilíaca derecha de 11x9x11 cm, con pared fina, excepto en región caudal, donde se observa un engrosamiento antero-lateral derecho.

TAC: Tumoración quística de 12x10 cm, que desplaza asas de intestino delgado y comprime ciego.

Intervención: Masa quística en fosa ilíaca derecha, de 15 cm. de diámetro. De la cual se van despegando estructuras de intestino delgado y colon ascendente, quedando dependiente de un pedículo. Sección de pedículo por tejido sano.

Anatomía-patológica: Cavidad quística uniloculada con líquido marrón rojizo. La pared en su vertiente interna muestra zonas de apariencia herrumbrosa y espesor de 1-8 mm. Las zonas de mayor espesor muestran extensas áreas de hemorragia.

Descripción microscópica: Borramiento completo de la estructura por necrosis hemorrágica o lesión tipo infarto, sin inflamación reseñable acompañante, ni signos histológicos de malignidad.

Evolución: Favorable.

DRA. SÁNCHEZ CASADO, ANA BELÉN

Servicio de Cirugía General. Unidad de Coloproctología. Hospital Clínico de Salamanca

UTILIDAD DE LA RMN PÉLVICA PARA VALORAR LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN EL CÁNCER DE RECTO

Coautores: F. Blanco Antona, J. García García, L.M. González Fernández, F. Gutiérrez Conde, J. A.Alcázar Montero, E. Fonseca, A. Rodríguez, G. Santos, M^a M. Martín, S. Bahamonde Cabria, L. Blanco Antona, A. Gómez Alonso

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento radio-quimioterápico preoperatorio para el cáncer de recto localmente avanzado es utilizado actualmente de forma generalizada mejorando la resecabilidad de la lesión y aumentando la supervivencia de estos pacientes al disminuir las recidivas locales. La decisión de tratamiento neoadyuvante se basa en los hallazgos de la ecografía endorectal (ER) y la resonancia magnética (RMN).

OBJETIVO:

Determinar si la medida de volúmenes por RMN pre y post tratamiento, permite predecir una buena respuesta a la neoadyuvancia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos un estudio retrospectivo de 8 pacientes con tumores T3-T4, a los que se les realizó RMN (sin gadolinio) pre y post tratamiento neoadyuvante. Se realiza la medida volumétrica del tumor en cortes axiales de RMN con el Software Image Processing and Analysis in Java del National Institutes of Health (NIH), y se correlaciona con el grado de regresión de Dworak.

RESULTADOS:

De los 8 pacientes estudiados 4 eran hombres y 4 mujeres, con una edad media de 66.6 años (53 – 77 años). El estadiaje pre-neoadyuvancia por RMN fue T3N0 en 4 casos, T3N1 en 2 casos, T4N0 en 1 caso y T4N1 en 1 de los pacientes; y post-tratamiento se objetivó una regresión parcial en 5 de los pacientes (3 casos a T2N0, 1 caso T2N1 y otro T1N0). El volumen tumoral medio en las RMN pre-neoadyuvancia fue de 17,23 cc (9,31 – 33,25 cc), y de 7,02 (1,10 – 15,46 cc). La anatomía patológica fue informada como regresión mínima en 3 pacientes, moderada en 4 y casi total en 1 de los casos, sin que exista una correlación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre estos casos y las RMN.

CONCLUSIÓN:

La medida de volúmenes por RMN no se correlaciona con el grado de respuesta anatomopatológica al tratamiento neoadyuvante, si bien es preciso incluir más casos en el estudio.

DRA. SUÁREZ VEGA, MARÍA PILAR

Servicio de Cirugía General Hospital de León. Unidad de Coloproctología

A PROPÓSITO DE UN CASO: TUMOR CARCINOIDE EN CIEGO

Coautores: V. Simó, M. Muínelo, L.M. Alcoba, L. Ballesta, E. Pastor, A. Turienzo, J. Fueyo, J. Sahagún, T. González de Francisco

Introducción:

Los tumores carcinoides son un grupo heterogéneo de neoplasias derivadas de las células de Kulchitsky. La mayoría se localiza en el tracto gastrointestinal, pero pueden presentarse también en el páncreas, vesícula y vías biliares, bronquios, pulmón, ovario, tiroides, paratiroides, timo y tracto urogenital.

Se caracterizan por un patrón de crecimiento típico, su afinidad por la plata en las tinciones, la expresión de marcadores neuroendocrinos y la producción de aminas biógenas y hormonas polipeptídicas. Clásicamente se han clasificado según su presumible origen en las divisiones embriológicas del tracto intestinal. De los originados en colon, el 70% se localizan en colon ascendente, casi siempre en ciego. Cuando éstos se diagnostican, en su mayoría son tumores de 2 cm (5cm de diámetro de media) y requieren resección de colon. Las lesiones menores de 2 cm pueden ser tratadas mediante escisión local quirúrgica, o mediante resección endoscópica, sobre todo si son pediculadas.

Material y método:

Presentamos el caso de una paciente de 53 años, sin antecedentes de interés salvo colecistectomía e histerectomía. Derivada desde el Servicio de Digestivo; en la anamnesis clínica sólo destacaba el dato de diarrea, de un año de evolución sin productos patológicos, sin fiebre ni pérdida de peso objetivada.

No refería episodios de rubefacción ni ninguna otra clínica que sugiriera síndrome carcinoide.

A la exploración física en la paciente se objetiva obesidad, con piel y mucosas normocoloreadas y profundidas. La paciente presenta un abdomen globuloso, blando, depresible, no doloroso y se observa cicatrices de colecistectomía laparoscópica y Pfannestiel.

En la colonoscopia se observa masa vegetante por encima de la válvula ileocecal y en la ecografía abdominal se descarta la existencia de LOES hepáticas.

El estudio preoperatorio es normal (ASA I), con datos analíticos de Hb 14.4, leucocitos 4600 (67%N), TP 100%, CEA 1.06 Ca 19.9: 5.5, Ác 5-OH indolacético 40.5.

Es programada para cirugía electiva llevándose a cabo una hemicolectomía derecha laparoscópica en la que se evidencia como hallazgo una proliferación neoplásica en ciego exteriorizada a serosa.

En el estudio anatomopatológico se describe como tumor neuroendocrino bien diferenciado etiquetado como tumor carcinoide de células argentafines de la válvula ileocecal, cromogranina-positivo. Presentaba metástasis en 5 de 14 ganglios linfáticos aislados, sin infiltración peritoneal.

La paciente no recibió tratamiento neoadyuvante al no existir evidencia de metástasis a distancia

Conclusiones:

Los tumores carcinoides son tumores muy poco frecuentes y se diagnostican de forma tardía por su presentación clínica, con lo que conllevan un peor pronóstico.

Los principales factores pronósticos son el estadiaje del tumor, el patrón histológico, grado de diferenciación, grado nuclear

DRA. ZORRILLA MATILLA, LAURA PATRICIA

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

COMPLICACIÓN INUSUAL DE UNA ENDOPRÓTESIS ESOFAGOYEYUNAL EN PACIENTE CON FÍSTULA DE LA ANASTOMOSIS TRAS GASTRECTOMÍA TOTAL

Coautores: J. Beltrán de Heredia y Rentería, M. Pérez Miranda, J. Ortiz de Solórzano, M. Revuelta del Peral, J. García Castaño, I. López, M. Juárez Martín, F. Moreno Racionero

OBJETIVOS:

Presentamos una complicación inusual de una endoprótesis esofágica en paciente con fístula esofagoyeyunal tras gastrectomía.

MATERIAL Y METODOS :

Mujer de 51 años diagnosticada de cuatro tumores carcinoides gástricos mayores de 1 cm de tamaño y masa sugestiva de metástasis en timo. Se practicó gastrectomía total y reconstrucción en Y de Roux complicándose con fístula, tratada con endoprótesis.

RESULTADOS:

El postoperatorio cursó con fistula esofagoyeyunal tratado con endoprotesis y absceso subfrénico que fue drenado con PigTail. Al mes se aprecia persistencia de la fístula colocándose previa retirada de la anterior , nueva endoprótesis de mayor longitud, que se retira a los 15 días produciéndose laceración y arrancamiento de la mucosa del esófago que fue interpretada por el endoscopista como perforación esofágica a nivel de la anastomosis por lo que fue intervenida quirúrgicamente de urgencia, descartando dicha perforación y visualizando buen estado de la anastomosis que se confirmó a través de esófagograma intraoperatorio,realizandose yeyunostomía de alimentación. Posteriormente se realizaron controles radiológicos que descartaron estenosis y fugas de contraste en la anastomosis. La paciente evolucionó favorablemente siendo dada de alta con buena tolerancia oral.. A los 5 meses se comprueba con esofagograma la ausencia de estenosis.

CONCLUSIONES:

El arrancamiento o stripping de la mucosa esofágica es una complicación inusual de las endoprótesis esofágicas, en casos de fístulas por gastrectomía.

En nuestro caso evolucionó sin estenosis ni otras secuelas con tratamiento conservador y yeyunostomía de alimentación.



LEÓN
10, 11 Y 12 - JUNIO - 2010

VIERNES 11 DE JUNIO: 08:15 a 10:00 hrs.

SALA 1-AUDITORIO

Vídeos coloproctología

Moderadores:

- Dr. José Luis Álvarez Conde
Complejo Asistencial de Palencia
- Dr. Vicente Simó Fernández
Complejo Asistencial Universitario de León

DR. ALONSO ALONSO, EVELIO

Hospital General Yagüe de Burgos

TEM. ANASTOMOSIS CIRCULAR COMPLETA

Coautores: X.Serra,I.Lopez Botín,M.A.Álvarez,A.Eldabe,S.A.Novotny Canals,J.A Ortega Seda,J.F. Reoyo Pascual,A. Palomo Luquero,R. León,V.A Rodrigo ,J.L. Seco Gil

OBJETIVO

Analizar la idoneidad de la Microcirugía Endoscópica Transanal (TEM) para realizar una exéresis de pared rectal completa, con márgenes laterales adecuados, de un manguito rectal de 6 cm de longitud, y su posterior anastomosis íntegra.

MATERIAL Y MÉTODO

La paciente es una mujer de 89 años, enviada a nuestro Servicio desde otro Centro. Sin antecedentes personales patológicos de interés, refiere rectorragias ocasionales, por lo que fue estudiada y diagnosticada; a 9 cm de márgenes presenta una tumoración pediculada, en cara postero-lateral derecha, con un tamaño de 4-5 cm. Dicha masa fue compatible con un adenocarcinoma sobre pólipo adenomatovelloso, estudiado según rectoscopia, TAC tóraco-abdomino-pélvico, ecografía endorrectal y RMN pélvica como T1 N0 M0. Consentimiento Informado firmado, la paciente acepta este tipo de abordaje, realizado íntegramente con el utillaje de STORZ. La duración de la intervención fue de tres horas, sin pérdidas hemáticas y sin incidencias anéستésicas para la paciente.

En decúbito prono, se realizó tacto rectal y rectoscopia de confirmación de la localización de la lesión, un gran pólipo pediculado, con la cara anterior rectal libre. Se reseca completa y laboriosamente, con ayuda del bisturí armónico ETHICON, observando un pedículo en espiral en sentido proximal, que deja tras la exéresis completa un manguito rectal resecaado de 6 cm de longitud. El rectosigma proximal, retraído, se aproxima sin tensión al borde distal del recto, y se realiza la anastomosis circunferencial completa, por cuadrantes, debiendo modificar la posición del paciente a posición de navaja para completarla.

RESULTADOS

La paciente fue dada de alta sin complicaciones al tercer día de la intervención. La anatomía patológica de la misma fue de un adenocarcinoma bien diferenciado, intramucoso, sobre pólipo adenomato-velloso, respetándose márgenes laterales en al menos 5mm, y con margen radial también respetado.

CONCLUSIONES

Se demuestra este tipo de abordaje como idóneo en casos seleccionados, evitándose posibles complicaciones de cirugías alternativas más agresivas.

DR. ASENSIO DÍAZ, ENRIQUE

Cirugía General. Hospital Universitario Río Hortega

REPARACIÓN DE FÍSTULA RECTOVAGINAL RECIDIVADA CON IMPLANTE BIOLÓGICO PORCINO

Coautores: V. Resines Llorente, M. Montes Manrique, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo Martín, M. Ruíz Vela, A. Anta Román.

Introducción:

La fístula rectovaginal es una patología poco frecuente que se puede producir por diversas causas, de las cuales las más frecuentes son neoplásicas, inflamatorias, actínicas o por traumatismo quirúrgico u obstétrico. De ellas, las secundarias a radioterapia son las de más difícil tratamiento por su tendencia a la recidiva con gran frecuencia.

Material y métodos:

Se envía la grabación de una intervención quirúrgica por fístula rectovaginal recidivada en tres ocasiones que fue enviada a nuestro servicio para intento de reparación. Debido a las intervenciones previas con fracaso de distintas técnicas quirúrgicas, se decide reparación de fístula rectovaginal mediante interposición de prótesis biológica de colágeno porcino en tabique rectovaginal y cobertura de la misma con colgajo de avance mucoso rectal.

Resultados:

A los dos meses tras la intervención, la paciente se encuentra asintomática y sin recidiva de la fístula recto vaginal, si bien el tiempo de seguimiento es aun corto para evaluar definitivamente el resultado.

Conclusiones:

El tratamiento de las fístulas rectovaginales es en ocasiones complejo debido a la gran facilidad de dicha patología para recidivar. En concreto, las que se producen tras un tratamiento con radioterapia son de más difícil manejo por las consecuencias histológicas de un tejido irradiado e inflamado por el paso continuo de heces de recto a vagina. Se envía vídeo de una técnica para tratamiento de estas fístulas, que a tenor de la literatura revisada es segura y tiene buenos resultados, y que consiste en la implantación de una lámina protésica de colágeno porcino para reforzar el tabique rectovaginal fistulizado con posterior cobertura por colgajo de avance mucoso rectal.

DR. BLANCO ÁLVAREZ, JOSÉ IGNACIO

Cirugía General del Hospital Universitario Río Hortega

MALLA PARA PREVENIR HERNIAS PERICOLOSTÓMICAS EN LA AAP POR LAPAROSCOPIA

Coautores: E. Asensio Díaz, M. Montes Manrique, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo Martín, P. Rodríguez Vielba, C. Novo Alonso, J.L. Marcos Rodríguez, A. Anta Román

OBJETIVO:

se presenta el video de una amputación abdominoperineal por neoplasia de recto distal en el que se utiliza por primera vez en nuestro medio una malla para prevenir hernias pericostómicas por vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 59 años diagnosticado de neoplasia de recto que afecta esfínteres, y que tras RT y QT, se interviene para AAP. El paciente adelgazó aproximadamente 15 kg durante el proceso proponiendo la utilización de una novedosa malla para evitar futuras hernias peri- y paracolostómicas, ya que, cuando recupere su peso habitual, la presión intraabdominal se dirigirá a la zona más débil de la pared, osea, a la colostomía, que se comportará como una hernia entre las fibras del músculo recto anterior izquierdo.

El porcentaje de hernias pericostómicas es muy alto sin poder dar cifras concretas. La mayoría de pacientes portadores de colostomías definitivas en FII de cualquier etiología, presentan mayor o menor grado de hernia que nunca se interviene porque el paciente convive con ella, salvo que muestre otros síntomas añadidos que obliguen a pasar por quirófano.

El video muestra como se ha de colocar correctamente la malla siempre después de realizar la colostomía y con una serie de detalles técnicos que facilitan su anclaje.

RESULTADOS:

Prevenir las hernias peri y paracolostómicas.

CONCLUSIONES:

La malla para prevenir hernias pericostómicas en pacientes con colostomías terminales se coloca con facilidad tanto en cirugía abierta como cerrada y aunque alarga el tiempo operatorio puede evitar futuras cirugías en la zona con un beneficio económico importante.

DR. DURÁN GIMÉNEZ-RICO, HIPÓLITO

Hospital Madrid Norte San Chinarro

TEM EN EL CÁNCER DE RECTO T2N0

Coautores: E. Esteban Agustí, P.Galindo Jara, M.Marcello Fernández, E.Díaz Reques, Y.Quijano Collazo, E.Vicente López

Introducción y objetivos:

La microcirugía endoscópica transanal (TEM) posibilita la exéresis de grandes adenomas y ciertos cánceres de la ampolla rectal, evitando la resección anterior baja o la amputación abdominoperineal. Presentamos un vídeo en el que se detallan aspectos técnicos en una resección mediante TEM de un cáncer de recto que en dirección próximo-caudal se extiende desde 8cm del margen anal, en la ampolla, hasta 3cm del margen, en el canal anal. En la resonancia magnética y en la ecoendoscopia el estadio es T2N0.

