

R0001 - APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN UN HOSPITAL COMARCAL. EXISTEN REALMENTE VENTAJAS?.

Mari Luz Martin Esteban, Javier Sánchez, Francisco Blanco, Miguel Toledano, Belen Rodríguez, Jorge Cuevas, J.C. Martin del Olmo

INTRODUCCIÓN:La apendicectomía laparoscópica ha tenido una aceptación limitada debido a la escasa experiencia laparoscópica de urgencia,al encarecimiento del proceso y a la baja morbilidad de la técnica abierta.Actualmente no puede considerarse superior a la técnica abierta,pero el abordaje laparoscópico de urgencia tiene su lugar,al ofrecer las mismas ventajas que la cirugía convencional,permitiendo en muchos casos un primer contacto con la técnica.

MATERIAL Y MÉTODO: Realizamos un estudio de todos los pacientes intervenidos de forma urgente con el diagnóstico de apendicitis aguda incluidos en una base de datos prospectiva de procesos de Coloproctología. Se analizan los datos mediante SPSS versión 19.0.

RESULTADOS: Se han incluido un total de 231 pacientes (52.4% varones),con una edad media de 31.9 años (7-91).La valoración ASA más frecuente fue I (73.2%).Las pruebas diagnósticas demostraron los siguientes valores:

	Frecuencia	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Fiebre	48.1%	64.2	65.5	94	13.9
Vómitos	48.5%	67	65	95	18.4
Signos de peritonismo	60.2%	67	65	95	18.4
Leucocitosis	75.3%	85.1	78.9	97.8	31.9
PCR	49.4%	77	61.1	95.5	22.4
Ecografía	67.1%	85.7	51.8	89.6	38.8
TC	8.7%	95	50	86.3	75

Las intervenciones se realizaron mayoritariamente con 3 trocares (1-2x5mm y 1-2x11mm).El porcentaje de apendicitis evolucionadas fue del 25,6%. El estadio evolutivo marcado en la intervención coincidió con el del estudio patológico. El tiempo quirúrgico medio fue de 52.3min (15-120) y la estancia de 2.1 días (1-24).Sólo se observó una conversión. Complicaciones postoperatorias:13.4% (9 íleos prolongados,6 abscesos,4 infecciones de herida, 3 hemorragias/hematoma y 1 atelectasia).Se reoperaron 3 pacientes.No se observó mortalidad.

CONCLUSIONES:El abordaje laparoscópico de la apendicitis es seguro,permite identificar otras patologías abdominales y realizar una mejor limpieza de la cavidad,pudiendo abordar cualquier estadio evolutivo con tiempos quirúrgicos aceptables y costes cada vez más reducidos,al disminuir la estancia hospitalaria y el número de complicaciones,respecto a la técnica clásica.

R0016 - 226 NISSEN LAPAROSCÓPICOS CONSECUTIVOS. RESULTADOS CON SEGUIMIENTO MAYOR DE UN AÑO

JOSÉ FELIPE REOYO PASCUAL, GREGORIO MORAL MORAL, JUAN LUIS SECO GIL, RAQUEL LEÓN MIRANDA, SALVADOR RODRIGUEZ SERRANO, MAR VIANA MIGUEL, OSCAR VIDAL DOCE, JOSÉ ANDRÉS ORTEGA SEDA

OBJETIVO:

Analizar retrospectivamente los pacientes intervenidos en nuestro Servicio mediante la técnica de Nissen-Rossetti Laparoscópico, con seguimiento >1 año, para estudiar los resultados de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de 226 pacientes intervenidos de Nissen Laparoscópico en el Servicio de Cirugía General del Hospital "General Yagüe" de Burgos entre 1996-2010. Los datos clínicos, quirúrgicos y complicaciones se obtuvieron de la historia clínica, y en 182 pacientes con seguimiento >1 año se completó con cuestionario telefónico.

RESULTADOS:

Se practicaron 219 Nissen-Rossetti y 7 Nissen. Las complicaciones intraoperatorias fueron 7 (3,1%): 2 neumotorax, 1 desgarro esplénico, 1 hematoma hepático, 1 perforación gástrica, 1 perforación esofágica y 1 escara gástrica, con un índice de conversión del 6,6% debido en el 73% a dificultades técnicas. La morbilidad fue 4% y la mortalidad 0%.

De los 182 pacientes con seguimiento >1 año, se encontraban clínicamente curados 86%, recidiva del reflujo 4,9%, recidiva gran hernia hiatal 1,6%, disfagia persistente 3,8% y síndrome de retención de aire 3,8%. Se reintervinieron 5 pacientes por recidiva del reflujo, 2 por disfagia persistente y 1 por recidiva gran hernia hiatal. Subjetivamente los pacientes se consideraban 91,2% satisfechos o muy satisfechos con los resultados de la cirugía.

CONCLUSIONES:

En nuestra experiencia, el Nissen-Rossetti laparoscópico es una técnica quirúrgica segura y eficaz, presentando una baja tasa de complicaciones postoperatorias y efectos adversos, con un alto porcentaje de curación y aún mejor valoración subjetiva de los pacientes.

R0018 - Microcirugía Endoscópica Transanal (TEM) - Resultados tras 15 meses de experiencia

Alberto Palomo Luquero, Evelio Alonso Alonso, Adel Eldabe Mikhail, Ignacio López Botín, Vidina Aurora Rodrigo Amador, Romina Parra López, Juan Luis Seco Gil

Objetivos: presentar los resultados de la microcirugía endoscópica transanal (TEM) en nuestro Servicio tras 15 meses desde su introducción.

Material y métodos: período de estudio desde diciembre de 2009 a febrero de 2011, extrayendo datos demográficos, características tumorales, diagnóstico anatomopatológico y estadificación postoperatoria, evolución y complicaciones postoperatorias. Utilizamos el material de la casa Storz TEO 2D-HD. El estudio preoperatorio incluye analítica completa con marcadores tumorales, colonoscopia, RMN pélvica, rectoscopia rígida, ecografía endorrectal y TAC tóraco-abdomino-pélvico. Previa a la cirugía se realiza preparación mecánica del colon y profilaxis antibiótica y antitrombótica.

Resultados: en 15 meses se han intervenido 20 pacientes (14 hombres, 6 mujeres), con edades comprendidas entre los 44 y los 89 años (media 74 años). De los 20 casos, 15 correspondían con patología maligna y 5 con tumores benignos. La distancia media del tumor a los márgenes anales fue 7 cm (rango 0 – 13 cm), y el tamaño medio de la tumoración 2,45 cm (rango 0,5 – 7 cm). En todos los casos la resección ha sido R0. Los resultados anatomopatológicos fueron 5 displasias epiteliales, 9 pTis, 3 pT1, 2 pT2 y 1 pT3. Estancia postoperatoria media 3,5 días. Complicaciones postoperatorias: 3 pacientes con fiebre (autolimitada), 1 incontinencia anal leve y 1 éxitus (5%). No ha habido dehiscencias de la sutura ni sangrados. **Conclusiones:** en esta fase inicial observamos una morbilidad similar a la descrita en la literatura, con buenos resultados patológicos, lo que nos anima a avanzar en esta técnica mínimamente invasiva y oncológicamente segura.

R0021 - ULCUS DUODENAL PERFORADO. ABORDAJE LAPAROSCOPICO

J.M. HERNANDEZ CARMONA, H. OEHLING DE LOS REYES, F.J. PEREZ LARA, A. DEL REY MORENO, R. MARIN MOYA, J. DOBLAS FERNANDEZ, M.J. CASTRO SANTIAGO, H. OLIVA MUÑOZ

Introducción: El abordaje laparoscópico de las urgencias abdominales es posible del mismo modo que en cirugía programada. En las perforaciones de ulcus duodenal el cierre de la perforación con epipoplastia, es una técnica sencilla, segura y reproducible.

Objetivos: Presentar la experiencia propia de un Servicio de Cirugía General y Digestiva en los últimos 5 años en el tratamiento del ulcus duodenal perforado mediante abordaje laparoscópico.

Paciente y métodos: Se analizan retrospectivamente 27 pacientes intervenidos con una media de edad de 50 años (28 – 82); 3 mujeres y 24 varones. El 60% de los pacientes eran consumidores de alcohol y tabaco. La sutura de la perforación y epipoplastia fue la técnica utilizada en todos los casos

Resultados: El tiempo quirúrgico medio fue de 75 minutos. La conversión a cirugía abierta ocurrió en un solo paciente. Complicaciones posoperatorias: 2 fístulas de bajo débito resueltas con tto conservador, 1 colección intrabdominal drenada percutáneamente. La estancia hospitalaria media fue de 7,2 días.

Conclusiones: El tratamiento laparoscópico del ulcus duodenal perforado es seguro y factible. Con el abordaje laparoscópico evitamos la laparotomía, lo que redundaría en disminución del dolor posoperatorio, eliminar la posibilidad de infección posoperatoria y de eventración, disminuir las complicaciones respiratorias y acortar el tiempo de baja laboral

R0025 - Proyecto Vikingo en el Complejo Asistencial Universitario de Burgos - Resultados 2007-2011

Alberto Palomo Luquero, Ignacio López Botín, Evelio Alonso Alonso, Adel Eldabe Mikhail, Raquel León Miranda, Iván Gil Laso, Juan Luis Seco Gil

Objetivo: revisar los resultados en el cáncer de recto desde la implementación en nuestro Servicio del Proyecto Vikingo.

Material y métodos: en el estudio preoperatorio de los pacientes se lleva a cabo analítica general con marcadores tumorales (CEA y Ca 19.9), colonoscopia, rectoscopia rígida, ecografía endorrectal, resonancia magnética pélvica y tomografía tóraco-abdomino-pélvica, además del estudio preoperatorio básico. Se evalúan los pacientes intervenidos en el período 1 de noviembre de 2007 – 28 de febrero de 2011.

Resultados: en 3 años y 3 meses se han estudiado un total de 207 pacientes, con edad media de 70,2 años (rango 38 – 93), 146 hombres y 61 mujeres. La localización más frecuente de los tumores ha sido en recto medio (44%). 22 pacientes han seguido neoadyuvancia. Del total de pacientes se han intervenido 193 (93,2%), realizándose cirugía resectiva en 156 (88 resecciones anteriores bajas y 57 amputaciones abdomino-perineales), extirpación local en 25 (20 TEM y 5 resecciones transanales) y cirugía derivativa en 12. Se ha conseguido una resección R0 en 127 pacientes, con mesorrecto completo en el 87% y una media de 12,35 adenopatías aisladas por paciente. La tasa de recidivas locales es del 3,9%. El porcentaje de dehiscencias es 10,2%, y el de infecciones 20,8%. La estancia postoperatoria es 13,2 días, y la mortalidad global 3,1%.

Conclusiones: en este período se ha conseguido una mejora de la técnica quirúrgica, con buenos resultados patológicos, oncológicos y de morbimortalidad.

R0038 - Fijación de la malla con cianoacrilato en la hernioplastia inguinal abierta - Estudio comparativo

Alberto Palomo Luquero, Adel Eldabe Mikhail, Mar Viana Miguel, Evelio Alonso Alonso, Miguel Ángel Álvarez Rico, Jose Felipe Reoyo Pascual, Juan Luis Seco Gil

Objetivos: valorar la efectividad y seguridad del pegamento de cianoacrilato en la hernioplastia inguinal abierta con la técnica de tapón y parche.

Material y métodos: 198 pacientes (207 hernias) fueron sometidos a hernioplastia abierta con tapón y parche de polipropileno, siendo asignados aleatoriamente a fijación con cianoacrilato, grupo 1 (n=101 pacientes; 105 hernias) y a fijación con sutura, grupo 2 (n=97; 102). Seguimiento de 12 meses, evaluando morbilidad a corto y largo plazo, estancia postoperatoria y tiempo de baja laboral.