Caso clínico:

Paciente de 80 años de edad con el diagnóstico de neo de recto que desde el canal anal se extiende hasta la ampolla rectal. Estadio T2N0. En sesión clínica multidisciplinar se decide tto neoadyuvante con quimioterapia oral radiosensibilizante, capecitabina 875mg/m², concurrente con Radioterapia en ciclo corto durante 15 días. Se realiza el TEM 6 semanas después de finalizado el tto neoadyuvante. El postoperatorio discurre sin incidencias. La presentación del vídeo servirá así mismo para discutir las indicaciones del TEM en neoplasias T1N0 y en neoplasias T2N0 tras tto neoadyuvante con Qt y Rt

DR. REOYO PASCUAL, JOSÉ FELIPE

Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Asistencial de Burgos

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UN MUCOCELE APENDICULAR

Coautores: M.A. Álvarez Rico, E. Alonso Alonso, J.A. Ortega Seda, R. León Miranda, S. Novotny Canals, J.M. Aguado García, M. Sánchez Carrasco, M. de la Plaza Galindo, J.L. Seco Gil

INTRODUCCIÓN

El mucocele apendicular es un apéndice dilatado secundario a obstrucción por material mucoide debido a distintas causas. Pueden ser benignos o malignos, y éstos últimos si se asocian a perforación pueden desarrollar pseudomixoma peritoneal.

CASO CLÍNICO

Varón de 80 años sin antecedentes de interés que acude por dolor hipogástrico irradiado a ambas fosas ilíacas de 18 horas de evolución, sin presentar más síntomas. A la exploración: febrícula, abdomen distendido con dolor y defensa muscular a nivel hipogástrico. Analíticamente, 10300 leucocitos (66,3%N), PCR 121. Ecografía abdominal: a nivel hipogástrico, estructura dependiente de ciego de 62 mm de diámetro sospechoso de apéndice muy distendido, posible mucocele apendicular. Se indica cirugía urgente mediante laparoscopia encontrando mucocele apendicular de 15 x 9 cm y se realiza liberación y sección del mesoapéndice con electrocoagulación y de amplia base apendicular con endograpadora. Se extrae el apéndice en bolsa.

La A.P de la pieza viene informada como cistoadenoma mucinoso borderline.

El paciente es dado de alta el 2º día postoperatorio por presentar buena evolución

DISCUSIÓN

Tradicionalmente, ante el riesgo de ruptura de mucocele, se ha recomendado la vía abierta para su abordaje quirúrgico. En los últimos años, dada la especialización de los medios y de la técnica, en casos en los que exista indemnidad de la pared y valorando la extensión del proceso y la dificultad de la exeresis, la laparoscopia puede ser, como en el caso presentado una opción válida y resolutive.

DR. RESINES LLORENTE, VICENTE

Cirugía General. Hospital Universitario Río Hortega

RESULTADOS PROVISIONALES DEL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS PERIANALES COMPLEJAS CON GORE BIO-A® FÍSTULA PLUG

Coautores: E.Asensio Díaz, M.Montes Manrique, F.Labarga Rodríguez, R.Martínez Díaz, M.Gonzalo Martín, A.Anta Román

Introducción:

Las fístulas perianales constituyen una patología bastante frecuente dentro de nuestra especialidad. Pretendemos mostrar nuestra evaluación provisional en cuanto al tratamiento de las fístulas perianales con GORE BIO-A® Fístula Plug.

Material y métodos:

Desde la aparición en España del tapón GORE BIO-A® Fístula Plug para el tratamiento de fístulas perianales complejas, se han colocado en nuestro hospital 8 implantes de dicho tipo desde Noviembre de 2009 hasta Abril de 2010. Hemos analizado, de forma aún provisional debido al corto periodo de tiempo transcurrido desde su aparición, las características principales de este producto en cuanto a su uso puramente técnico así como los resultados de forma general que hemos tenido en los pacientes tratados.

Resultados:

Hemos recurrido a diversas variaciones puntuales en la técnica de colocación de este tapón y en los sistemas de fijación del mismo tras su colocación. En cuanto a los resultados en los primeros pacientes tratados, de los 8 casos, hemos tenido una recidiva de la fístula y una expulsión espontánea de la prótesis. Los otros 6 pacientes han evolucionado favorablemente y tras un seguimiento de entre 2 y 6 meses se encuentran asintomáticos y sin recidiva de su patología.

Conclusiones:

El GORE BIO-A® Fístula Plug es un sistema novedoso para el tratamiento de las fístulas perianales complejas, y hemos pretendido evaluar de forma provisional el manejo y los resultados de este implante. Los resultados son aún provisionales por el corto periodo de tiempo transcurrido, pero nos parece un buen recurso para el manejo de esta difícil patología.

DRA. SÁNCHEZ CASADO, ANA BELÉN

Unidad de Cirugía colo-rectal. Hospital Universitario de Salamanca

CLOACA ANO-VAGINAL: TRATAMIENTO MEDIANTE COLGAJO DE CORMAN

Coautores: .M. González Fernández, J.A. Alcázar Montero, F. Gutiérrez-Conde, F.Blanco Antona, J. García García

Se presenta el caso de una paciente con desaparición del tabique rectovaginal (cloaca ano-vaginal) por desgarro obstetrico

El primer tiempo de la intervencion consiste en una colostomia derivativa (que se realiza por laparoscopia) La reparacion del defecto se hace tallando un colgajo en alas de mariposa y realizando esfinterorrafia del esfinter externo y aproximación de los musculos elevadores .Finalmente la sutura de los bordes de los colgajos permite la reconstruccion del tabique recto-vaginal .

DR. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, JAVIER

Cirugía General Hospital Medina del Campo

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS (POP)

Coautores: M. Toledano Trincado, M.L. Martín Esteban, B.Rodríguez, M.J. Luque, H. Núñez, J.C. Martín del Olmo

INTRODUCCIÓN:

El prolapso genital es una patología cuya prevalencia sitúan algunas series en más del 50%, y en el 10-20% es sintomático. El 30% de los problemas de estática pelviana afecta a los 3 compartimentos, urinario-genital-digestivo. El traumatismo obstétrico, el esfuerzo defecatorio repetido, el efecto de las alteraciones hormonales en el tejido conectivo de la pelvis, el aumento de la presión intraabdominal, la axonotmesis pudenda y la histerectomía previa son los factores que favorecen estas alteraciones.

La cirugía laparoscópica otorga en muchos casos solución combinada de los tres compartimentos.

MATERIAL Y METODOS.

Presentamos un video donde mostramos nuestra serie y la forma en la que abordamos el POP con la intervención de un equipo multidisciplinar formado por cirujanos, urólogos y ginecólogos. En él observamos distintos pasos importantes de la técnica como la apertura de la fascia presacra, la identificación y aislamiento del plexo hipogástrico, la identificación y disección de las arterias rectales superior y media, la tunelización del alerón derecho, la disección del músculo elevador del ano, la colocación de las prótesis en cúpula vaginal y/o la pared anterior rectal con fijación a promontorio y la reperitonización de la reflexión peritoneal.

RESULTADOS.

En nuestra experiencia de 17 casos, conjunta con los Servicios de Urología y Ginecología, la realización de rectoperineopexias por vía laparoscópica es una opción quirúrgica válida para los prolapsos rectales por pulsión así como para los rectoceles grandes puros o acompañados de histero o colpoceles, en cuyo caso indicaremos la colporectoperineopexia laparoscópica.

DISCUSIÓN.

El prolapso genital, acompañado o no de disfunción urinaria, anal o sexual, debe evaluarse de forma global para seleccionar el tratamiento apropiado. El rectocele y el enterocele son las afecciones propias del compartimento perineal posterior, aunque también pueden aparecer secundariamente a un fallo del compartimento central, en estos casos la colporectoperineopexia laparoscópica otorga una buena corrección anatómica de los dos compartimentos. En caso de enterocele aislado preferimos la colporectoperineopexia con douglasectomía asociada o no a resección sigmoidea. El rectocele puro debe tratarse por vía perineal aunque la vía laparoscópica combinada con la perineal obtiene mejores resultados en los grandes rectoceles, ya que suelen asociarse a patología del compartimento medio por tracción.. El colpocele debe tratarse con colpoperineopexia e histerectomía laparoscópica.

CONCLUSIONES.

La cirugía mínimamente invasiva del suelo pélvico aporta actualmente menos morbilidad en el abordaje abdominal de los defectos anatómicos y funcionales del suelo pélvico con resultados estéticos y funcionales muy buenos, que incluso están cambiando las indicaciones de abordaje por vía perineal en casos concretos.

DRA. SUÁREZ VEGA, MARÍA PILAR

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo . Unidad de Coloproctología. Complejo Asistencial de León

AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL LAPAROSCÓPICA. COMPARACIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MUJER VS HOMBRE

Coautores: V. Simó, M. Muinelo, L.M. Alcoba, L. Ballesta, E. Pastor, J. Fueyo, A. Turienzo, T. González de Francisco

Introducción:

La cirugía laparoscópica como técnica mínimamente invasiva proporciona una serie importante de ventajas en el tratamiento del cáncer colorectal. Se han demostrado los beneficios respecto a la morbilidad y la estancia hospitalaria. El tiempo libre de enfermedad, tasa de recurrencia y la supervivencia total son similares en los grupos comparando la resección laparoscópica vs la vía abierta.

Las diferencias en cuanto a la anatomía estriban en la diferente configuración anatómica de la pelvis, siendo ésta más estrecha en el hombre respecto a la de la mujer y por lo tanto con un peor acceso y visibilidad.

Caso clínico

Presentamos a través de un vídeo dos intervenciones realizadas vía laparoscópica a dos pacientes (hombre vs mujer) con adenocarcinoma de recto estadio pT3N1 y pT2N1, respectivamente por RMN y ecoendoscópico.

Previo a la intervención se realizó tratamiento neoadyuvante con Rt+Qt ciclo corto de 2 semanas en el caso del hombre y se desestimó en sesión conjunta con Oncología-Radioterapia en el caso de la mujer.

En el video se pueden apreciar las diferencias anatómicas, de exposición y dificultad técnica que supone el intervenir a un paciente dependiendo de su sexo. Éste influye sobre todo en el despegamiento anterior. En los varones la disección en el tiempo de despegamiento anterior se prosigue entre la cara anterior de la aponeurosis prostatoperitoneal de Denonvilliers por detrás y las vesículas seminales y luego la próstata por delante; pudiendo volverse difícil si la pelvis es especialmente estrecha. Lateralmente, por fuera de la aponeurosis existe riesgo de traumatismo nervioso al discurrir a cada lado el nervio cavernoso, que nace del plexo pélvico y se dirige hacia la cara posterolateral de la próstata, acompañado por un pedículo vascular paquetes neurovasculares de Walsh.

En el caso de mujeres, la disección prosigue en contacto con la cara anterior del tabique rectovaginal que forma la parte anterior de la hoja parietal de la fascia pélvica.

Como en los varones, se debe llevar la disección lo más abajo posible hacia los músculos elevadores del ano antes de abrir el tabique rectovaginal para entrar en contacto con el recto. En el caso de mujeres no histerectomizadas la suspensión del útero en la pared anterior facilita la disección.

Realizamos exéresis total de mesorrecto con preservación del plexo hipogástrico y pélvico, hasta plano de los elevadores.

Conclusiones

La diferente configuración anatómica dependiendo del sexo el paciente determina una serie de particularidades técnicas.

La cirugía laparoscópica proporciona menor morbilidad, menor dolor postoperatorio, menor requerimiento analgésico, más pronta movilización y una más pronta recuperación de la función intestinal y menor estancia hospitalaria. El tiempo libre de enfermedad, supervivencia total y tasa de recurrencia es similar entre los grupos intervenidos vía abierta y laparoscópicamente. No hay diferencia en el número de ganglios, el margen libre y en la integridad del mesorrecto, por lo que es una opción segura a la hora de tratar la patología maligna de colon y recto.

Si bien es necesario explicar que uno de los factores en contra de esta vía de abordaje es el mayor tiempo operatorio y el mayor coste económico.



LEÓN
10, 11 Y 12 - JUNIO - 2010

VIERNES 11 DE JUNIO: 08:15 a 10:00 hrs.

SALA 2

Videos miscelánea

Moderadores:

- Dr. Carlos Marcelo Francos Von Hünefeld
Complejo Asistencial de Ávila
- Dr. Emilio Álvarez-Prida de Paz
Complejo Asistencial Universitario de León

1) LIPOMA GIGANTE RETROPERITONEAL IZQUIERDO. EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA.

Coautores: J.H. Amón, M. Cepeda, P. Pinto, A. Barrera Rebollo, M. Montes Manrique, E. Asensio Díaz, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo Martín, A. Anta Román

OBJETIVO: Demostración de la técnica quirúrgica para extirpar tumoración retroperitoneal por vía laparoscópica transperitoneal lateral.

PACIENTE Y MÉTODOS

Mujer de 39 años con diagnóstico de diverticulitis aguda sigmoidea ecográfica. En seguimiento posterior TAC observa imagen de 10 cm perirrenal izquierda compatible con lipoma vs liposarcoma. RMN: lesión en espacio perirrenal izquierdo de 8 x 8 x 9 cm, encapsulada, con efecto masa sobre cola pancreática, suprarrenal izquierda y colon que se encuentran desplazados anteriormente. No septos ni zonas sólidas siendo compatible con lipoma retroperitoneal. Estudio hormonal normal.

RESULTADOS

Paciente en decúbito lateral derecho con mesa articulada 30 grados región lumbar. Veress línea axilar anterior donde trocar óptico de 10 mm (endoalpha 30º, olympus). Neumoperitoneo 12 mm. Colocación resto trócares hasta cinco precisando segundo separador. Electrocoagulador bipolar es de gran utilidad y sellador de vasos 10 mm que también disecciona. Decolación ángulo esplénico colon observando gran tumoración. Disección de vasos gonadales y renales. Liberación glándula suprarrenal izquierda comprimida así como toda la fascia Gerota al confundirse con tumor.

Disección masa separando cola de páncreas y bazo en otro plano. Se introduce el tumor en bolsa ampliando puerto a 4 cm para extracción tras lavado y hemostasia del campo. Redon aspirativo sin conectar. Duración intervención: 2 horas 20 minutos. Anatomía patológica: lipoma.

CONCLUSIONES

Creemos que la exéresis del gran lipoma retroperitoneal es una técnica útil, segura, eficaz y que añade las ventajas laparoscópicas como pronta recuperación, disminución dolor y analgésicos, deambulacion precoz y disminución de estancia hospitalaria.

2) FEOCROMOCITOMA SUPRARRENAL DERECHO ASINTOMÁTICO. EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA

Coautores: E. Asensio Díaz, M. Montes Manrique, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo Martín, J.C. Sarmentero Prieto, J.L. Marcos Rodríguez, A. de Anta Román

OBJETIVO: Realizamos adrenalectomía laparoscópica derecha en una mujer de 51 años con un feocromocitoma de 5 cm de diámetro. El tiempo quirúrgico se alargó por sangrados al tratarse de un tumor muy vascularizado. La paciente fue dada de alta al 5º día. Hemos utilizado esta vía de abordaje por sus ventajas.

PACIENTE Y MÉTODOS

Paciente remitida a cirugía para intervenir de feocromocitoma suprarrenal derecho asintomático salvo tensiones de 130-150/80-100 mm Hg, no presentando nunca ni taquicardia ni diarreas ni "flushing" facial. La prueba de MIBI es sugestiva y presenta aumentos en orina de MVA y noradrenalina.

El TAC muestra nódulo que crece hasta 5 cm de diámetro en 2 años.

Se llevó a cabo suprarrenalectomía derecha dificultosa con 4 trócares vía transperitoneal lateral en decúbito lateral izquierdo observando localización de la vena suprarrenal derecha alta que dificultó su clipado hasta última hora. La paciente toleró al 2º día y fue dada de alta sin drenaje y sin analgésicos.

RESULTADOS

La paciente acudió a urgencias por dolor cólico abdominal y al realizar ecografía, se observó nódulo suprarrenal derecho que después se estudió con otras técnicas de imagen corroborando el diagnóstico. En un principio seguido por endocrinología pero, al aumentar el tamaño y mantener tensiones altas (130/85), se decide cirugía laparoscópica del feocromocitoma derecho al ser secretor de catecolaminas. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

CONCLUSIONES Cuando está indicada la cirugía en los feocromocitomas suprarrenales, la cirugía laparoscópica se ha convertido en el abordaje de elección.

DRA. GONZÁLEZ SÁNCHEZ, CARMEN

Servicio de Cirugía General y Ad. Unidad de C. Endocrina. Hospital Universitario de Salamanca// Servicio de Cirugía del Hospital Virgen de la Concha de Zamora ()*

ADENOMA SUPRARRENAL IZQUIERDO PRODUCTOR DE ALDOSTERONA EN EL CONTEXTO DE ENFERMEDAD DE CUSHING

Coautores: G.Franch Arcas (), A. Abdellah, N. Macías, R. Peláez, A. Gómez Alonso*

INTRODUCCIÓN:

Presentamos el caso clínico poco frecuente de un paciente que en el contexto de su enfermedad de Cushing desarrolla un adenoma suprarrenal izquierdo productor de aldosterona.

OBJETIVO:

Mostrar los diferentes pasos diagnósticos que se siguieron hasta su diagnóstico y el tratamiento laparoscópico realizado para la curación del paciente.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 55 años con antecedente de HTA, hipopotasemia en tratamiento con aldactone y ketokonazol. hemihipofisectomía derecha por enfermedad de Cushing hace 2 años con residuo postquirúrgico hipofisario de 2mm secretor de ACTH. Es tratado con radiocirugía hace 9 meses. Durante sus estudios de revisión se diagnostica una tumoración de 2 cm en suprarrenal izquierda en RMN y angiotac. Se realiza sampling de ambas venas suprarrenales confirmando que dicha tumoración suprarrenal izquierda es productora de aldosterona. Se presenta al comité de cirugía endocrina decidiéndose tratamiento laparoscópica de dicho adenoma izquierdo.

Se realiza suprarrenalectomía izquierda laparoscópica vía transperitoneal lateral con 4 puertos. La glándula suprarrenal se encontraba aumentada de tamaño (9cm) como corresponde a la enfermedad de Cushing con una tumoración cortical de 2 cm bien delimitada sin adherencias a órganos vecinos. La anatomía patológica confirma el adenoma cortical junto a la hiperplasia suprarrenal propia de la enfermedad de Cushing. La evolución del paciente ha sido favorable con normalización de la potasemia en sangre y valores normales de tensión arterial.

CONCLUSIONES:

A pesar de ser poco frecuente la coexistencia de enfermedad de Cushing e hiperaldosteronismo primario puede ser motivo de tratamientos multidisciplinarios en los que el papel de la laparoscopia para el tratamiento del adenoma resulta de gran beneficio para el paciente.

DR. GONZÁLEZ ELOSUA, TOMÁS

Servicio de Cirugía General. Hospital Infanta Sofía de Madrid

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA LUMBAR RECIDIVADA

Coautores: J. Garijo Álvarez, T. Galeote Quecedo, D. Sánchez, F. del Castillo Díez, L. García-Sancho Téllez, J. Torres Jiménez

OBJETIVOS

Las hernias lumbares son un grupo infrecuente de defectos anatómicos de la pared abdominal, con una tasa relativa de fracasos en su reparación moderada.

Las técnicas anatómicas abiertas están descritas desde 1907, y el abordaje abdominal se empieza a comunicar en 1997.

Presentamos nuestra técnica laparoscópica para el abordaje y tratamiento de esta rareza patológica.

MATERIAL Y METODO

Varón de 79 años, con EPOC, intervenido a los 60 años de una hernia lumbar superior, con una herniorrafia anatómica (sin descripción exacta de la técnica), que presenta una eventración o recidiva del defecto herniario de 5 años de evolución. Las pruebas de imagen (TAC) confirman el diagnóstico.

Se aborda en decúbito lateral derecho forzado, con tres puertos de 10 Mm. en hipocondrio y vacío izquierdo. Utilizamos una óptica de 10 Mm. / 30º y material de laparoscopia convencional. Se coloca una malla de doble capa (BARD) y se fija con Tackers®.

RESULTADOS

No fue necesaria la conversión a vía laparotómica, sin pérdida de sangre y con un tiempo quirúrgico de 75 min.

La necesidad de analgesia postoperatoria fue muy reducida y se le descargó del hospital a las 48h.

CONCLUSIONES

A pesar de que no existen trabajos a largo plazo concluyentes que demuestren claramente la superioridad de estas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, la bibliografía revisada abunda en este camino, por su menor dolor, más corta estancia hospitalaria y menor agresión sobre la pared abdominal resultante.

El grupo de autores cree que es una técnica segura, reproducible y que se beneficia de las ventajas bien demostradas, asociadas a la cirugía laparoscópica en general.

DRA. NÚÑEZ DEL BARRIO, MARÍA HENAR

Cirugía General. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

APENDAGITIS EPIPLOICA AGUDA

Coautores: M^a A. Montenegro Martín, J.R Gómez López, C. Abril Vega, A. Romero de Diego, J. Herreros Rodríguez, P. Gago Romón

OBJETIVOS

La apendagitis aguda (cuadro clínico producido por la torsión, isquemia o inflamación de los apéndices epiploicos) se considera una patología infrecuente, pero probablemente es más común de lo mencionado en las publicaciones. Esta entidad plantea dudas diagnósticas con otros cuadros de abdomen agudo como la apendicitis aguda y la diverticulitis aguda. Presentamos un caso de apendagitis aguda recurrente.

MATERIAL Y METODOS

Mujer, 64 años, con antecedentes de torsión de apéndice epiploico, sugiriendo un cuadro de apendicitis aguda, que requirió intervención quirúrgica. Acude a Urgencias por dolor abdominal en cuadrante inferior izquierdo de tres días de evolución acompañado de náuseas. A la exploración signos de irritación peritoneal, sobre todo en cuadrante inferior izquierdo. Se realiza TAC abdominal, objetivándose aumento de densidad grasa que podría corresponder a infarto omental. Se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparoscopia exploradora, evidenciándose apéndice epiploico torsionado y gangrenado, a nivel de colon transversal, realizando exéresis del mismo.

RESULTADOS

Evolución favorable en el postoperatorio inmediato, siendo dada de alta a las 36 horas de la intervención.

CONCLUSIONES

- La apendagitis aguda debe considerarse en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo.
- El escaso aporte sanguíneo, forma pediculada y libre movilidad de los apéndices epiploicos favorece la torsión e isquemia de los mismos.
- La TAC es una prueba diagnóstica útil para el diagnóstico preoperatorio de esta entidad.
- La cirugía mínimamente invasiva permite el diagnóstico y el tratamiento de aquellos cuadros de abdomen agudo de dudosa etiología.

DR. REOYO PASCUAL, JOSÉ FELIPE

Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Asistencial de Burgos

EVENTROPLASTIA SILS

Coautores: M.A. Álvarez Rico, E. Alonso Alonso, J.A. Ortega Seda, R. León Miranda, S. Novotny Canal, J.M. Aguado García, E.B. García-Plata Polo, J.L. Seco Gil

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el desarrollo de nuevas técnicas como la cirugía laparoscópica con puerto único (SILS), está permitiendo ampliar el concepto de mínima invasión siendo de gran utilidad y aplicable en patología quirúrgica habitual.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 46 años intervenida por cáncer de recto y posterior eventración de línea media por vía laparoscópica hace un año que presenta en la actualidad tumoración en región supraumbilical de unos 3 cm de diámetro que se reduce con facilidad, compatible con recidiva de eventración. Se realiza intervención quirúrgica con introducción de trócar SILS con 3 puertas de entrada realizando, en primer lugar, liberación de múltiples adherencias a la antigua malla y colocando malla bilaminar fijada con grapas reabsorbibles. Se cierra el orificio de trócar mediante malla Ventralex. La paciente es dada de alta al día siguiente de la intervención por presentar buena evolución. A los dos meses es revisada en consulta, permaneciendo la paciente asintomática y con exploración abdominal normal.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que la eventroplastia mediante el abordaje por puerto único, es segura y factible en cirujanos experimentados en laparoscopia y aún en eventraciones complejas y recidivadas como el caso presentado, resulta una técnica novedosa y muy resolutiva

DRA. VAQUERO PÉREZ, MARÍA ANTONIA
Cirugía General/ Hospital Infanta Sofía

PUERTO ÚNICO EN EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LA PARED ABDOMINAL

Coautores: J. Garijo Álvarez, F. Sánchez-Cabezudo Noguera, J. C. García Pérez, F. del Castillo Díez, D. Sánchez, L. García-Sancho Téllez, T. González Elosua, J. Torres

OBJETIVO

Presentar una ampliación del espectro de utilización del abordaje laparoscópico por puerto único (SPA / LESS).

MATERIAL Y METODO

Paciente de 63 años, con dolor crónico en región inguinal, irradiado por MMID, con tumoración a la palpación en región inguinal alta, fija, con mínimo aumento con Valsalva.

TAC abdominal compatible con Hernia de Spiegel (de componente graso exclusivamente) como primera posibilidad, aunque sin certeza absoluta.

Se interviene con un abordaje transumbilical y puerto único (Tri-Port®, Olympus).

Se valora la región tras apertura peritoneal. Se confirma la no existencia de otras patologías, y se recubre el defecto con una malla Dual Mesh® (Bard), sujeta con Tackers® (Covidien).

RESULTADOS

La cirugía se realizó exclusivamente por esta vía.

La tumoración suprainguinal ha desaparecido, así como también el dolor.

La necesidad de analgesia postoperatoria fue reducida y se descargó del Hospital antes de 24h.

A la fecha de seguimiento no hay recidivas.

CONCLUSIONES

El abordaje por puerto único es seguro y factible para el abordaje de numerosas patologías de la pared abdominal. Presenta todas las ventajas del abordaje laparoscópico convencional y los presumiblemente asociados a la minimización de la invasividad.

Las ventajas estéticas son evidentes.

Son necesarios trabajos con un número suficiente de pacientes que demuestren estas posibles ventajas añadidas a la laparoscopia convencional.

DR. VIDAL DOCE, OSCAR

Servicio de Cirugía General/ Complejo Hospitalario de Burgos-Hospital General Yagüe

TUMOR SUPRARRENAL GIGANTE: ADRENALECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA

Coautores: M. Viana Miguel, R. Martínez Castro, M. de la Plaza Galindo, A. Palomo Luquero, J.F. Reoyo Pascual

El mielolipoma suprarrenal es un tumor raro, benigno, compuesto por tejido graso maduro y elementos hematopoyéticos. El tamaño suele ser menor de 5 cm, aunque se han descrito mielolipomas de tamaño mucho mayor. Suelen presentarse de manera asintomática, diagnosticándose durante la realización de pruebas de imagen o exploraciones quirúrgicas indicadas por otros motivos. Los de mayor tamaño pueden producir síntomas en relación a la compresión de órganos adyacentes y hemorragia o necrosis tumoral.

Presentamos el caso de un mielolipoma de 12 cm de diámetro máximo diagnosticado en un varón de 54 años de edad. Entre sus antecedentes personales, importantes a la hora de plantear el abordaje quirúrgico, destacan una laparotomía previa por ulcus perforado y un trasplante renal funcionante tras una insuficiencia renal crónica de larga evolución.

La intervención fue realizada por laparoscopia, extrayendo la pieza quirúrgica por una minilaparotomía de 5 cm. El postoperatorio transcurrió sin incidencias siendo dado de alta el paciente a las 72 horas de la operación. Si bien existen en la literatura casos similares, e incluso de mayor tamaño, extirpados mediante laparotomía, no es frecuente el abordaje laparoscópico de tumoraciones suprarrenales de estas dimensiones, demostrándose que pueden ser llevadas a cabo con absolutas garantías.



LEÓN
10, 11 Y 12 - JUNIO - 2010

VIERNES 11 DE JUNIO: 08:15 a 10:00 hrs.

SALA 3

Comunicaciones orales miscelánea

Moderadores:

- Dra. Pilar Rupérez Arribas
Complejo Asistencial de Soria
- Dr. José Marciano Matamoro Álvarez
Complejo Asistencial Universitario de León

DR. BLANCO ÁLVAREZ, CARLOS ALBERTO

Cirugía General/ Anatomía Patológica/ Medicina Nuclear/ Radiodiagnóstico

BGC EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y AXILA CLÍNICAMENTE NEGATIVA TRAS QTN, ¿UNA NUEVA VALIDACIÓN?

Coautores: M. Ramos, R. Sánchez, M. Aparicio, M. Sancho, R. Ruano, A. García, I. Silva, J. Orús, T. Ramos

INTRODUCCIÓN: Existen controversias de si se puede emplear la biopsia de ganglio centinela en pacientes con estadios avanzados que reciben quimioterapia neoadyuvante (QTN), como alternativa a la linfadenectomía axilar (LA). Intentamos valorar la exactitud de esta técnica en pacientes que presentan una axila clínicamente negativa tras QTN.

MATERIAL Y MÉTODOS: 24 pacientes con cáncer de mama fueron tratadas con QTN para realizar cirugía conservadora o facilitar su operabilidad. La edad media fue 46 ± 17 años. Los cánceres fueron clasificados como cT1(33%), cT2(33%) y cT3 (33%) y en el 37.5% existían adenopatías axilares sospechosas (cN1). Antes de la BGC la axila era clínicamente negativa (palpación, ecografía o resonancia magnética). La BGC se realizó con colorante+radiocoloide y después LA. Se analizaron los datos de los ganglios de la LA.

RESULTADOS: En 18 pacientes se realizó cirugía conservadora. En 6 pacientes existió una respuesta completa. El ganglio centinela (GC) se localizaron en 23/24 pacientes. La mediana del número de GC extirpados fue de 2. Los GC fueron metastásicos en 13 pacientes y de los 10 pacientes en los que el GC fue metastásico en 5 no se encontraron ganglios positivos en la LA. En ningún paciente GC negativo existieron metástasis en la LA así, el valor predictivo negativo y la exactitud diagnóstica fue 100%.

CONCLUSIÓN: la BGC es una técnica eficaz en las pacientes con QTN en axila clínicamente negativa. Por su alto valor predictivo negativo, la BGC puede ser una alternativa a la LA en casos seleccionados de QTN.

DR. CUEZVA GUZMÁN, JOSÉ FÉLIX

Servicio de Cirugía General/ Complejo Hospitalario de Soria/ Servicio Medicina Nuclear/ Hospital Divino Vallés de Burgos

BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA EN HOSPITAL SIN MEDICINA NUCLEAR. EXPERIENCIA TUTELADA

Coautores: M.P. Rupérez Arribas, A. San José, R. Cachón, J.M. Ruíz Liso, B. de Miguel Martínez, I. Lanchas Alfonso

Introducción:

hay evidencia creciente, la biopsia del ganglio centinela (BGC) estadia correctamente la axila en el cáncer de mama. Recomendaciones de ASCO 2005 y reuniones de consenso (Madrid 2007) permiten su realización en hospitales con pocos casos y sin medicina nuclear.

Material y métodos:

Creamos un protocolo conjunto con el servicio de medicina nuclear del Hospital Divino Vallés. La BGC la hacemos 4 cirujanos. Incluimos 18 mujeres con tumores clínicamente menores de 3 cm, axila negativa. Establecemos un flujo de pacientes para el marcaje y la intervención. El GC se estudia intraoperatoriamente. La linfadenectomía en éste período, si es necesaria se hace diferida.

Resultados:

desde el 1/4/2009 al 15/1/2010 se hace la BGC tutelada en 18 mujeres. Edad media 55,9 años (40-78). Diagnosticadas el 45% tras mamografía de screening. El síntoma más frecuente y el dato más relevante de la mamografía, ecografía y RNM es el nódulo sospechoso. Se realizan biopsias con aguja gruesa. La inyección del contraste se hizo intratumoral, en 2 casos periareolar. La migración del contraste a la axila en 100%, 2 casos además a la mamaria interna. En el 87% se realizó cirugía conservadora. Localizamos el 100% de los ganglios marcados. El número de ganglios aislados 1,9 (1-5), tamaño medio 12mm. Se detectan metástasis en el estudio intraoperatorio en 37%, 1 caso de micrometástasis diferido. Hacemos linfadenectomía axilar en 43% de los casos.

Conclusión:

se puede realizar la BGC con seguridad en un hospital con pocos casos anuales. Debe hacerse de una forma protocolizada

1) ¿EL EMPLEO DE LA RM MAMARIA COMO ESTUDIO DE IMAGEN INCREMENTA EL NÚMERO DE MASTECTOMÍAS EN EL CÁNCER DE MAMA?

Coautores: E. Esteban Agustí, P. Galindo Jara, M. Marcello Fernández, E. Díaz Reques, Y. Quijano Collazo, E. Vicente López

Introducción y objetivo: Entre las mastectomías de nuestra serie, pretendemos estudiar qué porcentaje fueron “de necesidad”, y qué porcentaje fueron debidas a la información obtenida en las resonancias.

Material y Método:

42 pacientes con mastectomía por cáncer de mama. La RM mamaria es responsable independiente de mastectomía cuando ésta fue la única variable invocada como causa de mastectomía.

Resultados:

42 mastectomías en 87 cánceres de mama (48,27%).

Mastectomías de necesidad n=33: 12(36,36%) debidas a un tamaño del tumor/tamaño de la mama desfavorable; 8(24,24%) debidas a proximidad del tumor con el complejo areola-pezones; 5(15,15%) por reintervenciones de tumorectomías con márgenes afectos derivadas de otros centros; 4(12,12%) por multicentricidad; 3(9,09%) por cancerofobia, y 1(3,03%) por adenopatía axilar metastásica de mama sin primario mamario visto en pruebas de imagen.

“Mastectomías debidas a la RMN n=9”: “Mastectomías innecesarias n=3”: En 2 casos la RMN informaba de proyección tumoral hacia el complejo areola pezón -no confirmada en la ap diferida-, y en 1 caso informaba de un tamaño tumoral muy superior al que realmente fue en la ap diferida. “Mastectomías de rescate n=6”: En 5 casos la RMN evidenció multicentricidad que no era referida ni en la eco ni en la mamografía, y en 1 caso advirtió un tamaño mucho mayor del informado en la mamografía o en la eco

Conclusiones:

La causa más frecuente de “mastectomía de necesidad” fue una relación tamaño tumoral/tamaño mamario desfavorable. La RMN no cambió la estrategia de forma significativa en nuestra serie de mastectomías.

2) DEFENSA DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN DOS TIEMPOS TRAS LA MASTECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER DE MAMA

Coautores: E. Esteban Agustí, P. Galindo Jara, M. Marcello Fernández, E. Díaz Reques, Y. Quijano Collazo, E. Vicente López

Introducción y objetivo: Frente a las técnicas de reconstrucción inmediata con colgajos pediculados (TRAM, dorsal ancho), existe la alternativa del expansor cutáneo implantado en la mastectomía, y reemplazado por la prótesis definitiva en un segundo tiempo. Presentamos nuestra experiencia con esta segunda alternativa

Material y Método

Estudio sobre 36 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y sometidas a una mastectomía con colocación inmediata de un expansor cutáneo (enero de 2008-marzo de 2010).