Resultados: la morbilidad global a corto plazo (1 mes) ha sido de 13,8% en el grupo 1 y de 29.9% en el grupo 2. No se observaron reacciones alérgicas ni inflamaciones locales debidas al pegamento. La estancia postoperatoria ha sido estadísticamente inferior en el grupo 1 ($p < 0,0001$). El dolor a los 7 días fue más frecuente en el grupo 2 (16,5% vs 6,9%, $p = 0,036$), persistiendo esta diferencia al mes de la intervención (10,3% vs 3%, $p = 0,037$). El hematoma a la semana fue más frecuente en el grupo 2 (10,3% vs 3%, $p = 0,037$). Se detectó neuralgia inguinal crónica en 3 casos del grupo 1 y 10 casos del grupo 2, siendo este dolor de intensidad moderada (EAV 4 – 6) en 3 y 8 casos, respectivamente, y de intensidad severa ($EAV \geq 7$) en 2 casos del grupo 2.

Conclusiones: el pegamento de cianoacrilato es seguro, efectivo y bien tolerado en la hernioplastia inguinal abierta, con buenos resultados a corto y a largo plazo.

R0039 - TIROIDECTOMIAS EN LA TERCERA EDAD. MORBIMORTALIDAD.

M. ROSARIO SAN ROMAN ROMANILLOS, ANGEL RODRIGUEZ PASCUAL, MUGÜERZA HUGUET JOSE MARIA, TOMAS RATIA GIMENEZ, SARA HERNANDEZ, RAUL DIAZ PEDRERO, MANUEL DIEZ ALONSO, JAVIER GRANELL VICENT

INTRODUCCION: Es bien sabido que la incidencia de nódulos tiroideos aumenta con la edad. El interés de este estudio es determinar si la cirugía tiroidea en los pacientes mayores aumenta las complicaciones postoperatorias.

PACIENTES Y METODO: Estudio retrospectivo de cohortes. Revisión de todos los pacientes mayores de 70 años intervenidos en nuestro servicio entre Julio de 2000 y Diciembre de 2010. Los datos se comparan con un número igual de enfermos menores de 70 años, seleccionados aleatoriamente entre el total de pacientes operados por patología tiroidea en este periodo de tiempo (911 pacientes).

RESULTADOS: En el estudio realizado se comparan entre los dos grupos la anatomía patológica, con una tasa significativamente mayor de malignidad en los mayores de 70 años, el componente endotorácico que también es estadísticamente significativa mayor en los pacientes septuagenarios. Se registró algún tipo de complicación postoperatoria en el 26% de los pacientes menores de 70 años y en el

53% de los pacientes mayores. Las complicaciones analizadas son la hipocalcemia, las lesiones del nervio laríngeo recurrente así como hematomas o infecciones de la herida quirúrgica. La mortalidad relacionada con la cirugía fue de un 9% en los pacientes mayores de 70 años.

CONCLUSION: Como conclusión resaltar que la mayor morbimortalidad que ocurre en los pacientes mayores de 70 años está más relacionada con la patología evolucionada tiroidea, así como con la malignidad de la misma que con la edad en sí.

R0041 - TUMORES QUÍSTICOS DE PÁNCREAS: NUESTRA EXPERIENCIA

Nicolás Macías Hernández, Antonio Velasco Guardado, José Ignacio González Muñoz, Alberto Blanco Álvarez, Carmen Esteban Velasco, Manuel Iglesias Iglesias, Luis Muñoz Bellvis, Alberto Gómez Alonso

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

El manejo de las lesiones quísticas del páncreas interesa tanto al cirujano como a los especialistas en otras disciplinas. La mayoría de estas lesiones son pseudoquistes inflamatorios. Las neoplasias quísticas suponen un 1% de los tumores malignos pancreáticos. La dificultad en establecer la benignidad de estas lesiones ocasiona controversias en la decisión quirúrgica. La ecoendoscopia, citología y marcadores en líquido del quiste nos permite una mayor precisión, aunque el diagnóstico definitivo se establece tras el estudio histológico de la pieza de resección. Presentamos una serie de 31 casos consecutivos valorando de forma especial las diferencias entre el diagnóstico pre y postoperatorio y el valor de la ecoendoscopia en el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza estudio descriptivo retrospectivo, mediante consulta en base de datos, propia de la unidad, de pacientes con diagnóstico de "Tumor Quístico del Páncreas" intervenidos desde febrero de 2003 a febrero de 2011. Se analiza diagnóstico inicial y definitivo, papel de la ecoendoscopia, tipo de cirugía, histología y morbimortalidad.

RESULTADOS:

Se intervienen 31 pacientes, el diagnóstico inicial fue de Pseudoquistes (11), cistoadenoma seroso (7), cistoadenoma mucinoso (7), cistoadenocarcinoma mucinoso (3) y tumores quísticos no filiados (3). Tras la resección y estudio histológico, se confirman los 11 pseudoquistes; de los cistoadenomas serosos se confirman 6 casos y en 1 se trata de un cistoadenoma mucinoso; de los cistoadenomas mucinosos, se confirman 5 casos, 1 es un cistoadenoma seroso y 1 un ADC de cabeza de páncreas cavitado; de los cistoadenocarcinomas, se confirma 1 caso, 1 es un cistoadenoma mucinoso, y 1 un ADC de cola de páncreas; los tumores no filiados fueron: 1 quiste linfoepitelial, 1 tumor sólido pseudopapilar y 1 ADC de cuerpo-cola de páncreas. De forma global se realizaron: 4 resecciones locales; 9 pancreatectomías còrporo-caudales, 4 con preservación esplénica y 5 con esplenectomía; 4 duodenopancreatectomías cefálicas; 2 duodenopancreatectomías totales, 1 con preservación esplénica y 1 con esplenectomía, 10 drenajes de pseudoquistes, y otros tratamientos en 2 ocasiones. La ecoendoscopia con citología y marcadores en el líquido fue diagnóstica en el 80% de los casos. La morbilidad global fue del 29%, recogiendo 5 fístulas pancreáticas, 3 colecciones intraabdominales y 1 insuficiencia hepática postoperatoria. No hubo mortalidad en esta serie.

CONCLUSIONES:

La decisión de cirugía versus seguimiento en los tumores quísticos de páncreas sigue siendo controvertida.

El desarrollo de la ecoendoscopia, citología y marcadores en líquido, permiten una certidumbre diagnóstica cercana al 80%.

La incidencia de un 10% de lesiones premalignas o malignas sobre el global de lesiones presuntamente benignas, aconseja, en caso de duda, optar por la cirugía.

R0057 - CIRUGIA DEL HÍGADO EN SALAMANCA: UNA MIRADA RETROSPECTIVA

ANA BELEN SANCHEZ CASADO, TERESA RAMOS, NICOLAS MACIAS, MANUEL IGLESIAS, M^a CARMEN ESTEBAN, LUIS MUÑOZ-BELLVIS, ALBERTO GOMEZ ALONSO

INTRODUCCIÓN: El desarrollo en los últimos años de unidades específicas que suponen una dedicación preferencial de los cirujanos parece una tendencia consolidada, ello debería ir unido a la certificación y acreditación de dichas unidades de forma que existan centros de referencia para patologías determinadas que permitan obtener mayor experiencia y mejores resultados. Exponemos la experiencia acumulada tras 8 años desde la creación de nuestra unidad de cirugía HBP:

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo mediante consulta en base de datos propia de la unidad de todos los pacientes con patología hepática operados desde febrero 2003 a 2011. Se realizó un análisis de edad , sexo, diagnóstico, estancia hospitalaria, tipo de cirugía realizada, morbilidad postoperatoria , necesidad transfusional y mortalidad perioperatoria.

RESULTADOS: Se intervienen 474 pacientes, 60% hombres y 40% mujeres, con una relación 3:2. La media de edad fue de 67,2 años (rango 16-92) siendo el grupo de edad predominante entre 70-80 años. La estancia media de hospitalización fue de 9,9 días. Diagnóstico: absceso hepático(11), colangiocarcinomas (45), hepatocarcinoma (44) , metástasis de cáncer no colorrectal (46) , metástasis de cáncer colorrectal (174), hidatidosis(96) y tumores benignos hepáticos(36). El 38% de la patología quirúrgica hepática se centra en las metástasis de cáncer colorrectal. Se describe el tipo de resección empleado en cada patología, el porcentaje de radiofrecuencia y el porcentaje de pacientes que fueron irreseccables. El 13% de los pacientes sometidos a cirugía hepática necesitaron soporte transfusional. La morbilidad postoperatoria en pacientes que precisaron resección hepática por hepatocarcinoma fue significativamente mayor a los pacientes con resección hepática sin hepatopatía asociada. La mortalidad perioperatoria fue del 1%.

CONCLUSIÓN: La creación de unidades específicas permite obtener estándares de calidad elevados. Debe considerarse la creación, en las diferentes comunidades, de centros de referencia que obtengan cada vez más experiencia y así, optimizar los recursos y ofrecer a todos los ciudadanos la misma calidad asistencial.

R0060 - ACTINOMICOSIS ABDOMINAL: UN DIFÍCIL DIAGNÓSTICO QUE CONDUCE A CIRUGÍAS INNECESARIAS

Milagros Borrego Galán, Carlos Marcelo Francos von Hünefeld, Mar Roldán Cuena, Ana Serantes Gómez, Eugenia Blanco Martín, J Antonio Carmona Saez, , Fernando Ozalla Romero-del Castillo

OBJETIVO

Presentamos tres casos de actinomicosis abdominal para describir las características clínicas y el manejo terapéutico de esta enfermedad, enfatizando en el importante reto diagnóstico que plantean y, que con frecuencia, conducen al cirujano a realizar exéresis quirúrgicas por sospecha de enfermedad maligna.

MATERIAL Y METODOS

- Caso 1: mujer de 28 años, que se intervino por sospecha de un tumor mesenquimal intraabdominal adherido a vejiga, asas intestinales y músculos rectos.
- Caso 2: mujer de 19 años, que se interviene por probable sarcoma de partes blandas, fistulizado hacia la pared abdominal.
- Caso 3: mujer de 87 años intervenida de Urgencias por masa ileocecal que ocasiona oclusión intestinal

En los tres casos, el diagnóstico anatomopatológico fue de actinomicosis

DISCUSION

La actinomicosis abdominal es una enfermedad inflamatoria crónica granulomatosa, originada por *Actinomyces israelii*, caracterizada por la formación de abscesos y masas con abundante tejido fibrótico. La presentación clínica es tan variable comporta un complicado diagnóstico preoperatorio. En general, tiene la clínica de un proceso inflamatorio crónico que se malinterpreta como un tumor maligno. La TAC es la prueba de imagen que aporta mayor información. El diagnóstico definitivo se suele establecer con el examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica. La enfermedad responde bien al tratamiento con penicilina altas dosis. La cirugía se reserva para eliminar tejido necrótico y purulento, descartar malignidad y resolver complicaciones asociadas. El pronóstico, con el tratamiento adecuado, es excelente.

CONCLUSIONES

Debemos incluir la actinomicosis en el diagnóstico diferencial de pacientes con masas abdominales de características inflamatorias o tumorales, para evitar extensas cirugías innecesarias.