Resultados

Estancia media tras la primera cirugía fue 4 días

Una única complicación tras la primera cirugía: retirada del expansor en el día 65 del po.

Media aritmética de días transcurridos entre la primera y segunda intervención: 211,84 (mediana 189).

Segunda intervención: en 8 pacientes colocación de prótesis definitiva sustituyendo al expansor en la mama operada; en 6 pacientes este gesto se asoció con mamoplastia de aumento con prótesis en la mama contralateral, y en 4 se asoció a una mamoplastia reductora en la mama contralateral.

Estancia media tras la segunda cirugía fue 1 día. Sin complicaciones.

Las 18 enfermas recomendarían este tipo de reconstrucción mamaria en la mastectomía por cáncer de mama. El nivel de satisfacción en una escala del 0 al 10 fue 8,38 (mediana 9)

Conclusiones

La reconstrucción mamaria con expansor en un primer tiempo y prótesis definitiva en un segundo tiempo es una técnica segura, sencilla y sin casi complicaciones. Permite además la simetrización de la mama contralateral. El tiempo medio de espera entre la primera y segunda intervención fue de 6 meses

DR. HERRERA KOK, JOHN HENRY

Servicio de Cirugía General. Complejo Asistencial de Palencia

METÁSTASIS INTESTINAL DE MELANOMA CUTÁNEO

Coautores: J.E. Castrillo, A. Louredo, D. Gómez, J. Díez, P. de Castro, J.L. Álvarez-Conde

Objetivos:

Presentar un caso de metástasis de melanoma en el tracto digestivo y discutir las formas de presentación y el tratamiento quirúrgico.

Materiales y métodos:

Paciente varón de 59 años con antecedente de melanoma maligno que 6 años después del diagnóstico presentó metástasis pulmonar del melanoma que se trató con cirugía y que 8 años después presentó cuadro de obstrucción intestinal que necesitó tratamiento quirúrgico urgente, encontrándose 2 masas, una a 70 cm de la válvula íleocecal y otra a nivel del yeyuno proximal, practicándose resección segmentaria y anastomosis término terminal en ambos casos. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

La sintomatología suele ser inespecífica y el diagnóstico difícil y, en la mayoría de los casos, tardío. Las metástasis se suelen encontrar en el curso de una cirugía urgente por hemorragia, perforación u obstrucción intestinal. Existen varias formas de afectación, nódulos submucosos múltiples, pólipos, úlceras y masas tumorales extrínsecas grandes, y las lesiones pueden ser melanóticas o amelanóticas. El pronóstico es malo, ya que la supervivencia en estos pacientes no suele superar los 6 meses. El tratamiento quirúrgico debe estar orientado, principalmente, a paliar los síntomas (80 - 90% de los casos) y mejorar la calidad de vida.

Resultados:

En el postoperatorio el paciente evolucionó de forma favorable.

Conclusiones:

El melanoma maligno cutáneo es la neoplasia extraabdominal que con mayor frecuencia metastatiza en el tracto digestivo (2 - 4%), pudiendo afectar a cualquier parte del mismo. Las metástasis se pueden presentar décadas después del tumor primario.

DRA. LEÓN MIRANDA, RAQUEL

Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Asistencial de Burgos

EXPERIENCIA EN EVENTROPLASTIAS POR CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE BURGOS

Coautores: M.A. Álvarez Rico, E.B. García-Plata, E. Alonso Alonso, J.M. Aguado García, J.F. Reoyo Pascual, J.A. Ortega Seda, J.L. Seco Gil

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años hemos visto crecer un nuevo concepto de la cirugía, la Cirugía Mínimamente Invasiva, entendemos por esta, el conjunto de técnicas diagnósticas y terapéuticas que por visión directa, endoscópica o cualquier otro sistema de visión, utiliza las vías naturales del cuerpo humano o bien pequeñas incisiones para introducir los instrumentos que el cirujano utiliza, mediante un sistema de control, que puede integrar el sistema de visión dentro del paciente. Nacen así conceptos como Cirugía Laparoscópica por Puerto Único / Single Incision Laparoscopic Surgery (SILS).

CASO CLÍNICO:

Se realiza eventroplastia por SILS a 4 pacientes, 1 varón y 3 mujeres, de edad media 58 años, que presentan eventraciones periumbilicales de 2 a 5 cm, que les ocasionaban principalmente dolor. En todas ellas se realiza una incisión de entre 1,5 y 2 cm en flanco izquierdo, para colocar un único trocar, que dispone de 3 puertas de entrada. Se procede a la liberación de adherencias y colocación de malla dual o de composite, con la cara parietal rugosa de Polipropileno para la prointegración y la cara visceral laminar antiadherente, irreabsorbible, de PTFE-e. Los pacientes son dados de alta el día siguiente, no observándose recidivas, ni dolor, ni seroma, hasta la fecha en la que han sido revisados.

CONCLUSIÓN:

Mediante la técnica SILS se han abordado en nuestro servicio, 4 eventraciones de distinto tamaño, obteniendo resultados satisfactorios, por lo que aparece como una técnica útil y segura en esta patología. Conduciéndonos hacia la cirugía del futuro.

MIOFIBROBLASTOMA DE MAMA EN EL HOMBRE

Coautores: V. Rodrigo Amador, A. Martínez Martínez, R. León Miranda, A. Palomo Luquero, F. Reoyo Pascual, J. Ortega Seda, J.L Seco Gil

Se presenta un caso de miofibroblastoma de mama en un varón de 60 años, con masa palpable de 6 meses de evolución, no dolorosa, sin adenopatías, sin signos de recidiva tras 20 meses de seguimiento.

El miofibroblastoma es una neoplasia benigna rara del grupo de tumores mesenquimales benignos de la mama (1), aunque puede tener otras localizaciones extramamarias, como cuello (2). Su incidencia ha ido en aumento en los últimos años debido al screening mamario (1), y suele presentarse entre los 18 y 70 años, con una media de 42 (3). También se conoce como tumor lipomatoso (4), o tumor inflamatorio de la mama (5). Su tratamiento es esencialmente quirúrgico y su diagnóstico anatomopatológico. Tiene un alto potencial de error diagnóstico, sobre todo si se realiza con PAAF, y/o con aguja gruesa, por lo que el patólogo debe tener presente el amplio espectro de posibles lesiones para evitar errores diagnósticos y contar con la mayor cantidad posible de tejido a analizar (1).

Comprende múltiples células estromales con fibromiofibroblastos y, menos frecuentemente, células con diferenciación mioide. Plantea dificultades en el diagnóstico diferencial con leiomioma (4), y fundamentalmente con sarcoma miofibroblástico de bajo grado (SMBG). Este último tiene mayor uniformidad celular, mayor hiper cromasia nuclear, y mayor patrón de crecimiento infiltrativo global. Además la claponina, fibronectina, y laminina se expresan en ambos tumores, mientras que la ALK (Anaplastic linfoma Kinasa) y la citoqueratina son positivas en el miofibroblastoma, siendo negativas en el SMBG (5).

1 Magro G. Mammary myofibroblastoma: A tumor with a wide morphologic spectrum. Arch Pathol Lab Med, 2008 Nov, 132(11):1813-20

2 Hox V., Poorten V.V., Delaere P.R., Hermans R., Debiec-Rychter M., Sciort R. Extramammary myofibroblastoma in the head and neck region. Head Neck, 2009 Jan.

3 Mentzel T., Dry S., Katenkamp D., Fletcher C.D. Low-grade myofibroblastic sarcoma: Analysis of 18 cases in the spectrum of myofibroblastic tumors. Am J Surg Pathol, 1998 Oct; 22(10):1228-38.

4 Magro G., Michal M., Vasquez E., Bisceglia M. Lipomatous myofibroblastoma: A potential diagnostic pitfall in the spectrum of the spindle cell lesions of the breast. Virchows Arch, 2000 Nov; 437(5):540-4.

5 Qiu X, Montgomery E., Sun B. Inflammatory myofibroblastic tumor and low-grade myofibroblastic sarcoma: A comparative study of clinicopathologic features and further observations on the immunohistochemical profile of myofibroblasts. Hum Pathol. 2008 Jun; 39(6): 846-56.

DR. ORTEGA SEDA, JOSÉ ANDRÉS

Servicio Cirugía General. Hospital General Yagüe de Burgos

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LA GLANDULA SUPRARRENAL

Coautores: S. Rodríguez Serrano, J.F. Reoyo Pascual, A. Eldabe, O. Vidal Doce, M. Viana Miguel, R. León Miranda, J.L. Seco Gil

Introducción

La cirugía suprarrenal mejora por avances en técnicas de imagen, y por laparoscopia. Las técnicas de imagen han localizado lesiones y evaluado su volumen, localización y relaciones, así como detectar lesiones poco o nada sintomáticas.

Material y método.

Desde Diciembre de 1988 a Marzo de 2010 se han intervenido 85 pacientes. Desde 2006 se realiza adrenalectomía laparoscópica. De 85 intervenidos 28 fueron varones (33%) y 57 mujeres (67%), con edad media de 51.5 años. Hubo 28 Conn (32,9%), 18 feocromocitomas (21,1%), 14 masas no funcionantes (16,4%), 12 Cushing (14,1%), 5 nódulos suprarrenales con sintomatología general, 3 incidentalomas y 5 carcinomas (5,8%). Realizamos 38 adrenalectomías derechas, 42 izquierdas y 5 bilaterales.

Resultados

46% de varones y 28% de mujeres se operaron por laparoscopia, con edad media de 53.32 años y 52.97 años de media para cirugía abierta. Por laparoscopia intervenimos 50% adrenalectomías derechas y 54,7% izquierdas. Por laparoscopia operamos 27,7% de feocromocitomas, 66% de Cushing, 21,48% de Conn, 66% masas no funcionantes, 33% de incidentalomas. Tamaño medio tumoral fue de 5.05 cm (entre 13.5 y 0.5). Estancia media fue de 11.1 días (3-68), siendo de 7.1 días (laparoscopia) frente a 14.23 días en cirugía abierta. Presentaron complicaciones 16 pacientes (18,8%), operados por vía abierta. Hubo infección de herida en 5 pacientes, insuficiencia respiratoria en 2, derrame pleural en 4, dehiscencia de herida en 1 y lesiones eritematosas en otro. Se produjo la muerte en un paciente (1,1%) con carcinoma por edema agudo pulmonar.

Conclusiones

La cirugía laparoscópica se sigue de menos complicaciones y estancia postoperatoria, siendo de elección en suprarrenalectomía. La vía abierta se reserva para tumores invasivos y puede usarse suprarrenalectomía bilateral o tumores de gran tamaño. Discutida laparoscopia en feocromocitoma, sobre todo si tumor >3cm.

DRA. RAMOS GRANDE, TERESA

1) BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA EN EL CÁNCER DE MAMA

Coautores: A. Blanco, H. San José, R. Ruano, M. Sancho, R. Sánchez, N. Macías, M. Ramos, A. Gómez Alonso

Introducción: En el tratamiento del cáncer de mama mediante mastectomía ahorradora de piel (MAP) más reconstrucción mamaria inmediata (RMI) es necesario realizar la cirugía linfática axilar por motivos oncológicos y por que la estadificación axilar va a condicionar los tratamientos adyuvantes. Presentamos nuestra experiencia con la biopsia de ganglio centinela (BGC) en las pacientes donde se realizó MAP más RMI.

Material y métodos: A partir de nuestra base de datos hemos analizado las mastectomía más RMI con BGC durante el período de Enero 2001 – Septiembre 2007. En todas ellas se realizó una MAP y RMI mediante tejido autólogo con colgajo miocutáneo del dorsal ancho extendido (CMDAE) o prótesis expansora tipo Becker. La BGC se ejecutó diferida o intraoperatoria mediante técnica combinada o exclusivamente con radiotrazador. En los casos donde la BGC fue positiva se realizó linfadenectomía axilar (LA) en el mismo acto operatorio que la MAP + RMI.

Resultados: Analizamos 66 MAP + RI + BGC en 63 pacientes (3 bilaterales). La edad media fue de 45 años. El tipo de reconstrucción fue de 33 CMDAE y 33 prótesis expansoras tipo Becker. El ganglio centinela se localizó en todos los casos. La BGC fue positiva para metástasis en 24 casos (36 %), siendo 3 de ellas micrometástasis. En 7 (de 24, 29%) de las LA realizadas posteriormente existieron más ganglios axilares metastásicos. En 4 (de 7) de estos casos el número de ganglios afectados fue superior a 3, por lo hubo indicación de radioterapia (4/66, 6%).

Nº BGC 66

BGC+, (%) 24 (3 micro), 36 %

LA+ 7

LA >3 ganglios + 4

LA ≤ 3 ganglios + 3

Conclusión: La MAP + RI no dificulta la cirugía axilar, bien sea BGC o LA. La BGC positiva pre o intraoperatoriamente no condiciona la indicación de RMI debido a la radioterapia adyuvante, pues en estos momentos es imposible determinar el número de ganglios metastásicos en la linfadenectomía axilar secundaria.

2) CARCINOMA DUCTAL IN SITU DE MAMA Y BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN LOS DE ALTO RIESGO DE METÁSTASIS AXILAR

A. Blanco, R. Ruano, R. Sánchez, R. Jiménez, M. Sancho, A. Sánchez, I. Silva, M. Ramos, A. Gómez Alonso

Introducción: La indicación de la biopsia de ganglio centinela en el carcinoma ductal in situ de mama es un tema de controversia, debido al bajo riesgo de metástasis axilar. Presentamos nuestra experiencia en la utilización de esta técnica en pacientes con CDIS y que tenían factores de riesgo de metástasis axilar como son el tamaño, multicentricidad, alto grado o tumor palpable

Material y métodos: han sido estudiados 59 de pacientes con CDIS con alto riesgo de metástasis axilar durante el periodo desde 2002-2009. El 45% de los casos (27 pacientes) tenían previamente biopsia excisional. La linfografía preoperatoria fue realizada con sulfuro de renio marcado con 99mTc (nanocis); el ganglio centinela se localizó con sonda de detección de rayos gamma (europrobe) e inyección subdérmica periareolar con colorante azul (lymphazurin). La linfadenectomía axilar fue realizada solo en los casos en los que el ganglio centinela fue positivo para metástasis o éste no se localizó.

Resultados: nuestro estudio incluye a 59 pacientes: 22 tumores de gran tamaño, 20 multicéntricos, 24 ganglios palpables y 30 de alto grado. La media de edad fue de 55 años (rango 38-82). El ganglio centinela fue localizado en todos los casos excepto en 2 pacientes, que tenían cirugía previa. En el 68% de los casos (40 de 59) fue posible el tratamiento conservador. En el 32% (19 de 59) se indicó mastectomía por CDIS extenso y en 12 de ellas se realizó reconstrucción mamaria posterior. Los resultados anatomopatológicos fueron en el 96 % (55 pacientes) negativos para metástasis., en el 1,7 % (1 caso) aparecieron células tumorales aisladas y sólo en el 1,7 % (1 caso) fueron positivos para metástasis. El caso de metástasis axilar correspondió a un CDIS de alto grado con comedonecrosis que previamente fue extirpado. En los dos pacientes en los que no se encontró el ganglio centinela, se realizó linfadenectomía axilar, siendo negativa para metástasis.

Conclusión: la realización de la biopsia de ganglio centinela en CDIS de mama de alto riesgo, ya sea en pacientes previamente operadas o no, resultará positiva para metástasis en un porcentaje muy bajo. Esto, hace que sea controvertido su uso de forma rutinaria, pero puede ser aceptada por tratarse de una técnica con baja morbilidad.

DRA. SANTANA ACUÑA, MARÍA ESTHER

Cirugía General. Complejo Asistencial Ntra. Sra Sonsoles. Ávila

CHECKLIST QUIRÚRGICO. PROCEDIMIENTO JCI-QPS-01. CULTURA PROACTIVA DE LOS EFECTOS ADVERSOS.

Coautores: C. M. Francos Von Hünefeld, M. Borrego Galán, A. de Juan Fernández, B. Rodríguez Sanz, T. González Sánchez, C. Cruz Villalba

El Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (Checklist) es una herramienta para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables (errores). Se enmarca en el Reto Mundial “La Cirugía Segura Salva Vidas” de la OMS. Se implanta por primera vez en Castilla y León, en el Complejo Asistencial de Ávila.

OBJETIVOS:

1. Prevenir los eventos adversos asociados a Cirugía y Anestesia a través de la implementación del Checklist quirúrgico, recomendado por la OMS.
2. Mejorar el trabajo en equipo y la comunicación.
3. Disponer de “Estadísticas vitales quirúrgicas”

MATERIAL:

- Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica.
- Hoja Excel como base de datos. LISTADO DE OBSERVACIONES.
- Manual de aplicación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica.
- AMFE de proceso para evaluar los puntos de inflexión (NPR): profilaxis de antibioterapia y TVP/TEP, de C. I., identificación, marcaje del lado.

MÉTODOS:

- Formación en seguridad del paciente mediante cursos y sesiones clínicas.
- Verificación secuencial del proceso quirúrgico.
- Criterio de selección y aplicación.
- Sesiones clínicas explicativas de la aplicación del Checklist Quirúrgico.
- Análisis Modal de Fallo y Efecto (AMFE) de diseño del Checklist.
- Indicadores: De adherencia. NPR (Nº de probabilidad de riesgo).

RESULTADOS:

Adherencia al Checklist en un 85% en Cirugía y en un 40-50 % en otros Servicios.

En el AMFE de proceso: probabilidad de frecuencia, de gravedad y probabilidad, de detectabilidad de posibles fallos, nos da un NPR 648 (en profilaxis antibiótica), 9 (en tvp/tep), y 441 (identificación y marcaje).

Detección de áreas de mejora: se ponen en práctica acciones de mejora.

CONCLUSIONES:

El Checklist constituye una adecuada herramienta para la reducción de efectos adversos, y, por tanto, de la morbimortalidad, al mejorar notablemente la comunicación entre los profesionales sanitarios del equipo quirúrgico. Nos permite trabajar con estadísticas vitales quirúrgicas.

DRA. VIANA MIGUEL, MARÍA DEL MAR

Complejo Asistencial de Burgos

REVISIÓN DE LA CIRUGÍA TIROIDEA EN NUESTRO HOSPITAL

Coautores: O. Vidal Doce, E. García-Plata, M. de la Plaza Galindo, A. Eldabe, R. Martínez Castro, J.L. Seco Gil

INTRODUCCIÓN:

La patología tiroidea es muy frecuente en nuestro medio. De ella un alto porcentaje son candidatos a la resección quirúrgica.

En un alto porcentaje se presenta en mujeres jóvenes siendo el bocio multinodular (BMN) la principal indicación quirúrgica.

El diagnóstico preoperatorio mediante Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) tiene escasa sensibilidad a la hora de detectar patología tumoral.

Presentamos una revisión de 398 pacientes intervenidos entre Enero de 2007 y Diciembre de 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En nuestro Servicio de Cirugía General se han intervenido 398 pacientes con patología tiroidea. De ellos, 53 fueron hemitiroidectomías, 337 tiroidectomías totales y 8 reintervenciones de recidiva ganglionar tumoral. Por sexos hubo predominio de mujeres (343M/55H).

RESULTADOS:

De las 53 hemitiroidectomías (9H/44M), se realizaron 33 derechas y 21 izquierdas. El diagnóstico preoperatorio fue: Adenoma tóxico (n=2); Nódulo único (n=33); BMN (n=7); Proliferaciones foliculares (n=11). No hubo complicaciones excepto hipocalcemia en un paciente (1,9%).

De las 337 tiroidectomías totales, 42 fueron varones y 295 mujeres. El diagnóstico preoperatorio fue: BMN (n=175); Nódulo único (n=12); Hipertiroidismo (n=46); Proliferación folicular (n=56); Tiroiditis (n=8); Cáncer papilar (n=28); Cáncer anaplásico (n=1); PAAF sospechosa (n=11). El diagnóstico postoperatorio fue: Hiperplasia Nodular (n=175); Hipertiroidismo (n=33); adenoma folicular (n=9); Tiroiditis (n=10); Cáncer tiroideo (n=109), de los que 10 fueron foliculares, 55 papilares, 31 micropapilares, 10 mixtos y 3 medulares. Es decir, en un tercio de las piezas de tiroidectomía había algún tipo de tumor.

La complicación más frecuente fue la hipocalcemia en 99 pacientes (29,4%), siendo transitoria en más del 90% de los casos.

CONCLUSIÓN:

De las 390 tiroidectomías en el 87% se realizaron tiroidectomías totales. El 30% de las piezas presentaban algún tipo de tumor, siendo el diagnóstico preoperatorio por PAAF poco sensible. La complicación más frecuente fue la hipocalcemia siendo en más de un 90% transitoria.



LEÓN
10, 11 Y 12 - JUNIO - 2010

VIERNES 11 DE JUNIO: 15:00 a 16:30 hrs.

SALA 1-AUDITORIO:

Videos y comunicaciones orales:

--Hepatobiliopancreática--

Moderadores:

- Dra. Carmen Esteban Velasco
Complejo Asistencial de Salamanca
- Dra. Cristina Fernández Gutiérrez
Complejo Asistencial Universitario de León

VÍDEOS

DR. ÁLVAREZ-PRIDA DE PAZ, EMILIO

Complejo Asistencial de León

1) TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL QUISTE HEPÁTICO SIMPLE. LESIÓN VENOSA SEGMENTO IVA

Coautores: O.Sanz Guadarrama, L.González Herráez, T. González de Francisco

RESUMEN: Los quistes hepáticos simples tienen un origen debatido aunque se apunta a la dilatación quística de conductos biliares aberrantes. Su carácter asintomático hace que no precisen tratamiento a menos que se compliquen con hemorragia, infección o bien produzcan síntomas por compresión local.

El tratamiento va encaminado al control sintomático y evitar la recidiva. Se recomienda la inspección cuidadosa intraquística del epitelio para despistar lesiones neoplásicas (cistadenomas/carcinoma), así como desplazamiento anatómico de estructuras suprahepáticas, portales o árbol biliar que puedan llevar a lesiones de las mismas. La defenestración amplia y la coagulación del epitelio intraquístico minimizan la recidiva.

OBJETIVO: Técnica del abordaje laparoscópico en quiste hepático de localización posterior con evento hemorrágico.

CASO CLINICO: Mujer de 62 años de edad, HTA con dolor en hipocondrio derecho de larga evolución. En ECO-TAC se objetiva lesión quística voluminosa (diámetro mayor 16 cms.) en LHD que ocupa la práctica totalidad de los segmentos VII-VIII y parcialmente V-VI.

Intervención: Decúbito lateral izquierdo 45º. Tres trócares. Óptica de 30º que facilita la inspección de los segmentos posteriores y la cavidad quística. Punción evacuadora de un líquido seroso claro, con apertura y defenestración de la cúpula del quiste. Revisión del interior y coagulación del revestimiento epitelial con bisturí de argón con lesión venosa y hemostasia con matriz hemostática con fibrina.

CONCLUSIONES: 1. El abordaje laparoscópico para el tratamiento de los quistes hepáticos simples incluso de segmentos posteriores cumple todos los requisitos que permite considerarlo el tratamiento de elección.

2) RESECCION LAPAROSCÓPICA DE HEPATOCARCINOMA

Coautores: A. González Ganso, A. Álvarez Martínez, M. Muínelo Lorenzo, C. Álvarez-Cañas Franco, T. González de Francisco

Resumen: La cirugía laparoscópica de resección hepática se encuentra en fase de validación. Existen grupos destacados que van ampliando las indicaciones a la práctica totalidad de las técnicas resectivas incluyendo resecciones mayores. Se trata de una cirugía demandante desde el punto de vista técnico así como de recursos materiales.

Objetivo: Exposición sobre técnica quirúrgica de resección laparoscópica hepática.

Caso clínico: Paciente de 60 años remitida desde oncología por LOE hepática con sospecha de lesión metastásica de adenocarcinoma de mama. HTA. En seguimiento por digestivo por hepatitis B y C. Alfa-fetoproteína 71,7. Serología viral: marcadores hepatitis C positivos, antiHBc.

Gastro-colonoscopía completa: sin alteraciones.

RM hepática: lesión de 2.5cm en segmento VI, sugestiva de lesión metastásica.

PET sin captación patológica ni otra afectación extrahepática.

Intervención: Decúbito lateral izquierdo. Exploración laparoscópica-ECO laparoscópica: hígado cirrótico, LOE en segmento VI y dos lesiones satélites sospechosas de hepatocarcinoma. Adenopatías hilio hepático. Biopsia de benignidad de adenopatías. Control pedicular hepático. Se realiza hepatectomía atípica (casi la totalidad de segmento VI) objetivándose margen oncológico mediante control ecográfico.

Curso postoperatorio: satisfactorio a excepción de rash cutáneo. No precisa transfusión peroperatoria. Es alta al 5º día postoperatorio.

Anatomía patológica: carcinoma hepatocelular moderadamente diferenciado multinodular (nódulos entre 0,2 y 3,2 cm.) con presencia de invasión vascular. Distancia a margen quirúrgico: 1,9 cm). Resto del parénquima hepático con signos de cirrosis y marcada esteatosis

Conclusiones: La resección laparoscópica de lesiones hepáticas es una alternativa terapéutica factible a desarrollar en unidades HBP.

DR. HERRERA KOK, JOHN HENRY

Sección de Cirugía Hepatobiliar, Servicio de Cirugía General, Complejo Asistencial de Palencia

HIDATIDOSIS HEPÁTICA COMPLICADA Y HEPATOMEGALIA GIGANTE COMPENSADORA

Coautores: A. Louredo Méndez, D. Gómez, J. Díez, P. de Castro, J.A. Fernández, J.L. Álvarez-Conde

Objetivo:

Presentar un caso de hidatidosis hepática que afecta diafragma, vías biliares, estructuras vasculares y gran hepatomegalia compensadora.

Caso Clínico:

Mujer de 34 años que ingresa por colangitis y pancreatitis aguda. La TAC abdomino-pélvica evidenció un quiste multilocular de 15 cm en lóbulo hepático derecho adherido al diafragma, dilatación biliar intrahepática, quiste multilocular de 6 cm en segmento II y cambios inflamatorios peripancreáticos. La hemaglutinación hidatídica fue positiva, 1/2560. Se practicó CPRE extrayendo membranas hidatídicas. Fue intervenida mediante incisión subcostal derecha ampliada, apreciando una hipertrofia del lóbulo derecho que alcanzaba la región inguinal; quiste hidatídico de 18 cm ocupando los segmentos VI, VII y VIII, adherencia al diafragma con compromiso del espacio pleural derecho y quiste multilocular de 6 cm en segmento II. Previa liberación de ambos hemihígados y clampaje hiliar selectivo, procedimos a la transección parenquimatosa, quistoperiquistectomía abierta del quiste del lado derecho separándolo de la vena cava retrohepática y del diafragma incluyendo un parche diafragmático, se dejó una pastilla de la pared del quiste adherida a las venas suprahepáticas derecha y media y cierre de las fístulas biliares. Quistoperiquistectomía mediante subsegmentectomía del II. Cierre de la brecha diafragmática y drenaje del espacio pleural derecho. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones siendo dada de alta a los 13 días del postoperatorio.

Conclusión:

La cirugía radical es la mejor opción terapéutica de los quistes hidatídicos complicados. El factor limitante, como en el caso que nos ocupa, es la proximidad de elementos vasculares principales por el riesgo de hemorragia.

DRA. MARTÍNEZ DÍAZ, RUTH

Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Río Hortega Valladolid

RESECCIÓN DE QUISTE HEPÁTICO SIMPLE LAPAROSCÓPICA

Coautores: D. Pacheco Sánchez, E.Asensio Díaz, F. Labarga Rodríguez, M. Montes Manrique, M. Gonzalo Martín

Objetivo:

Presentación un caso de resección laparoscópica de quiste hepático simple intervenido de forma programada en nuestro servicio.

Material y métodos:

Paciente mujer de 47 años de edad con antecedente de hipotiroidismo y prolapso uterino.

Resultados:

Paciente remitida desde el Servicio de Urología por hallazgo incidental de lesión quística en lóbulo hepático izquierdo en el curso de una ecografía rutinaria. Como única sintomatología presenta molestias epigástricas. En RMN abdominal, hígado de tamaño normal, lesión focal hepática en segmento III con diámetros de 5,7 x 5,5cms con finos septos en su interior compatible con quiste hepático simple. Se realiza resección parcial del quiste por vía laparoscópica 4 puertos. La paciente es dada de alta al segundo día sin complicaciones.

Conclusiones:

El quiste hepático simple es afección poco frecuente, normalmente asintomática, y se encuentra como hallazgo casual en un estudio de imagen. Cuando el quiste alcanza un tamaño mayor de 5cm es frecuente que se presente con clínica de molestias en epigastrio e hipocondrio derecho, o síntomas compresivos. En quiste pequeños debe realizarse control evolutivo. Si presenta clínica o gran tamaño el tratamiento de elección es quirúrgico, encontrándose distintas opciones como la punción percutánea, exéresis parcial (abierto o laparoscópica), enucleación e incluso trasplante hepático.

ORALES

DR. ARENAL VERA, JUAN JOSÉ

Cirugía/Hospital Universitario Río Hortega

COLECISTECTOMÍA POR MINILAPAROTOMÍA. ¿OPERACIÓN PARA TIEMPOS DE CRISIS?

Coautores: C. Tinoco Carrasco, F. Labarga Rodríguez, M.A. Cítores Pascual, C. Benito Fernández

La colecistectomía laparoscópica se considera el “gold standar” en el tratamiento de la patología de la vesícula biliar no complicada. En revisión Chocrane de 2010 del grupo hepatobiliar, se concluye que la colecistectomía por minilaparotomía y por laparoscopia son comparables, que la primera tiene un significativo menor tiempo operatorio y menor coste.

Objetivo:

comprobar si esto se reproduce en nuestra experiencia.

Material y métodos: análisis de 26 pacientes sometidos a colecistectomía por minilaparotomía (Grupo I) entre 2006 y 2009 y de 48 pacientes operados por laparoscopia (Grupo II), elegidos de forma aleatoria en en el mismo periodo.

Resultados:

La mediana de edad fue 61 años en el Grupo I, frente a 55 en el Grupo II. El 77% de los pacientes de grupo I fueron Clasificados ASA I-II, frente al 93% en el Grupo II. El tiempo medio de cirugía fue de 51 minutos para el Grupo I y 87 para el Grupo II. La tasa de reconversiones fue 12% vs. 18% para minilaparotomía y laparoscópica respectivamente. Se dejó drenaje en el 85 % de los pacientes del Grupo II frente a ninguno en el Grupo I. No hubo complicaciones mayores en ninguno de los grupos. La estancia media fue de 2.2 días en el Grupo I y de 2.9 días en el Grupo II. Sin contar la estancia hospitalaria, cada colecistectomía por laparoscopia costó entre 700 y 850 euros más que una minilaparotomía.

Conclusiones:

nuestros resultados coinciden con el análisis de 2010 del grupo hepatobiliar de Cochrane Library.

DRA. GARCÍA-PLATA POLO, ESTHER

Complejo Hospitalario de Burgos

RESULTADOS DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA POR CÁNCER DE PANCREAS

Coautores: J. Sánchez Manuel, M. de la Plaza Galindo, J. Juez Juez, F. Martín Acebes, J. Ortega Seda, S. Novotny Canals, J.L. Seco Gil

Objetivo

Hemos realizado 82 duodenopancreatectomías entre 2006 y 2010, analizando aquí los resultados de las 35 que fueron efectuadas por cáncer pancreático.

Material y métodos

De los 82 casos, hubo 3 duodenopancreatectomías totales por carcinoma multicéntrico de páncreas y 79 duodenopancreatectomías cefálicas (DPC). La DPC se efectuó en 32 casos de cáncer de páncreas, 19 ampulomas, 10 colangiocarcinomas, 2 carcinomas duodenales, 4 tumores quísticos, 2 displasias severas de ampolla de Vater, una recidiva de un cáncer colónico, una metástasis de un carcinoma renal y 8 pancreatitis crónicas. Entre los 35 casos de cáncer de páncreas la edad media fue de 65,5 años, y un 65,7% fueron varones. Se asoció la resección de metástasis hepática única en 2 casos y resección venosa en 6 ocasiones (4 venorrafias, una anastomosis de vena porta y una resección de vena mesentérica).

Resultados

La morbilidad postoperatoria fue del 48,5% (17 pacientes): 3 fístulas pancreáticas (9,3%), tres fístulas biliares, 3 abscesos abdominales, dos HDA, una perforación de colon, una ascitis quilosa, un retraso del vaciamiento gástrico, una encefalopatía hepática, una infección de herida y una parada cardiaca.

La mortalidad fue del 8,5%: tres pacientes con tumores muy avanzados fallecieron por hemorragia y CID, isquemia hepática y FMO.

Fueron reintervenidos 3 pacientes (8,5%); por fístula pancreática (2) y por perforación de colon (1). No hubo mortalidad entre los reintervenidos.

Conclusiones

La morbilidad de la DPC es elevada. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de las complicaciones de la DPC disminuye la mortalidad postoperatoria

DR. HERRERA KOK, JOHN HENRY

Sección de Cirugía Hepatobiliar, Servicio de Cirugía General, Complejo Asistencial de Palencia

RESECCIONES HEPÁTICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS COMPLEJOS

Coautores: A. Louredo Méndez, J.E. Castrillo, D. Gómez, J. Díez, P. de Castro, J.A. Fernández, J.L. Álvarez-Conde

Objetivo:

Presentar los resultados de la resección hepática en pacientes con quistes hidatídicos complejos. Material y Método: Estudio prospectivo. Período: 2006 a 2010. Población: De 23 pacientes con hidatidosis hepática, 8 fueron tratados exclusivamente mediante hepatectomías, media de edad: 43,7 años (I.C 95%: 36,2 – 51,3 a). Cinco casos (62,5%) diagnosticados con TAC y 3 (37,5%) con colangioRMN.