R0065 - FEOCROMOCITOMA EXTRAADRENAL. PARAGANGLIOMA HEPÁTICO PRIMARIO.UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Raquel León Miranda, Jose Felipe Reoyo Pascual, Francisco Javier Sánchez Manuel, Maria De la Plaza Galindo, Ester Beatriz García Plata, Romina Parra López, Alberto Palomo Luquero, Juan Luis Seco Gil

INTRODUCCIÓN: Los feocromocitomas son tumores raros, de la médula suprarrenal, parte del sistema neuroendocrino. Cuando son tumores extraadrenales (paragangliomas), pueden hallarse en ganglios simpáticos del órgano de Zuckerkandl, cuello, mediastino, abdomen y pelvis. Cefalea, palpitaciones y diaforesis constituyen la "tríada típica" del feocromocitoma, y el signo clínico más frecuente es la hipertensión. Presentan una elevada producción de catecolaminas, detectadas por MIBG, y gammagrafía, con inmunohistoquímica positiva para marcadores neurosecretorios. Se localizan con TC y RM.

CASO CLÍNICO: Mujer de 49 años que presenta sdme.constitucional, dolor epigástrico y en hipocondrio derecho, desde hace un año. Se realizaron: Serología: VHC, VHA, VHB, Marcadores tumorales: AFP, CEA, CA19.9 y Analítica sanguínea normales. Gastroscopia: gastritis crónica atrófica leve. Colonoscopia y ecografía abdominal: normales. TC abdominal: Masa en lóbulo caudado de 3.9x3.1x4.2cm. Se toma una biopsia quirúrgica laparoscópica, informada como proliferación tumoral de bajo grado con diferenciación neuroendocrina. PET: captación única en lóbulo caudado hepático, probable naturaleza maligna. Gammagrafía: Captación única en lóbulo caudado. Se decide resección completa del tumor, hallando masa de 4cm en lóbulo caudado, cuyo análisis anatomopatológico es informado de paraganglioma sin invasión vascular. Inmunohistoquímica positiva para marcadores neuroendocrinos: cromogranina y sinaptofisina.

DISCUSIÓN: El feocromocitoma es infrecuente, y más su forma extraadrenal. Tras revisar 7 casos de paraganglioma primario hepáticos descritos en la literatura y comparar con nuestra paciente, concluimos que la presentación es variable, según sea funcionante o no. Es importante identificar las características morfológicas, funcionales e inmunohistoquímicas. El tratamiento de elección es la resección completa, tras ella, se normalizan las catecolaminas y TA.

R0067 - ACTUALIZACIÓN EN LAS APLICACIONES DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO (SILS) EN CIRUGÍA GENERAL. A PROPÓSITO DE LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS EN NUESTRA EXPERIENCIA.

Raquel León Miranda, Jose Felipe Reoyo Pascual, Miguel Ángel Álvarez Rico, Evelio Alonso Alonso, Mar Viana Miguel, Ester Beatriz García Plata, Vidina Aurora Rodrigo Amador, Juan Luis Seco Gil

INTRODUCCIÓN: La cirugía laparoscópica es actualmente el *gold standar* para algunas intervenciones en Cirugía General, no siendo así la técnica SILS. Aunque el uso del instrumental laparoscópico permite su aplicación, todavía existen dificultades que ir superando en la práctica clínica diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Como motor de búsqueda se utilizó PubMed, incluyendo bases de datos como MEDLINE y Biblioteca Cochrane, hasta enero 2010. Nuestro objetivo es recopilar aplicaciones de SILS publicados en la literatura, examinando tipos de cirugías, técnicas y complicaciones. Contrastando las dificultades descritas con las que hemos encontrado.

RESULTADOS: Se incluyeron 94 estudios, con un total de 1889 pacientes. Se han registrado en la literatura 31 colecistectomías, 21 apendicectomías, 5 sleeve gástricos, 8 banding gástricos, entre un total de 94 intervenciones por SILS.

NUESTRA EXPERIENCIA: Se realizó eventroplastia umbilical/línea media por SILS a 4pacientes, con una hospitalización media de 1,5días, en seguimiento, no complicaciones. Se realizaron también 2colecistectomías mediante SILS, encontrando más dificultades por la falta de triangulación, menor precisión del instrumental flexible, y fuga de gas en las zonas de unión del trócar SILS, siendo necesario reconvertir a laparoscopia en un caso por rotura de la óptica de 5mm.

CONCLUSIONES: Hay una multitud de técnicas desarrolladas por SILS, que requieren una mayor curva de aprendizaje. En relación con laparoscopia convencional, puede ofrecer teóricamente, disminuir el dolor postoperatorio, las complicaciones y la estancia hospitalaria. Comprobamos que es una técnica segura, pero todavía no se puede generalizar SILS. Es posible que el único beneficio sea el estético, que cobra cada vez más importancia en la Sociedad Moderna.

R0070 - ESTUDIO COMPARATIVO DEL MOMENTO DE LA COLECISTECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA Y SU INFLUENCIA EN EL TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA

M^a del Henar Núñez del Barrio, M^a Antonia Montenegro Martín, Juan Ramón Gómez López, Carlos Abril Vega, José Herreros Rodríguez, Laura Zorrilla Matilla, Francisca Moreno Racionero, Juan Beltran de Heredia Rentería

OBJETIVOS.

Nuestro estudio se basa en comparar la colecistectomía en el primer ingreso, con carácter urgente, frente a las colecistectomías demoradas en el primer ingreso, y valorar la estancia hospitalaria en uno y otro caso como índice de coste asociado al proceso colecistitis aguda.

MATERIAL Y METODOS

92 pacientes fueron incluidos en el estudio en base a los siguientes criterios: Ingreso urgente por colecistitis aguda, primer ingreso y tratamiento quirúrgico dentro del periodo de estudio (60 meses). Se realizó un estudio analítico observacional de cohortes históricas.

RESULTADOS

Los pacientes intervenidos en el primer ingreso fueron 80 (58 %), mientras que los intervenidos en siguientes ingresos fueron 57 (41,3%). La media de estancia hospitalaria en los pacientes con un único ingreso fueron $10 \pm 6,7$ días y en los pacientes con varios ingresos fue de 19 ± 12 días, obteniendo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p < 0.01$). Teniendo en cuenta la técnica quirúrgica empleada, 106 pacientes (76,8%) fueron intervenidos quirúrgicamente mediante colecistectomía laparoscópica y a 31 pacientes (25%) se les realizó colecistectomía abierta. En cuanto a los días de estancia en el episodio de la cirugía, independientemente de que la cirugía fuera con carácter urgente o no, los pacientes intervenidos por vía laparoscópica permanecen ingresados $6,6 \pm 5,6$ días frente a $17,6 \pm 9,8$ días de estancia en pacientes intervenidos por cirugía abierta, obteniendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES

El tratamiento de la colecistitis aguda mediante colecistectomía realizada en el primer ingreso permite disminuir el número de días de estancia hospitalaria y por lo tanto el gasto hospitalario. Pero, a pesar del beneficio que ello supone para los pacientes y para el sistema nacional de salud, todavía la práctica clínica habitual no se ajusta a la evidencia actual.

R0071 - INVAGINACIONES INTESTINALES EN EL ADULTO

Milagros Borrego Galán, Carlos Marcelo Francos von Hünefeld, Ana Serantes Gómez, Teresa González Sánchez, Carmen Cecilia Mercado, Andrés de Juan Fernández, ,

OBJETIVOS: Destacamos los aspectos más controvertidos del manejo quirúrgico de esta entidad y aportamos nuevos casos, tres de ellos de causa excepcional. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Analizamos de forma retrospectiva las historias clínicas de pacientes adultos intervenidos, con diagnóstico postoperatorio de invaginación intestinal, desde enero de 1995 a mayo de 2011. En la tabla adjunta resumimos los datos obtenidos y analizados.

					Desinva ginación		
♂	72	suboclus.	colo-cólica	lipoma	no	colectomía dcha	favorable
♂	69	dolor	colo-cólica	idiopática	no	cecotomía y	exitus
♂	23	suboclus.	yeyuno-	adherencias	si	desinvaginación	favorable
♀	18	suboclus.	lleo-ileal	pólipo fibroide	si	resección +	favorable
♂	65	suboclus.	lleo-yeyunal	pólipo fibroide	no	resección +	favorable
♂	52	suboclus.	lleo-cólica	adenocar	si	resección +	favorable
♂	70	evisceracio	lleo-ileal	cirugía previa	si	desinvaginación	favorable

DISCUSION: la etiología de las invaginaciones es muy variada, la causa más habitual son los tumores, causas como las encontradas en nuestro estudio (lipomas, estomas, cirugía previa o idiopáticas) son excepcionales. El método diagnóstico más rentable es la TAC. El escaso número de pacientes no ha permitido establecer un tratamiento estándar para esta afección, por lo que varios aspectos terapéuticos son muy discutidos: la desinvaginación intraoperatoria, la extensión de la resección, y el abordaje abierto o laparoscópico.

CONCLUSIONES: La invaginación intestinal del adulto es una entidad infrecuente con dificultad en el diagnóstico preoperatorio. Aunque las causa más frecuente son los tumores, la serie etiológica es muy amplia. El TAC se considera el método de imagen más sensible. El tratamiento es quirúrgico, bien sea mediante abordaje convencional o laparoscópico, con una valoración exhaustiva de la desinvaginación intraoperatoria y de la extensión de la resección.

R0072 - OPERACIÓN HERNIA. EXPERIENCIA DE COOPERACIÓN HUMANITARIA EN NIGERIA.

MARIA PILAR SUÁREZ VEGA, JUAN MORENO, MIGUEL ÁNGEL GÓMEZ, ENRIQUE NAVARRETE, PILAR CONCEJO, AMAYA VILLAFañE, ELVIRA CASTELLANOS, ROSA SOLDADO

Objetivos: Mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad de la población de Aliade; Nigeria, reduciendo la hernia inguinal entre la población joven.

Formar profesionales locales para el tratamiento quirúrgico y el seguimiento de pacientes con hernia inguinal.

El objetivo es realizar al menos 70 intervenciones quirúrgicas de hernia inguinal de lunes a viernes en 2 quirófanos (entre 6-9 intervenciones quirúrgicas por quirófano y día).

Material y Métodos: Preoperatorio: los pacientes son seleccionados por médicos locales, llevándose a cabo en los días previos a la llegada del grupo de trabajo. Posteriormente se realiza un segundo screening por parte del equipo quirúrgico.

Intraoperatorio: priorización de la cirugía ambulatoria con anestesia local y mediante mallas en régimen de CMA. En casos de niños (>10años), bilateralidad o grandes hernias se realizara una estancia corta.

Postoperatorio: No se realizará ningún seguimiento de los pacientes, con realización de suturas cutáneas intradérmicas con sutura reabsorbible para evitar la retirada de puntos.

La estancia del grupo fue del 21-27 Noviembre del 2010, con quirófanos los días 22-26. Los datos fueron recogidos en una base de datos tipo Excel-Access.

Resultados: 98pacientes intervenidos. 120procedimientos (22bilaterales). 88varones y 32mujeres, con edad media de 41.65años.

Lateralidad: 45izquierdas, 55derechas y 20umbilicales.

57hernias inguinales indirectas y 28 directas.

Anestesia local en el 55%, regional 38%, general 8%, sedación + local 3%.

Técnica: Lichtenstein 32%, Rutkow-Robbins 32%, Herniorrafia 16%, Plug umbilical 16%, PHS 3%.

Estancia: 89% CMA, 11% hospitalización 24h.

Complicaciones: 1paciente reintervenido (hematoma posteventroplastia), dos reingresos (uno por dolor y otro por edema escrotal).

Conclusiones: Formar parte de un equipo en cooperación humanitaria es una de las experiencias más enriquecedoras a nivel personal y profesional y embarcarse en un proyecto de estas características para mejorar la calidad de vida de otras personas menos afortunadas es totalmente recomendable.