Resultados:

Un 50% de los casos (n=4) localizados centralmente; 12,5% (n=2) en segmentos VI y VII; y 12,5% (n=2) en segmentos V y IVa. Media de diámetro de los quistes: 11,4 cm (IC 95%: 8,7 – 14,05). En n=4 pacientes (50%) los quistes estaban adheridos al diafragma y en n=3 casos (37,5%) a estructuras vasculares y en n=4 (50%) fistulizaban a vías biliares. En n=4 (50%) casos se resecaron 2 segmentos; en n=3 (37,5%) más de 3 y en n=1 (12,5%) uno. La morbilidad fue del 37,5% (n=3). La morbilidad se relacionó, aunque sin significación estadística (p=0,07), con el número de segmentos extirpados. La mediana y media de estancia fue de 10,5 días (IC 95% 8,18 – 12,82 d). La estancia prolongada guardó relación con la morbilidad (p: 0,034). La mortalidad fue nula. Ninguna recidiva observada, media de seguimiento de 16,5 meses (IC 95%:4,5 – 28,45 m).

Conclusiones:

La resección hepática es una opción viable, especialmente para los quistes complejos centrales, con una baja morbilidad y nula mortalidad. Una estancia media de 10,5 días es aceptable dada la complejidad de estas intervenciones.

DRA. RODRIGO AMADOR, VIDINA

Cirugía General/Hospital General Yagüe de Burgos

CISTOADENOMA MUCINOSO DE CABEZA PANCREÁTICA-DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX

Coautores: E. García-Plata, S. Novotny Canals, J. Ortega Seda, F. Reoyo Pascual, A. Palomo Luquero, R. León Miranda, J.L. Seco Gil

Presentamos el caso clínico de una mujer de 39 años con el diagnóstico de cistoadenoma mucinoso en cabeza de páncreas, de 10 x 6 cm, y marcadores tumorales normales. Se le practicó una duodenopancreatectomía cefálica, evolucionando favorablemente.

Las lesiones quísticas de páncreas son en su mayoría pseudoquistes. Los tumores quísticos suponen sólo el 10% de las lesiones quísticas pancreáticas, y el 1% de las neoplasias.

El cistoadenoma mucinoso pancreático, es un tipo clínico benigno de tumor quístico. Éstos son más frecuentes en mujeres que hombres, y aparecen a los 50-60 años. Cursan con dolor abdominal y pérdida de peso. Se localizan mayoritariamente en cuerpo y cola de páncreas; aunque en el caso expuesto apareció en cabeza. Las pruebas complementarias son TAC, RMN y ecoendoscopia. El estudio del contenido del quiste es fundamental para hacer un diagnóstico diferencial de probabilidad y establecer una indicación terapéutica.

En la anatomía patológica se caracterizan por ser macroquistes, con líquido mucinoso de componente sólido. Por su potencial premaligno, el tratamiento quirúrgico consiste en una resección completa del tumor. Debemos diferenciarlo, en primer lugar, del tumor quístico mucinoso borderline y del cistoadenocarcinoma mucinoso invasivo, así como de otras entidades quísticas tumorales y del pseudoquiste pancreático. Otras tumoraciones quísticas pancreáticas son el cistoadenoma seroso, tumor mucinoso papilar intraductal, neoplasia quística papilar, tumor quístico de los islotes pancreáticos y linfangiomas quísticos de páncreas.

ÁREA DE ESPECIAL INTERÉS EN CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA. ¿ES ÚTIL EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2?

Coautores: M. de la Plaza Galindo, E. García-Plata Polo, J.M. Juez Juez, F. Martín Acebes, J.L. Seco Gil

Objetivo:

Presentar nuestra experiencia inicial como grupo dedicado a la patología quirúrgica hepatobiliopancreática (HBP) tras tres años de funcionamiento.

Material y Métodos:

Análisis retrospectivo desde la formación del Servicio en 1975 hasta la formación de grupos en áreas de especial interés en cuanto a técnicas mayores en el campo de la cirugía HBP (resecciones hepáticas, resecciones pancreáticas). También se exponen otros aspectos relacionados con otros servicios hospitalarios.

Resultados:

Cirugía hepática: desde 1990 hasta 2006, se realizaban 4 resecciones año en promedio (hepatectomías derechas 10, hepatectomías izquierdas 10, segmentectomías y resecciones atípicas 40). Desde junio/06 hasta diciembre/09 se han realizado 39 resecciones hepáticas (33,3% son resecciones hepatobiliares por cáncer vesicular o tumores de la confluencia biliar). Se ha pasado de 4 a 13 resecciones anuales. Cirugía pancreática: desde 1975 a 2006 se realizaban 2,8 Whipple/año en promedio (rango 0 a 7); desde 2007 se hacen una media de 20 anuales. Cirugía biliar: se ha iniciado el abordaje laparoscópico de la vía biliar (4 pacientes). Otros: se ha instituido reunión semanal con Digestivo; se ha realizado una vía clínica para el estudio inicial del paciente con ictericia obstructiva en colaboración con Digestivo, Radiología y Urgencias.

Conclusiones:

La formación del grupo HBP en nuestro Servicio: a) ha aumentado el número de pacientes resecados y por tanto ha descendido el número de técnicas paliativas; b) aumenta progresivamente la complejidad de las intervenciones; c) abre nuevos vías de tratamiento (p.e. laparoscopia de la vía biliar) y, d) fomenta la imitación en especialidades afines (Radiología, Digestivo...).

DR. TOLEDANO TRINCADO, MIGUEL

Cirugía Hospital Medina del Campo

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS HEPÁTICOS

Coautores: J. Sánchez, B. Rodríguez Sanz, M.L.Martín Esteban, M.J. Luque García, H. Núñez, J.C. Martín del Olmo

Introducción:

La resección parcial del quiste hidatídico con aspiración de su contenido es la técnica más empleada para la hidatidosis hepática, sobre todo en áreas endémicas. La vía de abordaje laparoscópica para el tratamiento de los quistes hidatídicos se viene realizando desde 1992 cada vez con más frecuencia y genera controversias sobre la conveniencia o no de su uso.

Material y métodos:

Se estudiaron de forma retrospectiva 27 pacientes con Hidatidosis hepática y extrahepática entre Enero de 2004 y Enero 2010. 17 enfermos fueron intervenidos por vía laparoscópica. 7 Hombres y 10 mujeres. La edad media fue de 52.2 años. La forma de presentación más frecuente fue el dolor abdominal en 12 pacientes. La localización más frecuente fue el LHD. La mayoría de los pacientes presentaron un único quiste, aunque tuvimos un paciente con 3 quistes y otro con 4 sincrónicos. Todos los enfermos fueron tratados preoperatoriamente con Albendazol y se realizó CPRE preoperatoria en 5 pacientes.

Resultados:

El tiempo medio quirúrgico fue de 151 min, se realizó Quistoperiquistectomía parcial con aspirado del contenido y drenaje en todos los pacientes, se utilizaron 4 trócares como técnica estándar y el índice de conversión fue del 5.8%. Se realizó Colectomía asociada en 8 casos. La estancia media fue de 13,7 días y el uso de analgesia de segundo escalón de 3 días. No tuvimos complicaciones en 11 enfermos y la complicación más grave fue un caso de coma hiperosmolar. Se realizaron 2 CPRE postquirúrgicas, una de ellas por coleperitoneo (colocación de endoprótesis). La mortalidad peroperatoria fue nula. Realizamos 2 relaparoscopias. Con un seguimiento medio de 27.4 meses tuvimos 3 recidivas (17.6%) y la IgG permaneció positiva en 4 enfermos.

Conclusiones:

En nuestra opinión la mayoría de las periquistectomías parciales hidatídicas son reproductibles por laparoscópica sin necesidad de instrumentación específica. Las complicaciones y las recidivas encontradas son similares a las de la cirugía abierta. El uso de suero hipertónico debe ser cuidadoso y evitar su contacto con el peritoneo parietal, pues produce por esta vía hipernatremias que pueden llegar a ser graves.



LEÓN
10, 11 Y 12 - JUNIO - 2010

VIERNES 11 DE JUNIO: 15:00 a 16:30 hrs.

SALA 2

Comunicaciones orales:

--coloproctología-miscelánea--

Moderadores:

- Dr. Carmelo Yarritu Villanueva
Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro. Burgos
- Dr. Jesús Fernández Fueyo
Complejo Asistencial Universitario de León

1) CÁNCER COLORECTAL Y EDAD. ANÁLISIS DE 1924 PACIENTES

Coautores: C. Tinoco Carrasco, F. Labarga Rodríguez, A.Villar Negro, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo, M.A. Cítores Pascual

Objetivo: Analizar como influye la edad en la forma de presentación y en la actuación del cirujano en pacientes con cáncer colorectal

Material y métodos: análisis de 1924 pacientes diagnosticados de cáncer colorectal entre 2005 y 2006. Se han dividido en 4 grupos según la edad: Grupo I 89 años.

Resultados:

Hay un incremento progresivo de casos urgentes desde el 13% del Grupo I al 47 % del Grupo IV ($p=0.0001$). El 69% de los pacientes del Grupo IV tenían co-morbilidad asociada frente al 35% del Grupo I ($p=0.0001$). Porcentajes similares se encontraron en la clasificación ASA. Se operaron el 96% de los pacientes del Grupo I, 95% del Grupo II, 85% de los del Grupo III y el 59% de los del Grupo IV ($p=0.0001$). De los pacientes operados se reseccó el tumor en el 93% del Grupo I, el 88% el II, el 80% en el III y el 72% del Grupo IV ($p=0.0001$). Se practicó cirugía paliativa en el 20% de los pacientes del Grupo I ascendiendo progresivamente hasta el 34% en el Grupo IV ($p=0.0095$). El porcentaje de pacientes sin estadiar fue 3%, 6%, 18%, 45% en los grupos I, II, III y IV respectivamente ($p=0.0001$). La mortalidad quirúrgica fue del 4% en el grupo I, 8% en el Grupo II, 14% en el Grupo III y 25% en el Grupo IV ($p=0.0001$). No hubo diferencia significativas al analizar la mortalidad por grupos de edad estratificados por el grado ASA.

Conclusiones:

La relación entre edad y resultados por cirugía del cáncer colorectal es compleja y puede confundirse por diferencias en el estadio de presentación, localización, co-morbilidad pre-existente y tipo de tratamiento recibido.

2) CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR PATOLOGÍA COLORECTAL. EXPERIENCIA INICIAL

Coautores: C.Tinoco Carrasco, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez Díaz, C. Benito Fernández, M.A. Cítores Pascual

La cirugía laparoscópica del colon es una técnica aceptada y en expansión en los diferentes servicios de cirugía. Se presenta la experiencia en cirugía laparoscópica del colon de una sección del Servicio de Cirugía de un Hospital de nuestra Comunidad. Material y métodos: todas las intervenciones fueron realizadas por un mismo cirujano. Se intervinieron 29 pacientes en un periodo de tres años. Las indicaciones para la cirugía fueron cáncer de colon en 22 casos, tumor benigno de colon en 5 y enfermedad diverticular en 2 casos. En tres pacientes se reconvirtió a cirugía abierta (10%). Se completaron por vía laparoscópica 17 colectomías derechas, dos colectomías transversas y 7 colectomías izquierdas.

Resultados:

la mediana del tiempo quirúrgico fue de 138 minutos (65-240). Esta cifra fue de 170 minutos para los 11 primeros casos, descendiendo a 120 minutos en los últimos 15 casos. La mediana de ganglios aislados en los pacientes tumorales fue de 15 (4-48). La mediana de inicio de tolerancia fue de 2 días (1-4). La mediana de estancia hospitalaria fue de 7 días (3-25). Hubo complicaciones postoperatorias en tres pacientes (12%), un episodio de angor que precisó ingreso en UCI, un cuadro de ileo paralítico y una dehiscencia de sutura que requirió reintervención. No hubo mortalidad.

Conclusiones:

La cirugía laparoscópica, para el tratamiento de la patología del colon, es tan segura como la cirugía abierta, tiene una tasa muy baja de complicaciones, un tiempo operatorio muy aceptable y una estancia sensiblemente inferior a la cirugía abierta.

3) CÁNCER COLORECTAL EN NONAGENARIOS. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS.

Coautores: C.Tinoco Carrasco, A.Villar, F.Labarga Rodríguez, R.Martínez, M.Gonzalo, M.A.Cítores Pascual, C.Benito Fernández

Objetivo:

Analizar las características del cáncer colorectal en pacientes nonagenarios. Material y métodos: Análisis retrospectivo de 74 pacientes mayores de 89 años, diagnosticados de cáncer colorrectal (1986-2009). Resultados: El rango de edad va de 90 to 98 años (media 92). 28 pacientes eran varones y 46 mujeres. Dos pacientes fueron clasificados ASA I, 20 ASA II, 26 ASA III, 20 ASA IV y 6 ASA V. En el periodo 1986-2000 fueron diagnosticados 22 casos (30%), mientras que en el periodo 2001-2009 se diagnosticaron 52 (70%). 44 pacientes (59%) fueron operados, siendo resecado el tumor en 32 casos (74%). Doce pacientes fueron tratados con endoprótesis. Diecinueve pacientes (44%) de 43 operados fueron intervenidos de urgencia. La mortalidad fue 26% (11 casos), siendo la morbilidad 51% (22 casos). Ninguno de los 18 pacientes operados, clasificados ASA I-II, falleció. De acuerdo a la clasificación TNM, 3 pacientes fueron clasificados estadio I, 18 estadio II, 7 estadio III y 11 estadio IV. En 35 casos los pacientes no fueron estadiados. La supervivencia media fue de 22 meses para los pacientes operados (rango 0-86) y de 8 meses para los no operados (rango 0-38). Conclusiones: En los últimos años hemos sido testigos de un incremento importante de pacientes nonagenarios diagnosticados de cáncer colorectal. La cirugía colorectal puede ser realizada con tasas aceptables de mortalidad en pacientes con bajo riesgo perianestésico. Sin embargo, la supervivencia parece estar más relacionada con la esperanza de vida de este grupo de pacientes, que con la evolución de la enfermedad.

DR. GARCÍA GARCÍA, JACINTO

Hospital Universitario de Salamanca (3). Miembros Vía Clínica Cáncer de Recto(1); Centro del Cáncer Universidad de Salamanca (2)

RESPUESTA A LA NEOADYUVANCIA EN EL CÁNCER DE RECTO : PODEMOS PREDECIRLA?

Coautores: M. González (2), L.M González(1), J.A Alcazar(1), F.G-Conde(1), F. Blanco(1), A. Rodríguez(1), E. Fonseca(1), M. Martín(1), G. Santos(1), O. Bengochea(1), J.M. Sayagues (2), S. Sibani(3), J. Labaer(3), A. Orfao(2), M. Fuentes(2)

Las células tumorales expresan diversas proteínas que inducen la activación del sistema inmune por lo que podrían actuar como biomarcadores que nos permitieran el diagnóstico o la respuesta a la terapéutica.

PACIENTES Y METODOS

Pacientes incluidos en el protocolo diagnóstico y terapéutico de la Vía Clínica del Cáncer de Recto de nuestro hospital incluido también en el Proyecto Nacional Auditado de Cáncer de Recto que recibieron tratamiento neoadyuvante . .

Se analizaron un total de 40 muestras pareadas de 20 pacientes (muestras pre y post-neoadyuvancia) Para el análisis de expresión proteica se utilizó arrays de NPPA(Nucleic Acid Programmable Protein Arrays) que permiten la detección simultánea de 1000 Ac frente a proteínas conocidas como potencialmente tumorales Para la detección de las anomalías cromosómicas empleamos marcajes múltiples con técnica de FISH(Hibridación in situ) sobre núcleos interfásicos mediante el uso sistemático de 51 sondas.

Los resultados se correlacionan con los datos anatomoclinicos El grado de regresión tumoral fue evaluado de acuerdo con la escala Dworak...

RESULTADOS Y CONCLUSION

Del análisis preliminar de nuestros resultados mediante cluster se deduce que los tumores que expresan Ac frente a las proteínas H-RAS,BAP1 yDUSP19 no responden al tratamiento neoadyuvante .

Los pacientes que responden a la Neoadyuvancia presentan en el análisis por FISH amplificación en la zona 20q13 y ganancias de c-myc y pérdidas de p53

DR. MONGE ROPERO, NICOLÁS

Servicio de Cirugía, Hospital General de Segovia

ADENOCARCINOMA RECTAL: RESPUESTA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE

Coautores: G. Aís Conde, J. Etreros Alonso, J.P. Arjona Trujillo, L. Malavé Cardozo, P. Vázquez Santos M. Pérez Cerdeira, A. Delgado Mucientes, B. Fadrique Fernández, J.J. Manzanares Sacristán

En los últimos años se han hecho esfuerzos encaminados a conseguir una resección R0 en el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto, disminuyendo de esta forma la probabilidad de recidiva local. Para ello, la radioterapia preoperatoria es un factor clave, basada su indicación en la estadificación preoperatoria correcta, así como la mejora de la técnica quirúrgica introduciendo el concepto de escisión total del mesorrecto para obtener márgenes circunferenciales libres de tumor.