R0075 - TÉCNICA THD PARA HEMORROIDES EN GRADO III-IV

Sandra del Barrio Anaya, Javier Etreros Alonso, Nicolas Monge Ropero, Luis Malavé Cardozo, Juan Pablo Arjona Trujillo, Alberto Delgado Mucientes, Juan de Mata López Pérez, Juan Javier Manzanares Sacristán

La técnica THD (desarterización hemorroidal transanal guiada por Doppler y hemorroidopexia) es un procedimiento novedoso para el tratamiento quirúrgico de las hemorroides grado III y IV que aporta beneficios evidentes en cuanto al dolor postoperatorio, la estancia postquirúrgica y la incorporación a la actividad habitual.

Estudiamos de forma prospectiva 30 pacientes intervenidos en nuestro Servicio desde el mes de Enero de 2010 hasta la actualidad, comparándolos con 30 pacientes que han sido intervenidos con la técnica de Milligan Morgan (MM).

Hemos realizado la técnica THD bajo anestesia regional o general con mascarilla laríngea, incluyendo a 17 pacientes en un programa de CMA. En el resto la estancia ha sido de 1 día, salvo 8 casos, uno complicado por un angor postoperatorio y otro por una necrosis de la mucosa que requirió reintervención. La estancia ha sido significativamente menor en el grupo TDH que en el grupo MM, así como el dolor postoperatorio, medido por la necesidad de analgésicos de cada grupo. La incorporación al trabajo habitual fue también más rápida en el grupo THD. El tiempo de seguimiento ha sido muy breve, por lo que necesitamos esperar para estudiar los resultados a largo plazo. Únicamente hemos tenido las dos complicaciones postoperatorias descritas.

Concluimos que, en este estudio preliminar, la técnica THD trata de forma satisfactoria la patología hemorroidal no complicada en los grados III y IV, con baja morbilidad, en régimen de CMA, con escaso dolor postoperatorio y una incorporación temprana de nuestros pacientes a su actividad habitual.

R0076 - INVAGINACIÓN INTESTINAL DEL ADULTO

ARTURO GARCIA PAVIA, ANTONIO GIL PEREZ, LUIS EDUARDO GIMENEZ ALVIRA, MATIAS CEA SORIANO, KARINA CUIÑAS LEON, LUCIA DE GREGORIO MUÑIZ, ANA SANCHEZ RAMOS, VICTOR SANCHEZ TURRION

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es poco frecuente en los adultos. Asocia en la mayoría de los casos una lesión orgánica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de pacientes operados por invaginación intestinal en nuestro servicio entre Mayo 2004 y Mayo 2011.

RESULTADOS

Siete pacientes (edades entre 21-83 años) fueron intervenidos. Clínica: todos presentaban dolor cólico, y tres habían presentado rectorragia. Dos presentaban obstrucción intestinal. EF: el dato más común fue dolor abdominal difuso sin peritonismo, asociado a masa palpable. Imagen: TAC abdominal en todos ellos. Cirugía y vía de abordaje: laparotomía media en seis pacientes. En cinco se realizó desinvaginación previa a la resección. AP: malignidad en dos de los pacientes.

LOC	CLINICA	EF	URG	AP
COLO-COLICA	DOLOR	NORMAL	NO	LIPOMA
COLO-COLICA	DOLOR	MASA PALPABLE	NO	LIPOMA
COLO-COLICA	DOLOR	MASA PALPABLE	SI	LIPOMA
ILEO-COLICA	OBSTRUCCIÓN	MASA PALPABLE	SI	POLIPO ID
ILEO-COLICA	DOLOR / RECTORRAGIA	MASA PALPABLE	SI	LINFOMA ID
ILEO-CECAL	DOLOR / RECTORRAGIA	MASA PALPABLE	SI	ADENOCA
YEYUNO-ILEAL	DOLOR / RECTORRAGIA	DOLOR GENER	SI	NORMAL

CONCLUSIONES

La invaginación intestinal del adulto se presenta como dolor abdominal asociado a la presencia de una masa palpable, sin ser frecuente la clínica obstructiva completa. La ecografía y el TAC permiten el diagnóstico preoperatorio. En la cirugía, el acto de desinvaginación ha sido criticado en algunos trabajos, sobre todo en los casos colo- cólicos, en los que es más frecuente que la causa sea tumoral. A nivel de intestino delgado, esta acción sin embargo puede proporcionar el enorme beneficio que supone ser más económicos en la resección.

R0079 - EVALUACIÓN DE LAS LIGADURAS ELÁSTICAS COMO TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES

Miguel Sánchez Carrasco, Ivan Gil Laso, Miguel Alvarez Rico, Juan Luis Seco Gil, , , ,

Título: Evaluación de la ligadura con bandas elásticas como tratamiento de las hemorroides.

Autores: I. Gil Laso, M. Sánchez Carrasco, M. Álvarez Rico, J.L. Seco Gil. Unidad de Cirugía Colo-rectal. Complejo Hospitalario Universitario de Burgos.

Objetivo: Estudio retrospectivo que evalúa los resultados en el tratamiento de las hemorroides mediante la ligadura con bandas elásticas.

Material y Métodos: Se han revisado un total de 135 pacientes tratados mediante ligadura con bandas, realizadas durante un periodo de 2 años. En todo caso se emplea un anuscopio de calibre 23 mm y una pistola de vacío.

Resultado: La edad media es de 52 años. Grado hemorroidal: 0'74% grado I, 54% grado II, 43% grado III y 3% grado IV. La clínica predominante es el sangrado, que aparece en un 87'4% de los pacientes; seguida del dolor (51'8%) y el prurito (18'5%). En 12 casos (8'8%) aparecen pólipos hiperplásicos asociados y en 18 (13'3%) fisuras asociadas (4 diagnosticadas tras realizarse la ligadura). En un 71'8% de pacientes se realizó 1 sesión, 23% 2 sesiones, 5'2% 3 sesiones y ninguno más de 3 sesiones. En un 5'2% apareció dolor tras la colocación de las bandas. En un 72'6% el tratamiento ha sido efectivo, en un 27'4% ha sido insuficiente y un 20% de estos se ha sometido a cirugía resectiva.

Conclusiones: El presente trabajo confirma la eficacia de la ligadura de bandas como tratamiento de las hemorroides grado II-III.

R0091 - EVALUACIÓN A LARGO PLAZO DE LA ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR PTI EN EL HOSPITAL DE LEÓN

Luis Miguel Alcoba García, Jose María Canga Presa, Rosario Canseco Fernández, M Pilar Suarez Vega, Pablo Díez González, Silvino Pacho Valbuena, Jose Luis De la Cruz Vigo, Tomás González De Francisco

Objetivos

Evaluar resultados en cuanto a respuestas clínicas de los pacientes intervenidos de esplenectomía laparoscópica en el Hospital de León por PTI a corto y largo plazo.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo sobre los primeros 132 pacientes consecutivos intervenidos entre el año 1993 y el 2007 (71 por PTI).

Resultados y discusión

La PTI es la indicación más frecuente de esplenectomía laparoscópica, Nuestros datos confirman estar en el rango de eficacia de la esplenectomía siendo nuestra media del 71% y 72% de buenos resultados a 5 y 10 años respectivamente.

Es más difícil saber qué pacientes presentan una moderada o nula respuesta a la cirugía, puesto que pacientes que inicialmente responden, cuando dejan de responder, se les administran tratamientos médicos variados que les convierte en un grupo misceláneo difícil de etiquetar (20% de pacientes en nuestro estudio), y que manteniendo cifras de plaquetas aceptables (50000 a 150000) se pueden considerar éxitos relativos, aunque en puridad no serían éxitos de la cirugía sólo, sino del tratamiento combinado, quirúrgico y médico. Un 10% de pacientes no responden claramente a la cirugía desde el postoperatorio inmediato, y sólo a éstos podemos considerarlos como fracasos absolutos.

Conclusiones

La esplenectomía laparoscópica por PTI consigue altos porcentajes de respuestas completas y éstas se mantienen a largo plazo. Debe seguir considerándose como el "gold estándar" para el tratamiento de esta enfermedad en un momento en que está siendo menos indicada debido a la aparición de nuevos tratamientos médicos con inmunosupresores e inmunoterapias.

R0095 - ENTEROCELE: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Mario Ortega López, Carlos Cerdán Santacruz, Oscar Cano Valderrama, Angel Gortázar, Gonzalo Sanz Ortega, Fernando Jiménez Escovar, Jaime Zuloaga Bueno, Javier Cerdán Miguel

Introducción: El enterocele puede ser causa o contribuir a desencadenar un Síndrome de Defecación Obstructiva. Su incidencia real es desconocida. Se analizan los resultados obtenidos mediante tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de 32 pacientes, con edad media de 68 años, diagnosticadas de enterocele, mediante anamnesis, exploración física, Videodefecografía y/o RMN. De forma individualizada se completaron estudios con manometría, ECO-Endorrectal, Enema Opaco y Tránsito intestinal. Se realizó en 29 casos reparación laparotómica mediante técnica de Gosselink asociado a esfinteroplastia, y/o reparación de rectocele según técnica de Lehur, y/o histerectomía, según necesidad) y en 3 casos se realizó colposacropexia laparoscópica. Se realizan controles a los 3-6-12 y 24 meses; después, en función de la sintomatología. Se empleó test de Pescatori para valoración del estreñimiento. Los resultados fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: La exploración clínica y la VDG fueron diagnósticas en la mayoría de pacientes. La patología asociada fue rectocele 59.4%, sigmoidocele 12.5%, cistocele 9.4%, colpo-histerocele 12.5%, incontinencia anal 28.1% e incontinencia urinaria 34.4%. Globalmente se obtuvieron buenos resultados en el 87.5% de casos. El test de Pescatori se disminuyó significativamente de 11.22 (preoperatorio) a 5.88 (postoperatorio). No hubo mortalidad y las complicaciones fueron mínimas. No hubo reintervenciones. Una recidiva.

Conclusiones: La reparación quirúrgica del enterocele mediante técnica de Gosselink ofrece muy buenos resultados, con un número mínimo de complicaciones y recidivas. Dada la alta incidencia de otras alteraciones del suelo pélvico, en cada caso se decidirá la conveniencia o no de reparación simultánea.

ENTEROCELE: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Mario Ortega López, Carlos Cerdán Santacruz, Inmaculada Domínguez Serrano, Gonzalo Sanz Ortega, Mauricio García Alonso, Fernando Jiménez Escovar, Rodrigo Sanz López, Jaime Zuloaga Bueno, Fernando Esteban Collazo, Javier Cerdán Miguel

Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Unidad de Coloproctología. Servicio Cirugía 2.

MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE STOLLER DE NEUROMODULACIÓN DEL NERVIOTIBIAL POSTERIOR EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA ANAL

Ortega López M., García Alonso M., García de Cecilia JM., Sanz Ortega G., Sanz López R., Jiménez Escovar F., Zuloaga Bueno J., Estaban Collazo F., Torres García A., Cerdán Miguel J.

R0096 - ENTEROCELE. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Mario Ortega López, Carlos Cerdán Santacruz, Oscar Cano Valderrama, Angel Gortázar, Gonzalo Sanz Ortega, Fernando Jiménez Escovar, Jaime Zuloaga Bueno, Javier Cerdán Miguel

Introducción: El enterocele puede ser causa o contribuir a desencadenar un Síndrome de Defecación Obstructiva. Su incidencia real es desconocida. Se analizan los resultados obtenidos mediante tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de 32 pacientes, con edad media de 68 años, diagnosticadas de enterocele, mediante anamnesis, exploración física, Videodefecografía y/o RMN. De forma individualizada se completaron estudios con manometría, ECO-Endorrectal, Enema Opaco y Tránsito intestinal. Se realizó en 29 casos reparación laparotómica mediante técnica de Gosselink asociado a esfinteroplastia, y/o reparación de rectocele según técnica de Lehur, y/o histerectomía, según necesidad) y en 3 casos se realizó colposacropexia laparoscópica. Se realizan controles a los 3-6-12 y 24 meses; después, en función de la sintomatología. Se empleó test de Pescatori para valoración del estreñimiento. Los resultados fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: La exploración clínica y la VDG fueron diagnósticas en la mayoría de pacientes. La patología asociada fue rectocele 59.4%, sigmoideocele 12.5%, cistocele 9.4%, colpo-histerocele 12.5%, incontinencia anal 28.1% e incontinencia urinaria 34.4%. Globalmente se obtuvieron buenos resultados en el 87.5% de casos. El test de Pescatori se disminuyó significativamente de 11.22 (preoperatorio) a 5.88 (postoperatorio). No hubo mortalidad y las complicaciones fueron mínimas. No hubo reintervenciones. Una recidiva.

Conclusiones: La reparación quirúrgica del enterocele mediante técnica de Gosselink ofrece muy buenos resultados, con un número mínimo de complicaciones y recidivas. Dada la alta incidencia de otras alteraciones del suelo pélvico, en cada caso se decidirá la conveniencia o no de reparación simultánea.

R0097 - AMPUTACIÓN ABDÓMINO-PERINEAL CON EL TIEMPO PERINEAL EN PRONO - RESULTADOS TRAS 15 MESES Y COMPARACIÓN CON LA TÉCNICA TRADICIONAL

Alberto Palomo Luquero, Adel Eldabe Mikhail, Evelio Alonso Alonso, Ignacio López Botín, Vidina Aurora Rodrigo Amador, Raquel León Miranda, Romina Parra López, Juan Luis Seco Gil

Objetivos: mostrar nuestros resultados en la amputación abdómino-perineal (AAP) con el tiempo perineal en decúbito prono en 15 meses, comparándolos con la técnica tradicional con dos equipos simultáneos

Material y métodos: desde marzo de 2010 se ha comenzado a realizar la AAP con el tiempo perineal en prono, obteniendo piezas quirúrgicas cilíndricas sin afilamientos peritumorales. Por protocolo, tras la resección, se ancla una malla reabsorbible en los restos musculares de los elevadores.

Resultados: en 15 meses se han realizado un total de 23 AAP, de las cuales 18 han sido con el tiempo perineal en decúbito prono. Resultados anatomopatológicos: 9 pT3, 5 pT2, 2 ypT2, 1 ypT3 y 1 ypT0. El margen de resección circunferencial se encontraba libre en 17 de los 18 pacientes (94,4%), mostrando en el paciente restante contacto focal con el tumor. Perforación de recto en 1 paciente (5,6%). 5 infecciones de herida perineal, sin consecuencias para la malla. En los 5 casos operados según la técnica tradicional, hubo afectación del margen circunferencial en el 20%, y perforación de la pieza en el 40%.

Conclusiones: la posición de decúbito prono favorece la realización de una exéresis más amplia y correcta en los tumores de recto distal, con menores tasas tanto de afectación del margen circunferencial como de perforación del recto.

R0105 - SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO TORÁCICO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA DE URGENCIAS

LUIS MIGUEL ALCOBA GARCÍA, OSCAR SANZ GUADARRAMA, MARIA LUISA DE LA HOZ RIESCO, REYES ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, ROSARIO CANSECO FERNÁNDEZ, MARIA PILAR SUÁREZ VEGA, LAURA BALLESTA RUSSO, PABLO DÍEZ GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cirugía de Urgencias, de reciente creación en nuestro Servicio, se encarga del paciente con traumatismo torácico.

OBJETIVOS

Seguimiento de pacientes vistos por ésta unidad con traumatismo torácico, identificando los factores pronósticos de mayor impacto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo 134 pacientes con traumatismo torácico desde octubre 2009 hasta abril 2011. Valoramos bilateralidad, más de tres, 1ª ó 2ª costilla, causa, pO₂, contusión pulmonar, lesiones asociadas, estancia, tratamiento y complicaciones.

RESULTADOS

Presentamos 97 traumatismo costal, 11 neumotórax, 1 hemotórax y 25 traumatismo toracoabdominal. 110 procedían de urgencias, 15 de UVI.

97 fracturas costales, edad media 66, estancia media 2.95. 3 precisaron DET, otros 3 neumotórax no precisaron DET. Complicaciones: 1 éxitus, 1 paciente con ICC e IRA y otro IRA que precisó ingreso en UVI.

Un hemotórax, que precisó toracotomía más resección atípica.

11 neumotórax de ingreso, de los cuales 82% se colocó DET con estancia media de 3.9 días. Un éxitus en un paciente con parálisis cerebral.

25 traumatismos toraco-abdominales, 8 provenían de UCI. Estancia 45 días. 4 cirugías abdominales: 2 sutura de perforación y 2 laparotomía exploradora.

Los pacientes con DET tuvieron una estancia media de 6.1 días y los que no, 2.6.

CONCLUSIONES

La contusión pulmonar y fractura de 1ª y 2ª costilla son los mejores factores predictores de neumotórax, en combinación llega a un 50%.

La asociación de trauma abdominal aumenta la estancia y complicaciones.

R0106 - FACTORES IMPLICADOS EN LA RESPUESTA A LA NEOADYUVANCIA EN EL CANCER DE RECTO:IDENTIFICACION DE BIOMARCADORES MEDIANTE MICROARRAYS DE PROTEINAS

ANA BELEN SANCHEZ CASADO, MARIA GONZALEZ GONZALEZ, RAQUEL BARTOLOME, JOSE MARIA SAYAGUES, LUIS MIGUEL GONZALEZ, FERNANDO GUTIERREZ CONDE, JOSE ANTONIO ALCAZAR, JACINTO GARCIA GARCIA

Introducción: La identificación de anticuerpos frente a proteínas potencialmente antigénicas en el plasma de estos pacientes, permitiría identificar biomarcadores de gran utilidad tanto en el diagnóstico como tratamiento de la enfermedad.

Material y métodos: describimos el perfil auto-antigénico, empleando un microarray de 6000 proteínas antigénicas tumorales humanas, en muestras de plasma obtenidas al diagnóstico en un total de 30 pacientes con cáncer colorrectal. Una tercera parte de los pacientes fueron sometidos a terapia neoadyuvante con radioterapia y derivados del 5-FU. Como muestra control se analizó el plasma de 6 individuos sanos. El grado de regresión tumoral en los pacientes tratados con RQT neoadyuvante, fue evaluado de acuerdo con la escala Dworak.

Resultados: Todos los pacientes analizados (n=30) presentaron un perfil auto-antigénico diferente a los individuos sanos (n=6). Las proteínas encontradas en el plasma de los pacientes están relacionadas con la señalización celular, la respuesta inflamatoria y/o alteraciones tumorales. En relación con la respuesta al tratamiento neoadyuvante, dos tercios de los pacientes analizados (n=6; 66%) no presentaron regresión tumoral (grado I/II), encontrándose un perfil auto-antigénico diferente a los pacientes (n=3; 33%) con regresión tumoral (grado III). Los patrones auto-antigénicos nos permitieron identificar claramente a los pacientes según el grado de respuesta frente al tratamiento neoadyuvante (n=9).

Conclusiones: Resultados preliminares sugieren que determinados perfiles auto-antigénicos encontrados en el plasma de los pacientes pueden ayudar a predecir la respuesta al tratamiento neoadyuvante en carcinoma de recto localmente avanzado. No obstante, estos hallazgos requieren ser validados en series más amplias de pacientes.

R0107 - REFUERZO DE LA ANASTOMOSIS COLORRECTAL CON SELLANTES QUIRÚRGICOS: RESULTADOS PRELIMINARES

D Gómez Alonso, A Huidobro Píriz, E Castrillo Arconada, R Díaz Maag, JH Herrera Kok, P De Castro Monedero, JM Silva Fernández, JL Alvarez Conde

OBJETIVO: Comprobar la eficacia de los sellantes quirúrgicos para el refuerzo de anastomosis y prevención de fístulas anastomóticas en cirugía colorrectal. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se ha realizado una revisión de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por patología colorrectal en el periodo comprendido entre Marzo de

2009 a Febrero de 2011 en la Unidad Colorrectal del Servicio de Cirugía del Complejo Asistencial de Palencia, comparando los pacientes en los que se ha reforzado la anastomosis intestinal con adhesivo sintético cianoacrílico con el grupo control en los que no se ha reforzado la anastomosis con sellantes. Hemos evaluado diferentes parámetros como la edad y sexo de los pacientes, localización de la patología, vía de abordaje, procedimiento quirúrgico realizado, tipo de anastomosis y porcentaje de fístula anastomótica en cada grupo.

RESULTADOS: Durante este periodo se ha realizado refuerzo de anastomosis intestinales con adhesivo sintético en 47 pacientes y no se ha realizado refuerzo de la anastomosis en 86 pacientes (grupo control). En el grupo control se ha producido fuga anastomótica en el 6'97% de pacientes y con adhesivo sintético en el 6'38% de pacientes.

CONCLUSIONES: Según nuestra experiencia no apreciamos diferencias significativas en la incidencia de fístula anastomótica postoperatoria en cirugía colorrectal con el empleo de adhesivos sintéticos para el refuerzo de anastomosis, aunque debemos continuar el estudio para aumentar el número de pacientes y poder llegar a conclusiones más firmes.

R0117 - CURSOS DE ENTRENAMIENTO EN SUTURAS LAPAROSCOPICAS

ESTHER GARCIA-PLATA POLO, JUAN LUIS SECO GIL, M^a MAR VIANA DE MIGUEL, MARIA DE LA PLAZA GALINDO, ANGEL MARTINEZ MARTINEZ, MIGUEL ANGEL ALVAREZ RICO, GREGORIO MORAL MORAL, MIGUEL SANCHEZ CARRASCO

Introducción

Un alto porcentaje de los cirujanos que realizan laparoscopia tienen una experiencia reducida en la práctica de suturas laparoscópicas.

Objetivo

Verificar la reducción en el tiempo de realización de las suturas laparoscópicas mediante la práctica en cursos de entrenamiento.

Material y métodos

A lo largo de 3,5 años se han llevado a cabo en nuestro Servicio 21 cursos de formación en cirugía laparoscópica. De ellos, 19 cursos de entrenamiento se han basado fundamentalmente en la práctica en entrenadores. Los cursos de entrenamiento son eminentemente prácticos, con mínima carga teórica, de una duración de 15 horas, y con un alumno por puesto de trabajo. En tejidos animales, se efectúan suturas a puntos sueltos y continuas, tanto verticales como horizontales, con material de sutura trenzado y mono-filamento, así como se realizan anastomosis gastro-intestinales, a puntos sueltos y continuas. Asimismo, se practica con dispositivos de sutura intra-corpórea (endo-stitch), y se complementa con la práctica de ejercicios en simuladores virtuales (LapSim Háptico, Medical Simulator)

Resultados

Un total de 189 alumnos efectuaron los 21 cursos, 132 de ellos en los 19 cursos de entrenamiento, con una media de 7 alumnos por curso (10 en los últimos dos años). El 76% de los alumnos eran de cirugía general, seguidos de ginecología (13%) y urología. El 56% eran cirujanos, y el resto residentes, repartidos de forma similar, sobre todo, entre los 3 primeros años de residencia (38%).