Hemos realizado un estudio retrospectivo, recogiendo todos los pacientes tratados en nuestro Servicio por cáncer de recto en los últimos 38 meses. De un total de 87 pacientes intervenidos de neoplasia de recto, 25 recibieron radioterapia y quimioterapia neoadyuvante según protocolo de nuestro centro. La radioterapia pélvica ha sido de ciclo largo en todos los casos.

Han sido analizados estos 25 pacientes comparando el estadiaje previo a la neoadyuvancia y posteriormente los hallazgos quirúrgicos e histopatológicos (grado de regresión tumoral según la clasificación de Mandard). De todos, en 23 pacientes hubo regresión tumoral con distinta variabilidad, consiguiendo una resección R0. Por otro lado, en 2 pacientes, progresó el tumor haciéndolo irreseccable, realizando tratamiento paliativo.

Hacemos una discusión de la indicación de la neoadyuvancia en el cáncer de recto así como una revisión bibliográfica del tema.

DR. PALOMO LUQUERO, ALBERTO

Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Yagüe de Burgos

AMPUTACIÓN ABDOMINO-PERINEAL: TIEMPO PERINEAL EN PRONO. RESULTADOS PRELIMINARES

Coautores: E.Alonso Alonso, I.López Botín, A. Eldabe Mikhail, S.A. Novotny Canals, J.A. Ortega Seda, J.F. Reoyo Pascual, V.A. Rodrigo Amador, R. León Miranda, J.L. Seco Gil

Objetivo:

los tumores rectales distales son de peor pronóstico, al igual que la amputación abdominoperineal (AAP) es menos segura oncológicamente que la resección anterior baja. En las piezas de anatomía patológica se describen con frecuencia márgenes afectos en dichos tumores, y macroscópicamente se objetiva un afilamiento en las proximidades del tumor. En el cáncer de recto bajo la intervención oncológica es el tiempo perineal. Se pretenden verificar las ventajas del decúbito prono en las AAP.

Material y método:

describimos 4 pacientes con tumores de recto bajo, en los que el tiempo perineal de la AAP se realizó en decúbito prono. En esta posición se favorece una exéresis más amplia en la región peritumoral, resultando márgenes libres en mayor proporción. En posición de navaja se incide la piel sobre el coxis, extirpándolo; se rodea el ano, incluyendo en la pieza el esfínter externo. Bajo el coxis se accede al espacio intraperitoneal, desde el que se resecan los elevadores anales, dejando un resto muscular para anclar una malla biológica reabsorbible. El plano prostático, habitual fuente de sangrado, está accesible, con la posibilidad de una hemostasia más selectiva y eficaz. La pieza resultante tras estas intervenciones es cilíndrica, sin afilamientos peritumorales.

Resultados:

1 infección de herida perineal, sin consecuencias para la malla. Anatomía Patológica: pieza cilíndrica, márgenes libres.

Conclusiones:

la posición en decúbito prono favorece una exéresis más controlada, y amplia de la región peritumoral en el cáncer de recto inferior, con las consiguientes ventajas oncológicas y quirúrgicas para nuestros pacientes.

1) CÁNCER DE RECTO: RESULTADOS 2007-09

Coautores: I. López Botín, E. Alonso Alonso, A. Eldabe Mikhail, J.A. Ortega Seda, R. León Miranda, V. Rodrigo Amador, J.L. Seco Gil

INTRODUCCIÓN

El cáncer de recto exige la constante revisión de los medios diagnóstico-terapéuticos, la búsqueda de la técnica quirúrgica perfecta desde el punto de vista oncológico, y su abordaje multidisciplinar.

RESULTADOS

Desde el 1/11/07 hasta el 31/12/09 han sido presentados 133 pacientes con cáncer de recto de los que se han operado 124. Se practicó neoadyuvancia en 16 pacientes. Las pruebas diagnósticas han sido: colonoscopia y biopsia en 100% de los casos, TC tórax-abdomen 86,3%, RMN pelvis 82,1% , Ecoendoscopia 62,7%. Las técnicas quirúrgicas realizadas han sido: 7 T.E.M, 9 colostomías sin resección de tumor, 105 cirugía mayor (64 con anastomosis, 8 Hartmann y 33 A.A.P) y 7 resecciones locales. La estancia media ha sido de 15,4 días. Según los estadíos: 3,14% (0), 21,26% (I), 20,47% (II), 34,65%(III), 20,47% (IV). El número medio de ganglios aislados ha sido de 15. La adyuvancia se practicó en el 52,3% de los casos. Las complicaciones han sido 8 dehiscencias (3 precisaron reintervención), 28 infecciones de pared, 8 seromas, 3 ileos obstructivos, 3 ileos paralíticos, 2 fístulas urinarias, 5 evisceraciones, 7 retenciones urinarias, 1 hidronefrosis, 2 hemorragias, y 1 incontinencia anal transitoria. La mortalidad ha sido de 5 pacientes(2 dehiscencias, 2 hemorragias y 1 carcinomatosis.).

CONCLUSIONES

Estamos consiguiendo disminuir la mortalidad así como la tasa de dehiscencias en resección anterior baja aunque nuestra tasa de infección de herida sigue siendo alta. Confiando en el abordaje multidisciplinar y en el avance continuo de la técnica esperamos seguir mejorando nuestros resultados.

2) PROCALCITONINA Y SEPSIS EN PACIENTES DE CIRUGÍA GENERAL

Coautores: R.M. Martínez Castro, J.A. Ortega Seda, R. León Miranda, A. Eldabe Mikhail, M. de la Plaza Galindo, J.L. Seco Gil

INTRODUCCIÓN:

En los últimos años, se ha estudiado la utilidad de la Procalcitonina (PCT) como marcador de gravedad de sepsis, relacionando sus valores con la diferenciación de los estadíos sépticos, así como buen predictor de complicaciones postoperatorias.

OBJETIVOS:

Los objetivos principales de nuestro estudio son , demostrar que la procalcitonina es un marcador útil y precoz en el diagnóstico y diferenciación de Sepsis en los pacientes con patología quirúrgica así como evaluar los niveles de procalcitonina en el diagnóstico de complicaciones infecciosas en el contexto de un postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio Descriptivo Prospectivo de evaluación de prueba diagnóstica sobre un total de 75 pacientes de Marzo a Julio de 2009 estableciendo 2 grupos: el primero, pacientes con patología infecciosa (colecistitis aguda, diverticulitis aguda, isquemia mesentérica y perforaciones gastrointestinales) y el segundo grupo, pacientes intervenidos por patología no infecciosa, que durante su postoperatorio presentan complicación infecciosa del tipo: infección del tracto urinario (ITU), bacteriemia asociada al catéter (BAC), neumonía, absceso intrabdominal, infección de herida quirúrgica y dehiscencia de anastomosis.

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos evidencian que no sólo se elevan los valores de procalcitonina ante un proceso séptico sino que sus valores son más altos en relación a mayor gravedad del proceso ayudando además al diagnóstico de complicaciones infecciosas postoperatorias.

DR. SECO GIL, JUAN LUIS

Cirugía General. Hospital General Yagüe de Burgos

CURSOS DE ENTRENAMIENTO EN SUTURAS LAPAROSCÓPICAS

Coautores: S. Rodríguez Serrano, E. García Plata, O. Vidal Doce, M. de la Plaza Galindo, E. Alonso Alonso, M. Álvarez Rico, M. Viana Miguel, J. Ortega Seda, F. Reoyo Pascual, A. Palomo Luquero, V. Rodrigo Amador, R. León Miranda

Objetivo

Se exponen la actividad del Servicio de Cirugía del Hospital de Burgos en la enseñanza de la cirugía laparoscópica, llevada a cabo mediante la realización de diecinueve cursos de entrenamiento en suturas laparoscópicas, desde 2008 a mayo de 2010.

Material y métodos

Los cursos se han basado fundamentalmente en el entrenamiento en entrenadores, complementados con el manejo del simulador virtual lap-sim. En dos de los cursos se ha realizado asimismo cirugía transmitida en directo, y en ellos el tiempo de entrenamiento ha sido solo de cuatro horas. En los otros 17 cursos, se han efectuado 15 horas de entrenamiento, en dos días, con un alumno por puesto de trabajo. En uno de los cursos se han utilizado además modelos animales.

Resultados

Un total de 165 alumnos han seguido los cursos, 108 de ellos en los cursos de 15 horas de entrenamiento, los cuales en un principio incluían a 3 alumnos por curso, para ser de 11-12 alumnos en los últimos. Un total de 66 alumnos han sido residentes de especialidades quirúrgicas, mientras que 99 eran adjuntos. La mayoría (130) eran cirujanos o residentes de cirugía general, aunque también ha habido de ginecología, urología y otras especialidades. Una mayoría de los que siguieron los cursos eran de Castilla y León (92), con más frecuencia de Burgos (53), Salamanca (11), Valladolid (9) y Palencia (8). Hubo 17 alumnos procedentes del País Vasco, 8 de Galicia y Castilla-La Mancha, 7 de Canarias, 5 de Madrid, Cataluña, Valencia y el resto procedían de otras zonas. La media de minutos que un alumno tarda en dar un punto se reduce de 13,5 al inicio del curso, a 5,5 a mediados del mismo, y en hacer una sutura continua de 21 a 11,7.

Conclusiones

El uso de entrenadores es un método eficaz para el aprendizaje de las suturas laparoscópicas. Existe una amplia demanda de este tipo de cursos, entre diversas especialidades quirúrgicas. Las prácticas en simuladores virtuales y en modelos animales complementan las realizadas en los entrenadores, que son la base del aprendizaje de las suturas laparoscópicas.



LEÓN
10, 11 Y 12 - JUNIO - 2010

VIERNES 11 DE JUNIO: 15:00 a 16:30 hrs.

SALA 3

Comunicaciones orales y un vídeo:

--coloproctología-miscelánea--

Moderadores:

- Dr. Luis Ramón Cabezudo San José
Complejo Asistencial de Zamora
- Dra. Reyes Álvarez Rodríguez
Hospital El Bierzo de Ponferrada. León

ORALES

DR. DURÁN GIMÉNEZ-RICO, HIPÓLITO

Hospital Madrid Norte San Chinarro

RESULTADOS INICIALES CON EL TEM EN LA PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA ANORECTAL

Coautores: E. Esteban Agustí, P. Galindo Jara, M.Marcello Fernández, E.Díaz Reques, Y.Quijano Collazo, E. Vicente López

Introducción y objetivos:

La microcirugía endoscópica transanal (TEM) posibilita la exéresis de grandes adenomas y ciertos cánceres de la ampolla rectal, evitando la resección anterior baja o la amputación abdominoperineal.

Pacientes y métodos:

10 pacientes con TEM entre abril de 2009 a febrero de 2010. Patología benigna y maligna.

Resultados:

Correlación TN-patológica antes y después del TEM: Anatomías patológicas/TN preoperatorios: 6 adenomas (TON0); 1 tumor carcinoide (T1N0) y 3 adenoca (1T1N0; 1T2N0, y 1T3N1; Anatomías patológicas/TN postoperatorias: de 6 adenomas/TON0 se obtuvieron 4 adenomas/TON0 y 2 adenoca/T1N0; el único tumor carcinoide se mantuvo T1N0; de 3 adenoca, el único T1N0 pasó a un estadio T2N0. Los otros 2, mantuvieron su estadificación TN. Radicalidad del procedimiento: todas las lesiones presentaron márgenes mayores a 5mm y con escisión de toda la pared del recto.

Complicaciones postoperatorias:

1 complicación mayor: perforación intraperitoneal y 2 complicaciones menores: 1 perforación de reflexión peritoneal y 1 perforación de vagina, advertidas de inmediato y suturadas en ese mismo momento. Días de estancia: los enfermos sin complicaciones, 48 h; los dos enfermos con complicaciones menores, 5 días; el enfermo con complicación mayor, 15 días.

Conclusiones:

El TEM nos ha permitido: 1-extirpar lesiones rectales con escasa morbilidad y máxima radicalidad; 2-rectificar en un 33% los diagnósticos anatomopatológicos endoscópicos de adenoma inicialmente erróneos, y 3-rectificar también en un 33% las estadificaciones TNM del adenoca preoperatorios obtenidas por resonancia o ecoendoscopia

DR. ESTEBAN AGUSTÍ, ENRIQUE

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Madrid-Norte-Sanchinarro/ Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC)/ Universidad San Pablo Ceu

CIRUGÍA RADICAL DEL CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL (TÉCNICA DE SUGARBAKER): RESULTADOS PRELIMINARES A LA IMPLANTACIÓN DEL TRATAMIENTO COMBINADO CON QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA

Coautores: M. Marcello Fernández, P.Galindo Jara, H. Durán Giménez-Rico, M.A. Montenegro Martín, L. Galán Raposo, I.Díaz Padilla, L. Minig, Y. Quijano Collazo, E. Vicente López

INTRODUCCIÓN:

La citorreducción óptima es el principal factor independiente de supervivencia en el cáncer de ovario con carcinomatosis. Previamente a implantar un programa combinado de citorreducción+quimioterapia hipertérmica intraperitoneal intraoperatoria (HIPEC), nuestro Servicio ha comenzado a aplicar la técnica de peritonectomía (Sugarbaker).

PACIENTES Y MÉTODO:

Dieciséis pacientes consecutivas con carcinomatosis peritoneal ovárica. Quimioterapia neoadyuvante (carboplatino+taxol, mediana 5 ciclos, rango 3-14) y cirugía radical. Índice de carcinomatosis: mediana 8 sobre 39 (rango 2-27). Número de cuadrantes afectados: mediana de 6 (rango 1-13).

RESULTADOS:

Citorreducción completa Cc-0 (tumor residual no visible): 16/16 pacientes (100%). Procedimientos: pelvipertonectomía+histerectomía+anexectomía, linfadenectomía radical, omentectomía, apendicectomía y resección ligamento redondo (n=16, 100%); resección anterior rectal (n=8, 50%), resecciones cólicas (n=2, 12'5%), peritonectomía subfrénica derecha (n=6, 37'5%), resección segmentaria de intestino delgado (n=8), resección hepática menor (n=1, 6'25%), resección parcial diafragmática (n=1), esplenectomía (n=2), etc. Tiempo operatorio: 140-530 minutos (mediana 310). Transfusión intraoperatoria: 0-4 concentrados hematíes (media 2'19). Transfusión postoperatoria 0-5 (media 1'18).

Estancia postoperatoria en UCI: 1-3 días (mediana 1). Reinstauración de alimentación oral: 2º-15º día (mediana 5º). Complicaciones: íleo parálítico prolongado (n=3, 18'75%), hemoperitoneo (n=1, 6'25%), edema agudo de pulmón (n=1), fiebre (n=1), absceso pélvico (n=1), bacteriemia (n=1), SIRS+coagulopatía+trombopenia (n=1). Reintervenciones: 1. Tasa de complicaciones grado III/IV: 12'50%. Estancia hospitalaria: 5-25 días (mediana 11). Mortalidad: 0%.

CONCLUSIONES:

El tratamiento quirúrgico radical de la carcinomatosis peritoneal ovárica, aunque técnicamente demandante, es posible con razonables tasas de morbimortalidad y excelentes tasas de citorreducción óptima. El desarrollo de la citorreducción radical es preciso para dar paso al tratamiento combinado con HIPEC.

DR. GÓMEZ ALONSO, DANIEL

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo/ Complejo Asistencial de Palencia

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE COLON Y RECTO TRAS LA CREACIÓN DE LA UNIDAD COLORRECTAL

Coautores: A.Huidobro Píriz, C.R. Díaz Maag, J.E. Castrillo Arconada, E.Carretero Cabezudo, J.C Díez Carabantes, J.H. Herrera Kok, P.de Castro Monedero, J.L. Álvarez-Conde

OBJETIVO:

Revisión y exposición de los resultados obtenidos en cirugía colorrectal laparoscópica realizada por la Unidad Colorrectal del Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo del Complejo Asistencial de Palencia. MATERIAL Y METODOS: La Unidad Colorrectal es un proyecto del Servicio de Cirugía del Complejo Asistencial de Palencia creado en Abril del año 2009 que se encarga del manejo y tratamiento de la patología colorrectal benigna y maligna, y de la elaboración de protocolos de actuación en dicha patología. Esta unidad está formada por cuatro cirujanos y un M.I.R. del servicio. Se ha realizado una revisión sistemática y recogida de datos de los pacientes intervenidos por patología colorrectal mediante cirugía laparoscópica desde Abril de 2009 a mayo de 2010, que suponen un total de 58 casos.

RESULTADOS:

En la serie de pacientes que hemos revisado se han analizado parámetros como edad, sexo, comorbilidad, intervención quirúrgica realizada, localización tumoral, índice de reconversión a cirugía abierta e índice de reintervención, estancia hospitalaria, complicaciones, y estadiaje tumoral.

CONCLUSIONES:

Con la realización de protocolos de actuación y cirugía laparoscópica en patología colorrectal se ha mejorado el manejo de esta patología y se ha disminuido de manera significativa la estancia media hospitalaria de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por esta patología durante el año 2009 y los primeros meses del 2010 en nuestro centro hospitalario.

DR. ORTEGA SEDA, JOSÉ ANDRÉS

Servicio de Cirugía General. Hospital General Yagüe de Burgos

MICROCIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL. NUESTRA EXPERIENCIA

Coautores: E. Alonso Alonso, A. Eldabe Mikhail, I. López Botín, J.F. Reoyo Pascual, R. León Miranda, S.A. Novotny Canals, V. Rodrigo Amador, A. Palomo Luquero, J.L. Seco Gil

OBJETIVO

Exponer nuestra casuística en Microcirugía Endoscópica Transanal –TEM-, Contrastando resultados con la literatura médica.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde el 9 de diciembre de 2009, hasta el 21 de mayo de 2010, se han intervenido 7 pacientes mediante TEM, de los cuales 5 son varones(71.4%) y 2 mujeres(28.6%). La edad media de los pacientes es de 77.4 años(82 años para las mujeres y 75.6 años para los hombres). La lesión se sitúa a una distancia de márgenes anales entre 4 y 12 cm de márgenes anales, con una distancia media de 8 cm de márgenes anales. En todos los casos la tumoración asienta en toda la circunferencia en un caso, siendo las más frecuentes la cara posterior(4 casos frente a 3 en lateral, tanto derecha como izquierda). El estadio en el que se encontraban eran todos $T1N0$. El tamaño medio de la lesión fue de 2.15 centímetros. El diagnóstico fue de adenocarcinoma en todos y a todos se les hizo resección con anastomosis posterior.

RESULTADOS

Complicaciones:

- . En dos casos, fiebre de hasta 38°C en el primer día postoperatorio, autolimitado, sin trascendencia clínica.
- . Dolor: leve o inexistente con una pauta de AINES.

Anatomía Patológica:

En todos los casos hasta el momento, márgenes libres (el menor, de 3 mm), con espesor de pared total. $cT1$.

Estancia Hospitalaria Postoperatoria:

Entre 3 y 5 días.

CONCLUSIONES

La Microcirugía Endoscópica Transanal es un abordaje de mínima invasión idóneo para el tratamiento de neoplasias rectales, en casos seleccionados. Ofrece seguridad oncológica (excelente exposición, respetándose márgenes laterales adecuados, con exéresis de pared rectal completa), un bajo índice de complicaciones y evita la agresividad de otras alternativas quirúrgicas.

DR. PALOMO LUQUERO, ALBERTO

Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital General Yagüe de Burgos

1) ECOGRAFÍA ENDOLUMINAL EN PATOLOGÍA RECTAL: ACTUALIZACIÓN DE RESULTADOS

Coautores: E.Alonso Alonso, I.López Botín, A. Eldabe Mikhail, S.A. Novotny Canals, J.A. Ortega Seda, J.F. Reoyo Pascual, V.A. Rodrigo Amador, R. León Miranda, J.L. Seco Gil

Objetivo: actualizar los resultados preliminares en las ecografías endoluminales realizadas por patología rectal por el Servicio de Cirugía del Hospital General Yagüe de Burgos.

Material y métodos: utilizamos un equipo HITACHI EUB 7000 HV Ultrasound Scanner. Como preparación se administra un enema de limpieza una hora antes del procedimiento. El paciente se posiciona en decúbito lateral izquierdo. Se procede a una explicación del procedimiento y a un tacto rectal previos a la ecografía.

Resultados:

desde la introducción del ecógrafo en nuestro Servicio en enero de 2009, se han realizado un total de 149 ecografías endoluminales en un total de 135 pacientes. La patología predominante son las neoplasias ano-rectales, con 85 casos (63%), seguidas de las fístulas anales, 28 pacientes (21%). También se lleva a cabo esta prueba en los casos de incontinencia fecal (n = 10, 7%) y en individuos con dolor ano-pélvico crónico (n = 4, 3%). En un 6% la ecografía mostró otros hallazgos (principalmente hemorroides o exploraciones normales).

Conclusiones:

la disponibilidad de la ecografía endoluminal para el estudio de la patología ano-rectal ha supuesto un avance muy importante dentro del arsenal diagnóstico del que disponemos. En 16 meses se han realizado 149 procedimientos, instaurándose como una prueba fundamental para nuestros pacientes. Este recurso es de suma trascendencia en un Servicio de Cirugía General que disponga de una Unidad de Coloproctología, ya que permite un estudio más rápido y una mayor autonomía. Además, el adiestramiento en estos procedimientos es de gran importancia para los cirujanos en formación.

2) ENFERMEDAD DIVERTICULAR YEYUNOILEAL ADQUIRIDA. SERIE DE CASOS 1998-2008

Coautores: E.B. García-Plata Polo, M.A. Álvarez Rico, S.A. Novotny Canals, J.A. Ortega Seda, J.F. Reoyo Pascual, V.A. Rodrigo Amador, R. León Miranda, J.L. Seco Gil

Objetivo:

revisar la serie de casos intervenidos por nuestro Servicio en el período 1998 – 2008 por complicaciones de una enfermedad diverticular yeyunoileal.

Material y métodos:

análisis retrospectivo del período citado, atendiendo a la forma de presentación clínica, pruebas complementarias, evolución clínica y anatomía patológica.

Resultados:

se contabilizan un total de 7 casos, 5 mujeres y 2 hombres, con edades comprendidas entre los 44 y los 83 años (media 67 años). La forma de presentación predominante fue la perforación de un divertículo yeyunoileal, 86% (n=6), con un caso de shock hipovolémico por hemorragia digestiva, 14% (n=1). Se realizó TAC abdominal en 5 de los casos (71%), demostrando claramente la presencia de un divertículo yeyunoileal perforado en sólo dos casos. En todos los casos la opción terapéutica consistió en la intervención quirúrgica urgente, con resección del segmento afectado. La estancia media postoperatoria fue de 19 días. En nuestra serie hay un fallecido.

Conclusiones:

la diverticulosis yeyunoileal es una patología poco frecuente que afecta principalmente a individuos de edad avanzada. Se tratan de pseudodivertículos formados por herniación de la mucosa y la submucosa a través de la capa muscular, en el borde mesentérico del intestino delgado. Suelen ser múltiples y se relacionan con diverticulosis colónica. Un 30% de las formas son sintomáticas, de manera aguda o crónica. La enfermedad diverticular del intestino delgado debe incluirse en el diagnóstico diferencial de un abdomen agudo en el cual las pruebas complementarias ofrecen resultados poco precisos, pudiendo ofrecer una solución quirúrgica a un cuadro potencialmente letal.

PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES COMO PASO PREVIO A LA CIRUGÍA EN NEOPLASIA OBSTRUCTIVA DE COLON

Coautores: V. Arteaga Peralta, F. Adel Abdulla, J. E. Quiñones Sampedro, R. de la Plaza Llamas, J. M. Ramia Angel, M. Labalde Martínez, F. J. Labrador Valverdú, A. Golitsin de Francisco, J. García-Parreño Jofre

Introducción:

Presentamos la experiencia de nuestro centro en la resolución inicial de la obstrucción cólica izquierda de origen tumoral mediante el uso de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA) como paso previo a la cirugía.

Objetivo:

Evaluar los resultados globales obtenidos utilizando la colocación de una PMA no paliativa, en la neoplasia de colon izquierda obstructiva, incluyendo el tipo de cirugía y sus complicaciones.

Material y método:

Realizamos un estudio clínico prospectivo en donde la muestra son los pacientes diagnosticados de cuadro agudo obstructivo neoplásico de colon izquierdo en el período comprendido entre diciembre de 2007 y marzo de 2010.

El diagnóstico inicial se basó en la historia clínica (oclusión clínica a gas y heces), la exploración del paciente, la radiografía simple de abdomen. Ante la sospecha clínica de obstrucción se llevo a cabo su confirmación mediante la demostración por tomografía computerizada (TC) multicorte de la neoplasia.

Los criterios de selección utilizados en nuestro servicio para la colocación de una PMA son: oclusión maligna de colon confirmada por TC, localizada entre el promontorio y el colon transverso. Se excluyen aquellos pacientes con exploración clínica compatible con peritonitis, sospecha de perforación diastásica de ciego, neumoperitoneo, o presencia de tumor sincrónico del colon.

Previo a la colocación de la PMA se realiza enema de limpieza.

El procedimiento se consideró efectivo cuando existe paso de gas y heces a través de la PMA, con resolución de los síntomas oclusivos en menos de 72 horas.

Resultados:

Se incluyeron 20 pacientes (14 hombres y 6 mujeres) con una edad media de 72 años (rango 47-87). Riesgo ASA: I (3), II (13), III (3) y IV (1). La localización del tumor fue: recto-sigma (4), sigma (6), colon izquierdo (8) y colon transverso (2).

El tipo de prótesis usada fue: metálica, autoexpandibles y no recubiertas (Wallflex) de 22x60mm, 13 y 22x90mm, 7.

Un paciente precisó 2 y los otros 18 una.

En todos los casos se utilizó fluoroscopia, que fue asistida por endoscopia en 18.

El éxito técnico fue del 95%. Fracasó en uno de los 20 pacientes por obstrucción completa que precisó cirugía urgente. La colocación fue efectiva en los 19 pacientes (100%).

El tiempo medio entre la colocación del stent y la cirugía fue de 14 días (Rango 2-39 días)

Tratamiento quirúrgico: En 18 pacientes se realizó anastomosis primaria y en 2 se realizó colectomía subtotal con ileostomía terminal. En 7 pacientes se realizó la intervención por laparoscopia y en los restante 13 por laparotomía.

Las complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo, Ann Surg 2009) fueron: Grado I: 2, II: 2, IIIb: 4 (Dehiscencia de anastomosis que precisó reintervención).

La clasificación TNM, estadios: IIA: 7, IIIA: 4, IIIB: 4, IIIC: 3 y IV: 2.

Conclusiones:

Las PMA han corregido la obstrucción colorrectal con elevada efectividad (100%). Habiendo permitido convertir la cirugía urgente en electiva.

Se han evitado los estomas terminales en el 70% de los pacientes aunque hemos tenido una elevada morbilidad por dehiscencia de anastomosis (22%).

Se precisan estudios controlados aleatorizados que comparen el abordaje convencional (intervención de Hartmann, lavado intraoperatorio o colectomía subtotal) con la secuencia stent-cirugía electiva.

DRA. TINOCO CARRASCO, CLAUDIA

Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Río Hortega

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES INTERVENIDOS POR CÁNCER DE RECTO

Coautores: M.A. Citores Pascual, J.J. Arenal Vera, C. Benito Fernández, G. Sánchez Antolín, M. González Sagrado

Objetivo:

Actualmente se prefieren las técnicas conservadoras de esfínteres en el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto, ya que se creó que la calidad de vida de los pacientes con amputación abdominoperineal (AAP) es peor. Sin embargo, algunos estudios muestran que las anastomosis muy bajas pueden condicionar peor calidad de vida debido a una deficiente función anorrectal. Analizamos la calidad de vida de los pacientes intervenidos por cáncer de recto en nuestro centro.

Material y métodos:

Pacientes intervenidos por cáncer de recto durante un periodo de 5 años. La calidad de vida se valoró mediante el cuestionario EuroQol, en sus cinco dimensiones y escala analógica visual (EQ-EVA) y los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y QLQ-CR38.

Resultados:

De los 234 pacientes intervenidos, 74 fueron incluidos en el estudio. A 29 se les había practicado AAP, a 17 resección anterior alta (RAA) y a 28 resección anterior baja (RAB). La tasa de respuesta fue del 64,75%. No hubo diferencias significativas en las dimensiones EuroQol y la EQ-EVA mostró un alto estado de salud. En los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y QLQ-CR38, la RAA se mostró significativamente mejor en el estado global de salud/calidad de vida y en la escala emocional; la AAP tuvo mejores resultados en las escalas de rol y sexual y, finalmente, la RAB tuvo la peor funcionalidad gastrointestinal.

Conclusiones:

Los pacientes manifiestan globalmente un buen estado de salud. La calidad de vida está relacionada más con el nivel de la anastomosis colorrectal que con la existencia o no de un estoma.

DR. TOLEDANO TRINCADO, MIGUEL

Cirugía Hospital Medina del Campo

CURVA DE APRENDIZAJE EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL CÁNCER DE COLON

Coautores: J. Sánchez González, M.L. Martín Esteban, B. Rodríguez Sanz, M.J. Luque García, J. Cuevas González (Anatomía Patológica), J.C. Martín del Olmo (Jefe de Servicio)

Introducción

El abordaje laparoscópico del colon se está incorporando a los servicios de cirugía tras los buenos resultados publicados. La implantación de esta nueva técnica en los Servicios de Cirugía genera inquietud sobre el impacto sobre los enfermos de los equipos quirúrgicos.

Nuestro objetivo es presentar la experiencia en cirugía laparoscópica del colon en los últimos 6 años valorando la evolución temporal de los resultados.

Material y métodos.

Estudio prospectivo sobre 91 intervenciones laparoscópicas de colon realizadas desde Enero de 2004 a Diciembre del 2009. Registro de: 1/características de los pacientes y comorbilidades, 2/Diagnóstico y tipo de cirugía. 3/Tiempos quirúrgicos y conversiones 4/morbilidad postoperatoria y 5/ datos de manejo postoperatorio y estancias, recogiendo un total de 125 variables. Se analizan los resultados mediante SPSS versión 15.0.

Resultados.

La edad media fue de 69.3 (18-90) años, siendo el 54.9% varones. El diagnóstico fue de Adenocarcinoma en el 84.6 %. El riesgo quirúrgico anestésico más frecuente fue ASA II 47.3%. La localización más frecuente fue en sigma (42%) y la técnica más usada fue la sigmoidectomía 36.4%. La serie se divide en 2 grupos (CL1: 45 casos – CL2: 46 casos) con fecha de corte en Julio 2007. Los grupos resultaron homogéneos respecto a las posibles variables de confusión. El porcentaje de conversión fue de 12,1% (CL1:17,8% y CL2:6,5%; NS). Se eliminan los casos convertidos y urgentes para el análisis posterior (CL1:37 casos y CL2: 42 casos).

El tiempo quirúrgico medio fue de 198 min (CL1=185; CL2= 209*), la estancia media postoperatoria fue 12.2 días (CL1=15,1 y CL2= 10.3*), tolerancia oral 4.23 días (CL1= 5 y CL2= 3.4), los días de analgesia de 2º escalón 2,8 días (CL1=3,4 y CL2=1,9*), complicaciones quirúrgicas 35,4 % (CL1=43,2% y CL2=28.6%), la morbilidad mayor global postoperatoria fue de 15.2 % (CL1= 18,9% y CL2= 11,9%). La infección de herida fue de 21.4 % (CL1=30% y CL2=12.8%*), la fístula controlada 6.3 % (CL1=10,8% y CL2=2.4%) y la fístula masiva 3.8 % (CL1=5,4% y CL2=2.4%).

La mortalidad perioperatoria fue de 3.8 % (CL1=2.7% y CL2=4.8%), el nº de reintervenciones fue de 6.3 % (CL1=8,1% y CL2= 4,8%).

Hemos observado mejoría en la estancia postoperatoria*, la tolerancia oral, las necesidades de analgesia de segundo escalón* , las necesidades de NPT, el número de transfusiones, la morbilidad quirúrgica mayor global, la tasa de infección de herida quirúrgica* y del número de fístulas. (* diferencias signif. P<0,05)

Conclusiones

La mayor experiencia en este abordaje disminuye la conversión y la morbilidad quirúrgica. La disminución de los tiempos quirúrgicos probablemente precise de un mayor número de casos o de la selección de los mismos.

La protocolización del proceso ayuda al descenso en la estancia hospitalaria y al confort postoperatorio del enfermo. Debemos de encontrar los mecanismos para que los grupos que se inician en estos procedimientos minimicen al máximo el impacto de la curva de aprendizaje en los pacientes.

VÍDEO

DR. ÁLVAREZ-PRIDA DE PAZ, EMILIO

Complejo Asistencial de León

VÍDEO:

MODELO DE XENOTRASPLANTE CARDÍACO HETEROTÓPICO EN ROEDORES

Coautores: L.Barneo Serra, J.I. Rodríguez Campos

INTRODUCCIÓN:

Los modelos de trasplantes en roedores ofrecen ventajas significativas dado la facilidad de manejo de estos animales. El xeno-trasplante heterotópico cardíaco de cobaya a rata (XTx) sirve de modelo para el estudio del rechazo y particularmente del rechazo hiperagudo vascular (RHV) xenogénico. El Xtx da lugar a fenómenos inmunológicos específico e inespecíficos que activan a diferentes efectores inflamatorios inespecíficos con el resultado final de un RHV a los pocos minutos de la revascularización del injerto.

OBJETIVO:

mostrar la ejecución técnica del trasplante cardíaco heterotópico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Donantes de corazón: cobayas machos; receptores: ratas Lewis machos. Técnica de Xtx según Ono K1 con realización de anastomosis aorta donante-aorta abdominal infrarrenal del receptor y vena pulmonar del donante-vena cava inferior del receptor. Criterio de rechazo: ausencia de latido cardíaco por palpación.

CONCLUSIÓN:

el trasplante cardíaco heterotópico en roedores requiere un entrenamiento específico en técnicas de cirugía experimental y ofrece un excelente modelo de rechazo experimental fácilmente constatable.

1.-Ono K, Lindsey ES. Improved technique of heart transplantation in rats. J Thorac Cardiovasc Surg 1969;57:225-9

PATROCINADORES



COLABORADORES