Los alumnos procedieron de toda España, con predominio de Castilla y León (55%), seguidos del País Vasco (9,5%), Castilla-La Mancha (6,3%), Galicia y Madrid (4,2%), Canarias (3,7%) y Cataluña (3,1%). El tiempo medio para realizar el primer punto de sutura fue de 13,5 minutos, disminuyendo a 5,7 min. en el 2º día del curso. La media para la primera sutura continua fue de 19,8 min., bajando a 10,8 min. el 2º día. La reducción en los tiempos se observó tanto en los residentes (8,7 min. de reducción), como en el staff (6,5 min.).

Conclusiones

La práctica en el entrenador consigue una reducción de alrededor del 50% del tiempo empleado en la realización de suturas laparoscópicas, tanto en cirujanos, como en residentes, siendo el método fundamental para el aprendizaje de dichas suturas.

R0125 - RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA TRAS MASTECTOMÍA EN UN HOSPITAL NIVEL II

Paola de castro Monedero, Marta Eguía Larrea, Enrique Pastor Fuente, Vanesa Barra Valencia, Daniel Gómez Alonso, Johnn Herrera Kok, Jesus Manuel Silva Fernández, Jose Luis Alvarez Conde

OBJETIVOS

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer en los países industrializados. Su incidencia ha aumentado en los últimos años diagnosticándose en España 14000 nuevos casos anualmente.

La reconstrucción mamaria constituye parte integrante de su tratamiento cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de la paciente aportando beneficios psicológicos. El volumen mamario reconstruido se puede conseguir mediante implantes, tejidos autólogos ó ambos métodos.

Nuestro objetivo es presentar los casos de reconstrucción mamaria inmediata realizados en nuestro hospital desde la creación de la Unidad de mama.

MATERIAL Y METODOS

Revisión retrospectiva de los casos de reconstrucción mamaria inmediata realizados en nuestro hospital entre marzo de 2010 y marzo de 2011.

RESULTADOS

Se intervinieron 80 casos de cáncer de mama (73 infiltrantes y 7 in situ), realizandose 40 mastectomías y 46 cirugías conservadoras.

Se reconstruyeron 20 casos: 8 con prótesis de Becker, 3 con expansores tisulares y 9 con dorsal ancho.

Las complicaciones se resumen de la siguiente manera: 3 infecciones, dos con extrusión protésica tras reconstrucción con prótesis de Becker. 1 Seroma ,1 dehiscencia de la herida de dorsal ancho así como una necrosis del tercio interno del colgajo dorsal ancho (paciente en estadio IV) tras reconstrucción con dorsal ancho.

CONCLUSIONES:

La reconstrucción mamaria posterior a la mastectomía representa un procedimiento seguro, con un gran beneficio psicológico para la paciente, que puede ser realizado de manera inmediata a la mastectomía, empleando diversas técnicas quirúrgicas en un hospital de nivel II.

R0126 - TUMOR NEUROENDOCRINO DE COLON. CARCINOMA DE CÉLULAS PEQUEÑAS. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

EUGENIA BLANCO MARTÍN, JAVIER HERNÁNDEZ GUTIERREZ, ANTONIO CARMONA SÁEZ, LUIS MIGUEL URIEN BLÁZQUEZ, MILAGROS BORREGO GALÁN, JAIME CEBALLOS

INTRODUCCIÓN:

Los tumores neuroendocrinos de células pequeñas del colon son extremadamente raros, alcanzando sólo el 1%.

Las primeras descripciones fueron realizadas por Gould y Chejfec en 1978. Su presentación y estudio deben ser consideradas en nuestra práctica diaria.

OBJETIVOS:

Aportamos un nuevo caso clínico a esta patología tan inusual. Se revisan los aspectos clínicos y alternativas terapéuticas. CASO CLÍNICO:

Mujer de 71 años estudiada por anemia.

Se realizaron colonoscopia y TAC abdominal, evidenciando una neoformación mamelonada en ángulo hepático. El 29-7-2010 se realizó Hemicolecotomía derecha, con A.P. de Carcinoma de células pequeñas.

DISCUSIÓN:

Los tumores neuroendocrinos se pueden encontrar distribuidos por todo el organismo, pudiendo sintetizar más de 40 sustancias farmacológicamente activas.

Son tan infrecuentes, que no alcanzan el 1% del total de los tumores del intestino grueso.

La clínica de presentación no difiere de la de los adenocarcinomas de colon, pero son mucho más agresivos y tienen peor pronóstico.

La negatividad para el inmunomarcaje con cromogranina es un hecho descrito en tumores intestinales de estirpe neuroendocrino. La clasificación anatomopatológica se basa en el grado de diferenciación, siendo los tumores de células pequeñas, carcinomas neuroendocrinos pobremente diferenciados, por tanto, más agresivos, con diseminación más rápida y pronóstico más desfavorable.

CONCLUSIONES:

El interés de estos casos reside, no sólo en lo infrecuente de su presentación y su marcada agresividad, sino en lo controvertido de su tratamiento.

Como consecuencia de los pobres resultados obtenidos con la cirugía, los esfuerzos apuntan a tratarlos con agentes quimioterápicos en esquemas agresivos.

R0127 - VALOR DEL MÉTODO OSNA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER DE MAMA

M. Pilar Rupérez Arribas, José Félix Cuezva Guzmán, Agustín Vaillo Vinagre, Ana María San José Borreguero, Ruth Cachon Esteban, Antonia Gutierrez Martín

Introducción: el ganglio centinela (GC) es el primer ganglio que recibe el drenaje linfático del cáncer de mama, su estatus es importante para el pronóstico y planificación de tratamiento adyuvante. El método OSNA es un procedimiento de diagnóstico intraoperatorio del GC, detecta el nivel de expresión de ARNm de CK 19 con sensibilidad 95% y especificidad 96%.

Objetivo: analizamos los resultados de nuestra serie

Material y métodos: desde febrero 2010 hasta mayo de 2011 se analizaron por el método OSNA 73 GC procedentes de 40 pacientes. Se determinó por inmunohistoquímica la CK19 en la BAG y en la pieza quirúrgica de todas. Resultados: 61 GC negativos, 12 positivos (4 micrometástasis, 8 macrometástasis).

Tipos histológicos del tumor fueron: Carcinoma ductal infiltrante 27, carcinoma ductal in situ 8, lobulillar 1, mucinoso 1, neuroendocrino 1, papilar 1. La CK19 fue positiva en el 100% de las BAG y piezas quirúrgicas. Con una correlación adecuada en la inmunotinción observada entre ambas, con independencia del tipo histológico. Conclusiones: el método OSNA es un método de detección intraoperatoria de metástasis en el GC rápido y preciso con alta sensibilidad y especificidad. Evita reintervenciones y reduce la carga de trabajo. El 98% de los carcinomas de mama expresan CK19. No ha habido falsos negativos del GC por falta de expresión de CK19, para evitarlos, se recomienda su determinación en las BAG previas, si son negativas, realizar un estudio histológico postoperatorio del GC.

R0130 - CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE NEOPLASIA DE RECTO CON ANASTOMOSIS BAJAS

Nicolás Monge Ropero, Sandra del Barrio Anaya, Javier Etreros Alonso, Luis Malavé Cardozo, Guillermo Aís Conde, Begoña Fadrique Fernández, Juan de Mata López Pérez, Juan Javier Manzanares Sacristán

Objetivo: El objetivo de esta revisión es valorar el grado de incontinencia en pacientes con anatomosis bajas así como el sentimiento de estos pacientes y cambio en su forma de vida.
Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo de pacientes intervenidos de neoplasia de recto medio y bajo en los últimos tres años, con un total de 37 pacientes, en los que se ha realizado una anatomosis baja o coloanal; valorando el grado de incontinencia así como el cambio en su calidad de vida. Para ello hemos utilizado el test de Wexner así como la escala FIQL.

Conclusiones: Del total de 37 pacientes, en 11 de ellos se ha realizado una anatomosis coloanal, presentando diferentes grados de incontinencia. Solamente en 2 casos, esta incontinencia les ha supuesto un gran cambio en su vida y la de su familia. Los pacientes intervenidos de recto medio, ninguno de ellos presenta incontinencia y su calidad de vida es buena o muy buena.

R0131 - TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA.

Autores: R. Martínez Díaz, A Barrera Rebollo, E. Asensio Díaz, F Labarga Rodríguez, P Rodríguez Vielba, M Gonzalo Martín, M Rodríguez López, JM García Abril.

Hospital Universitario "Río Hortega" de Valladolid

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores no epiteliales más comunes en el tracto gastrointestinal, a pesar de ello, constituyen un 1% de los cánceres primarios de dicha localización.

Aunque su presentación clínica es variable, prácticamente todos los GIST tienen potencial maligno. El estudio del tamaño de la tumoración, su localización y el índice mitótico permite la estratificación del riesgo de metástasis y recurrencia.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los casos de tumores del estroma gastrointestinal tratados por la Unidad esofagogastrointestinal del Hospital Río Hortega de Valladolid.

Resultados:

Se analizan los casos de GIST localizados en estómago e intestino delgado.

Al igual que en la literatura, la localización más frecuente encontrada es el estómago, con una mayoría de tumores resecables en el momento del diagnóstico.

En más del 90% de los casos se realiza una exéresis quirúrgica R0 con posterior seguimiento exhaustivo de la enfermedad.

Conclusiones: La aparición de los fármacos inhibidores de la tirosin kinasa han permitido el aumento de la supervivencia en enfermedad metastásica y el rescate quirúrgico de tumores avanzados no resecables. Es de gran importancia el manejo multidisciplinario del paciente para el planteamiento del tipo de cirugía, el momento de la misma y la terapia adyuvante.

R0133 - REGISTRO DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA GENERAL. APRENDER DE NUESTROS ERRORES

ROCÍO SALGADO ÁLVAREZ, RAQUEL VAZQUEZ BOUZÓN, ERNESTO TOSCANO NOVELLA

Objetivos: Se puso en marcha con el objetivo de mejorar la calidad asistencial. El planteamiento autocrítico de las mismas nos permite establecer acciones de mejora tras su análisis colegiado.

Material y Métodos: Registramos y analizamos las complicaciones en el último año. El registro de las complicaciones se realiza teniendo en cuenta: patología, sección a la que pertenecen, morbimortalidad, tipo de acceso (programado, urgente o urgente diferido) y tipo de. No se registran complicaciones infecciosas de herida quirúrgica pues su control se realiza a través del Servicio de Preventiva.

Resultados: Hemos registrado 100 complicaciones sucesivas. En 30 de ellas se adoptaron acciones de mejoras que motivaron sesiones en el servicio para revisar los temas en cuestión y en algunos casos, actualizar o promover nuevos protocolos o guías clínicas. Se dividen en 10 secciones con mayor incidencia en Coloproctología y Hepatobiliar. Destacan las infecciones(21) y las hemorragias(18). Se reportaron 18 exitus. 75 complicaciones mayores y 6 menores. Fueron urgentes 30, diferidas 11 programadas 59. Necesitaron reintervención 52 pacientes. Se expondrán detalladas según la clasificación ``The Accordion Severety Grading System of Surgical Complications: Expanded Classification`` con la finalidad de poder compararnos con estándares internacionales.

Conclusiones: Es una herramienta útil y necesaria para valorar y mejorar la calidad de la asistencia (Lo que no se puede medir no se puede mejorar). Es necesaria la implicación de todo el Servicio para su implantación. Constata los errores y ayuda a implementar acciones de mejora.

R0134 - EL COMITÉ DE TUMORES DEL APARATO DIGESTIVO. EXPERIENCIA DE 9 AÑOS

RAQUEL VAZQUEZ BOUZÓN, ROCÍO SALGADO ÁLVAREZ, VICTOR MARTÍN MOSQUERA, ERNESTO TOSCANO NOVELLA

Objetivos: Nace ante la necesidad de realizar un tratamiento multidisciplinar de los mismos. Nuestro objetivo es mostrar la utilidad de un comité de tumores como una herramienta indispensable para la mejora de la calidad asistencial.

Material y Métodos: Reunión semanal de un grupo de 32 especialistas de la que forman parte: Oncólogos, Anatomopatólogos, Digestólogos, Radiólogos, Intervencionistas y Cirujanos Generales. El facultativo responsable del paciente expone su historia clínica y las pruebas complementarias, llegando a un consenso sobre la conveniencia de nuevas técnicas complementarias y la conducta terapéutica a seguir. La información es recogida por un secretario, que posteriormente redacta un acta de dicha sesión, la cual es firmada por los asistentes. La decisión adoptada se introduce en la historia clínica informatizada del paciente.

Resultados: Desde abril del 2002 hasta abril de 2011 se han presentados 2.422 pacientes, con una media de 9,8 pacientes en cada sesión. La media de los especialistas asistentes es de 17. La edad media de los pacientes es de 70 años. Los tumores con mayor representación fueron colorectales, gástricos y biliopancreáticos. Se expondrán los datos pormenorizados.

Conclusiones: Permite una visión integral del paciente. Constituye un foro de discusión y consenso. Mejora la calidad asistencial, pues ofrece una atención personalizada. Formación continuada de todos los componentes del comité. Las actas de las reuniones constituyen un arma legal ante cualquier tipo de demanda. Contribuye a mantener la excelente relación que existe entre los diferentes Servicios que tenemos al paciente como denominador común.

R0135 - ESTADIAJE LOCORREGIONAL PREOPERATORIO DEL CÁNCER DE RECTO. COMPARACIÓN CON HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS

Romina Parra López, Adel Eldabe Mikhail, Evelio Alonso Alonso, Ignacio López Botín, Miguel Álvarez Rico, Ivan Gil Laso, Juan Luis Seco Gil

El estadiaje preoperatorio del carcinoma rectal cobra cada vez más importancia con el desarrollo de nuevas modalidades terapéuticas como la terapia neoadyuvante y la resección endoscópica transanal.

OBJETIVOS: Comparar la precisión diagnóstica de la ecografía endorrectal (EER) y de la resonancia magnética (RM) en el estadiaje preoperatorio del carcinoma rectal.

MÉTODOS: 44 pacientes fueron intervenidos de un carcinoma rectal medio/bajo entre enero de 2009 y abril de 2011. Se realizó EER en 36 casos, RM en 41 casos y ambos estudios en 36 pacientes. Todos los casos fueron sometidos a una cirugía radical posteriormente. El estadiaje preoperatorio se comparó con los hallazgos anatomopatológicos según la clasificación TNM.

RESULTADOS: Se observó una mayor sensibilidad de la EER en el estadiaje tumoral y ganglionar frente a la RM (72% vs 68% y 61,5% vs 53,85% respectivamente). Sin embargo, la precisión diagnóstica de la EER se mostró inferior a la RM en la clasificación T (61,7% vs 78%) y en la clasificación N (57% vs 73%) debido a la mayor especificidad de la RM.

CONCLUSIÓN: El estadiaje locorregional correcto del carcinoma rectal es esencial para la planificación de la estrategia terapéutica. En nuestro servicio ambas modalidades diagnósticas mostraron resultados parecidos siendo la RM más costosa y la EER más operador-dependiente. En el momento actual y debido a la curva de aprendizaje, parece justificado el uso de ambas pruebas. La auditoría de los resultados servirá para definir el momento en el que se podrá prescindir de la RM salvo para casos muy concretos.

R0137 - ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA FIJACIÓN DE LA MALLA EN LA HERNIOPLASTIA INGUINAL CON SELLANTE BIOLÓGICO VS SELLANTE SINTÉTICO

Johnn Henry Herrera Kok, Ana Huidobro Píriz, Emilio Carretero Cabezudo, Daniel Gómez Alonso, Paola De Castro Monedero, Jesús Manuel Silva, Julio Enrique Castrillo Arconada, José Luis Álvarez Conde

Objetivo: Comparar la incidencia de dolor crónico postoperatorio (DCPO) y complicaciones locales en pacientes sometidos a hernioplastia inguinal con fijación convencional (suturas) de la malla, que puede afectar hasta al 30% de pacientes, vs fijación con adhesivos, tanto biológicos (fibrina) como sintéticos (cianoacrilato).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio experimental, prospectivo, aleatorizado, controlado, doble ciego entre enero y diciembre de 2010. Se incluyeron en el estudio a pacientes varones de entre 18 y 80 años de edad con diagnóstico de hernia inguinal primaria, que no presentaran ni dolor inguinal antes de la cirugía, ni factores de riesgo para complicaciones locales de la cirugía.

Resultados: No se presentó recidiva ni migración de la malla en ninguno de los grupos. En el grupo tratado con fibrina el 4,8% de los casos presentaron complicaciones locales y el 7% de los casos refirió dolor postoperatorio. En el grupo tratado con cianoacrilato el 3,75% de los casos presentaron complicaciones locales y 3,75% refirió dolor postoperatorio. En ambos grupos el 95% de los casos presentó reincorporación laboral 2 a 3 semanas después de la intervención.

Conclusiones: La fijación de la malla con adhesivos constituye una alternativa segura al método convencional y podría disminuir la incidencia de dolor crónico postoperatorio así como de complicaciones locales en pacientes intervenidos de hernioplastia inguinal.

R0152 - CIRUGÍA MONOPUERTO EN PATOLOGÍA COLORRECTAL: RESULTADOS PRELIMINARES

Salvador Navarrete Llopis, Carlos Duran Escribano, Cristina Valiño Fernandez, Federico Del Castillo Diez, Manuel Miras Estacio, Manuel Asensio Gomez ,

Unidad de Cirugía Laparoscópica. Hospital Virgen de la Paloma. Unidad de Cirugía Laparoscópica. Clínica la Luz,

Madrid, España.

Resumen

Introducción: El objetivo del estudio es la evaluación de la técnica monopuerto en patología colorrectal en cuanto su adecuación a criterios oncológicos, fiabilidad, seguridad y reproductibilidad de la técnica. Se realiza un estudio descriptivo y prospectivo de casos describiendo los resultados preliminares de nuestra experiencia.

Material y metodos: Presentamos una serie de 24 pacientes con patología colorrectal intervenidos mediante abordaje monopuerto con dispositivo Gel point® durante el periodo de tiempo comprendido entre junio y diciembre del año 2010. Se realizaron 9 hemicolectomías derechas, 9 resecciones de sigma, 4 resecciones anteriores altas, 1 hemicolectomía izquierda por tumor de ángulo esplénico y 1 colectomía subtotal

Resultados: El tiempo quirúrgico medio, para el colon derecho fue de 82,77 minutos (rango 40-170), de 122,14 minutos (rango 75-200) para colon izquierdo y recto y de 270 minutos en la colectomía subtotal. La mediana de número de ganglios resecaados fue de 22 (rango: 3-27) para colon derecho y 21 (rango 11-28) para colon izquierdo/recto, la media de longitud de la pieza quirúrgica fue de 20,37 cm (rango 16,20-27,50) para colon derecho y 24,92 cm (rango 14,50-31) para el colon izquierdo/recto, la mediana de estancia hospitalaria global fue de 6 días (rango 5-13). La morbilidad fue del 8,3% (2 pacientes), uno presento una oclusión por bridas y otro fuga en la anastomosis. No hubo mortalidad.

Conclusiones: El abordaje monopuerto es una técnica reproducible y segura, manteniendo criterios oncológicos, en cirujanos habituados a la cirugía colorrectal por vía laparoscópica convencional.

Sería necesario un mayor número de casos para la estandarización de la técnica.

R0157 - DESGARRO ESOFÁGICO EN EL CONTEXTO DE ESTENOSIS ESOFÁGICA POR ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA TRAS DILATACIÓN ENDOSCÓPICA-TRATAMIENTO MÉDICO

VIDINA RODRIGO AMADOR, GREGORIO MORAL MORAL, SERGIO NOVOTNY CANALS, ALBERTO PALOMO LUQUERO, ROMINA PARRA LÓPEZ, IVÁN GIL LASO, JUAN LUIS SECO GIL

Caso clínico de un varón de 43 años. Antecedentes: LES y alergia alimentaria a lactosa. Clínicamente presenta disfagia e impactación por posible esofagitis eosinofílica. Se realiza dilatación endoscópica de estenosis esofágica concéntrica, y posteriormente presenta molestias a nivel cervical y torácico con crepitación cervical. Se evidencia desgarro esofágico profundo longitudinal. Ante buena situación clínica: tratamiento conservador, evolucionando muy satisfactoriamente.

La existencia de eosinófilos esofágicos se ha relacionado con enfermedad por reflujo. Cada vez más fuerza la teoría de que, en algunos casos, es el propio esófago el que recluta eosinófilos en respuesta a múltiples estímulos. En estos casos los tratamientos antirreflujo son ineficaces.

Incidencia de esofagitis eosinofílica: Aumentó en últimos 3-5 años. La mayoría de afectados son varones caucásicos de 20-30 años.

Clínicamente lo más frecuente es disfagia. También: historia de impactación alimentaria, perforación esofágica espontánea (Boerhaave), o dolor severo después de una dilatación. Se suele asociar con otras enfermedades autoinmunes o alergias alimentarias.

Diagnóstico: Sospecha clínica, no hay marcadores serológicos específicos y eosinofilia no siempre presente. La biopsia endoscópica (hecha con tratamiento antirreflujo) apoya el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad por reflujo y gastroenteritis eosinofílica (afecta a todo el tracto digestivo).

Tratamiento: Eliminar posibles alérgenos de dieta, inhibidores de la bomba de protones (ayuda, no definitivos) corticoides tópicos (fluticasona ó budesonida), mepolizumab y purinas. Dilataciones endoscópicas (en estenosis): con sumo cuidado por mayor riesgo de desgarros y perforaciones dadas las características de la mucosa.

R0159 - PRESENTACIÓN DE NUESTRA SERIE DE COLON POR LAPAROSCOPIA 2004/2011 EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO-COLOPROCTOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL YAGÜE (BURGOS)

VIDINA RODRIGO AMADOR, SERGIO NOVOTNY CANALS, MIGUEL ÁNGEL ÁLVAREZ RICO, ADEL ELDABE MIKHAIL, MANUEL AGUADO GARCÍA, MIGUEL SÁNCHEZ CARRASCO, EVELIO ALONSO ALONSO, JUAN LUIS SECO GIL

Datos de nuestra serie de colon por laparoscopia periodo 2004/2011. Desde los inicios evaluamos número de pacientes, porcentaje de cirugía abierta vs laparoscópica, número de cirujanos, localización de las lesiones más frecuentes, y de las propias patologías. Detalles propios de las técnicas empleadas (sección de vasos, incisiones de extracción, tipo de anastomosis). Finalmente analizamos índices de conversión, sus causas, adenopatías localizadas, estancia postoperatoria y complicaciones.

Resultados: 207 pacientes intervenidos por LPS, el 29% de estos en 2010. Del total de intervenidos en colon, el 31,9% son por LPS en 2010.

Número de cirujanos principales: 5.

Localización: 95% colon derecho, 85% sigma, 11% recto superior. Patología más frecuente: cáncer, 162 casos, 37 pólipos y 11 diverticulosis. Sección de vasos: 24,2% clips, 68,6% endocortadoras, 7,2% ligasure.

Incisiones de extracción: 52,87% HD, 44,25% suprapúbica.

Índice de conversión 2010: 19,85%, 37% de los casos fue por disección difícil, el 23% por adherencias.

39,2% del total correspondían a estadio B de Dukes. En 2010 se aislaron una media de 12,65 adenopatías.

Estancia media postoperatoria 2010: 9,86 días.

Principal causa de complicaciones postoperatorias: isquemia colónica: 9,17% del total de casos.

Nuestros resultados son equiparables a otras series.

El abordaje laparoscópico muestra claras ventajas respecto al abordaje abierto. Se evidencia mejoría del postoperatorio, disminución del dolor, de la tasa de infecciones de herida quirúrgica y en resumen un menor número de días de estancia hospitalaria.

R0160 - CIRUGÍA DEL PÁNCREAS EN SALAMANCA: UNA MIRADA RETROSPECTIVA

Teresa Ramos Grande, Ana Belén Sánchez Casado, Nicolás Macías Hernández, Manolo Iglesias Iglesias, Carmen Esteban Velasco, Luis Muñoz Bellvis, Alberto Gómez Alonso,

INTRODUCCIÓN:

El desarrollo en los últimos años de unidades específicas de dedicación preferencial en el seno de los servicios de cirugía, parece una tendencia consolidada. Ello debería ir unido a la certificación y acreditación de dichas unidades de forma que existan centros de referencia para determinadas patologías y así obtener mejores resultados. Exponemos nuestra experiencia tras 8 años desde la creación de nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo mediante consulta en base de datos, propia de la unidad, de todos los pacientes con patología pancreática intervenidos desde febrero 2003 a 2011. Se realiza un análisis de edad, sexo, diagnóstico, estancia hospitalaria, tipo de cirugía realizada, tipo de resección (R0, R1, R2), afectación retroperitoneal, número de ganglios y lymph node ratio, morbilidad perioperatoria, mortalidad y supervivencia.

RESULTADOS:

Durante el periodo señalado se han revisado más de 400 pacientes con patología pancreática por parte de la unidad, de ellos, finalmente se han intervenido 247 pacientes (58% hombres y 42% mujeres) con una relación aproximada de 3:2. La edad media fue de 62 años (r: 19 - 84). La estancia media de hospitalización fue de 16,2 días (15,6 días excluyendo los extremos). Diagnóstico: Adenocarcinoma ductal y ampuloma (171), tumores neuroendocrinos (27), tumores quísticos (31), otros diagnósticos (18). Las intervenciones quirúrgicas realizadas fueron: Duodenopancreatectomía cefálica (97), duodenopancreatectomía total con/sin esplenectomía (22), pancreatectomía distal con/sin esplenectomía (29), cirugía paliativa (82) (laparotomías exploradoras, derivaciones biliodigestivas, drenajes) y enucleación (16). Un 52% de los pacientes presentaron al menos una complicación. La tasa global de mortalidad quirúrgica fue del 3,6% (9/247).

CONCLUSIÓN:

La creación de unidades específicas permite obtener estándares de calidad elevados. Debe considerarse la creación, en las diferentes comunidades, de centros de referencia que obtengan cada vez más experiencia y así, optimizar los recursos y ofrecer a todos los ciudadanos la misma calidad asistencial.

R0168 - APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. NUESTRA EXPERIENCIA Y RESULTADOS.

Título: Apendicectomía laparoscópica. Nuestra experiencia y resultados.

Autores: I. Gil Laso R. Parra Lope; A. Palomo Luquero; J. F. Reoyo Pascual; M. A. Álvarez Rico; M. Sanchez Carrasco; A. Eldabe Mikhail; J.L. Seco Gil. Unidad de Cirugía Colo-rectal. Complejo Hospitalario Universitario de Burgos.

Objetivo: Se realiza estudio retrospectivo de las apendicectomías laparoscópicas realizadas en nuestro servicio.

Material y Métodos: Se han revisado un total de 82 apendicectomías laparoscópicas durante un período de 6 años.

Resultado: La edad media es de 37'85 años.

El diagnóstico fue: 41 apendicitis flemonosas, 37 apendicitis gangrenosas (5'4% con peritonitis y 19% con plastrón apendicular). 4 casos con neoplasia en la anatomía patológica (50% carcinoide y 50% mucoccele).

La gran mayoría de los pacientes no presentó comorbilidades asociadas (57), el resto (25) presento: 36% obesidad, 52% HTA, 8% DM, 12% DLP y 24% cardiopatía como principales comorbilidades asociadas.

El numero de trocares principalmente utilizado fueron 3 (94%). Como técnica para la sección de los vasos apendiculares más usada fue el Ligasure (85%) y para la sección de la base apendicular fue la EndoGIA (96%).

Se produjeron 4 conversiones a técnica abierta por dificultades técnicas. (4'8%)

El postoperatorio cursó con normalidad en el 87% de los pacientes. El resto presento:

2 sangrado, 7 absceso intraabdominal (71% de ellos necesitaron de reingreso posterior), 1 caso íleo, 1 caso infección de herida.

La estancia media fue de 3'5 días.

Conclusiones: La apendicectomía laparoscópica se trata de una técnica muy segura que permite una estancia postoperatoria y complicaciones postoperatorias mínimas.

R0169 - TUMOR DE KRUKENBERG BILATERAL GIGANTE TRAS ADENOCARCINOMA GÁSTRICO-OOFORECTOMÍA BILATERAL-HISTERECTOMÍA

SERGIO NOVOTNY CANALS, VIDINA RODRIGO AMADOR, MANUEL SÁNCHEZ GARCÍA, ALBERTO PALOMO LUQUERO, RAQUEL LEÓN MIRANDA, ROMINA PARRA LÓPEZ, IVÁN GIL LASO, JUAN LUIS SECO GIL

Se presenta el caso de una mujer de 52 años, con antecedentes previos de adenocarcinoma gástrico en células de anillo de sello (estadío T3, N2). Tras rechazar tratamiento citostático presenta 11 años después, una tumoración gigante ovárica bilateral. Los resultados en biopsia fueron de tumor de Krukenberg bilateral gigante. Se realizó ooforectomía bilateral e histerectomía, incluyendo fondo vaginal. La paciente evolucionó favorablemente, rechazando de nuevo tratamiento citostático.

El tumor de Krukenberg es infrecuente (1-2% tumores ováricos). Se refiere a una metástasis ovárica maligna, cuyo tumor primario es gástrico difuso (linitis plástica) en el 70% de casos.

Afecta a mujeres en la quinta década de vida. Suele ser bilateral (80%), asimétrico y de consistencia dura. Microscópicamente se caracteriza por la aparición de mucina en su interior y células en anillo de sello (al igual que el gástrico).

La clínica típica es de dolor y distensión en hemiabdomen inferior. La ascitis está presente en el 50% de casos.

El primer paso de abordaje terapéutico suele ser la cirugía, que incluye la resección del tumor primario, así como de las metástasis ováricas. La ooforectomía profiláctica puede estar indicada en jóvenes con carcinoma gástrico. Después se recurre a la quimioterapia adyuvante porque ha demostrado eficacia frente a la diseminación peritoneal. La diseminación peritoneal está presente en el momento de la intervención en el 10-20% de los pacientes con carcinoma gástrico. Además el 20-40% de los pacientes mueren a causa de una recidiva peritoneal.

R0173 - CANCER DE RECTO VIA LAPAROSCÓPICA. ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE 82 CASOS

Autores: Dr. M. Toledano Trincado, Dr. J. Sánchez González, Dr. F. Blanco Antona, Dra. M.L. Martín Esteban, Dr. J. Cuevas González y Dr J.C. Martín del Olmo. Servicio Cirugía General Hospital Medina del Campo.

Introducción:

Desde que M. Jacobs realizara la primera colectomía en 1992, ha habido estudios prospectivos controvertidos que tras comprobar buenos resultados oncológicos, permiten actualmente el procedimiento laparoscópico en el cáncer de colon. Sin embargo en el cáncer de Recto no existe de momento el mismo acuerdo.

Material y Métodos:

Se realiza estudio prospectivo descriptivo sobre 82 enfermos intervenidos de Ca de Recto por vía laparoscópica entre Enero 2004 y Diciembre 2010. Se convirtieron 9 pacientes (11%). El 28% Mujeres y 72% Varones. Edad media 67.45 años y el diagnóstico fue Adenocarcinoma en el 98%. La localización más frecuente fue el Recto Inferior (40.2%) y la Técnica más realizada la Resección Anterior (51.3%). El estadiaje más frecuente el 2ª y 3b. Se realizó cirugía paliativa en el 6.1%, en el 11% había infiltración de órganos vecinos durante la cirugía y el 28% tenían cirugía abdominal previa. La ileostomía de protección se realizó en el 14% de los casos.

Resultados:

El tiempo quirúrgico fue de 220 min, la estancia postoperatoria 4 días, estancia en REA 1 día, días de ayuno 3 días, necesidades de analgesia de 2º escalón 2 días y el número medio de ganglios fue de 17. Infección herida 15.3%, Absceso abdominal 1.4%, lesión ureteral 2.8%, dehiscencias anastomóticas 5.7 %, hemoperitoneo 2.8%, perforación iatrogénica de I.D. 1.4% y reintervenciones 13.9%. La resección R=0 se obtuvo en el 74% con márgenes circunferenciales medios de 8.8mm.

Discusión:

En el estudio se realiza una comparativa de nuestra serie con la literatura, observando que hay mejor recuperación en los enfermos intervenidos por vía laparoscópica, la conversión incide negativamente en los resultados, la morbilidad es la misma que en la cirugía abierta, la curva de aprendizaje solo influyó en la tasa de conversión, los márgenes circunferenciales mesorrectales fueron similares a los publicados en otras series, el número de ganglios obtenidos fue satisfactorio y los resultados a corto y medio plazo son iguales que los publicados en cirugía abierta.

Conclusiones:

La cirugía del Cáncer de Recto por vía laparoscópica puede hacerse sin empeorar los resultados a medio y largo plazo de la cirugía abierta, aunque debe realizarse por profesionales con curva de aprendizaje pasada en el cáncer de colon, para evitar el impacto negativo de las cirugías convertidas. Los resultados definitivos del CLASICC TRIAL a 5 años podrán aclarar nuestras dudas.

R0174 - CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE COLON EN UNA UNIDAD DE NUEVA CREACIÓN

Unidad Colorrectal. Servicio de cirugía general y Ap. Digestivo. C.A. Palencia

Autores: R. Díaz Maag, E. Castrillo Arconada, E. Carretero Cabezudo, A. Huidobro

Piriz, D. Gómez Alonso, P. de Castro Monedero, J. Silva, J.L. Álvarez Conde.

Objetivo: Presentar los resultados de la Unidad Colorrectal del Complejo Asistencial de Palencia en cirugía del cáncer de colon y recto a lo largo del año 2010, con especial énfasis en la cirugía laparoscópica, así como exponer las novedades que ha supuesto la creación de la citada unidad en abril del año 2009.

Material y Métodos: A lo largo de 2010 se han recogido datos de 121 pacientes intervenidos de manera programada por cáncer de colon y recto. De ellos 72 han sido operados por laparoscopia.

Resultados: Se presentan los datos demográficos, de técnica quirúrgica, postoperatorios y oncológicos recogidos.

Conclusiones: pese a la corta experiencia temporal los datos recogidos de morbimortalidad y resultados oncológicos de la Unidad se ajustan a los estándares internacionales de calidad.