LIBRO DE RESÚMENES:

Estimados amigos y compañeros

Es un placer para el Comité Organizador invitaros a la XV Reunión de la Asociación de Cirujanos de Castilla y León (ACIRCAL) que se celebrará en el Centro de Congresos y Exposiciones Lienzo Norte de Ávila los días 13 y 14 de junio de 2013.

Los Comités Científico y Organizador, bajo el auspicio de la junta directiva de ACIRCAL, hemos intentado configurar un programa con temas controvertidos y novedosos para las reuniones de ACIRCAL. Contaremos con ponentes expertos de prestigio internacional seleccionados por su perfil accesible y comunicador para fomentar la discusión y la participación de la audiencia y conseguir así un encuentro constructivo.

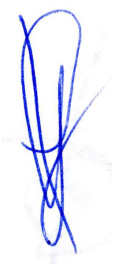
La reunión contendrá cuatro mesas redondas (diseñadas con espacios dedicados a la discusión), dos conferencias magistrales y sesiones de comunicaciones orales, vídeos y posters.

Parte esencial del éxito de estas reuniones radica en el esfuerzo de cirujanos y especialistas en formación que preparan trabajos de calidad que contribuyen a enriquecernos y nos permiten conocer la realidad de otros centros. Os animamos por ello a enviar vuestras aportaciones.

La reunión tendrá lugar en el Centro de Congresos y Exposiciones Lienzo Norte, un espacio confortable, moderno y con preciosas vistas a la muralla. El casco histórico de Ávila es Patrimonio de la Humanidad y tiene uno de los recintos amurallados mejor conservados del mundo. La ciudad, cuna de Santa Teresa de Jesús, tiene un gran número de edificios religiosos (como la Catedral, la Basílica de San Vicente y el Convento de Santa Teresa) y multitud de palacios medievales y renacentistas. Además hay que añadir una rica oferta gastronómica (destacando los asados, la ternera de Ávila y las yemas de Santa Teresa) y una variada oferta hotelera. Esperamos que, a pesar del exigente programa, podáis disfrutar de nuestra ciudad. Nosotros intentaremos que vuestra estancia sea lo más agradable posible.

Finalmente agradecer a la Junta Directiva de ACIRCAL la confianza depositada en nuestro servicio.

Un cordial saludo.



Francisco Javier Hernández Gutiérrez
Presidente de la XV Reunión ACIRCAL

Carlos Marcelo Francos von Hunefeld
Presidente del Comité Científico

COMITÉ DE HONOR:

ALCALDE DEL AYUNTAMIENTO DE ÁVILA

Excmo. Sr. D. Miguel Ángel García Nieto

CONSEJERO DE SANIDAD

Excmo. Sr. D. Antonio María Sáez Aguado

PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ÁVILA

Ilmo. Sr. D. Agustín González González

PRESIDENTE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Ilmo. Sra. Dª. Mª Begoña Sahagún Salcedo

GERENTE REGIONAL DEL SACYL

Ilmo. Sr. D. Eduardo García Prieto

GERENTE DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA

Dª. Maria Antonia Pedraza Dueñas

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE

Dr. F Javier Hernández Gutiérrez.

VICEPRESIDENTE

Dr. Carlos M Francos von Hunefeld.

VOCALES

Dr. José Antonio Carmona Sáez.

Dr. Eddy D´Orleans Julien.

Dr. Luis Miguel Urien Blázquez.

Dr. Fernando Ozalla Romero del Castillo.

Dra. Teresa González Sánchez.

Dra. Esther Rojo Conejo.

Dra. Milagros Borrego Galán.

Dra. Maria del Carmen Cecilia Mercado.

Dra. María Belén Rodríguez Sanz.

Dra. Mar Roldán Cuena.

Dr. Raúl Sánchez Jiménez.

SECRETARIO

Dr. Jacobo Trébol López.

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE

Dr. Carlos M Francos von Hunefeld.

VOCALES

Dr. José Félix Cuezva Guzmán

Dr. José Antonio Carmona Sáez.

Dr. Luis Miguel Urien Blázquez.

Dra. Teresa González Sánchez.

Dra. Milagros Borrego Galán.

Dra. María del Carmen Cecilia Mercado.

Dra. María Belén Rodríguez Sanz.

Dr. Raúl Sánchez Jiménez.

SECRETARIO

Dr. Jacobo Trébol López.

Patrocinadores principales y Secretaría Técnica:

Presentación e instrucciones:

En este libro de resúmenes se incorporan los resúmenes de comunicaciones aceptadas por el Comité Científico de la XV Reunión de la Asociación de Cirujanos de Castilla y León para su consulta y revisión por parte de los congresistas.

Cada grupo de comunicaciones ordenadas por tipo (oral, vídeo y póster) va precedido de un índice con el orden en que se presentaron en el congreso para encontrarlas fácilmente; en esos índices existen hipervínculos en el título de cada trabajo que nos dirigirán a la comunicación pertinente. Igualmente desde cada resumen se podrá volver mediante hipervínculos a los menús de índices.

COMUNICACIONES ORALES:

SESIÓN 1 SALA "DE PRENSA": CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA Y OBESIDAD MÓRBIDA:

Horario: 8:30-9:30am.

Moderadores: JOSE LUIS ALVAREZ CONDE/ MARIA DEL BELEN RODRIGUEZ SANZ.

CIRUGÍA EGD:

Horario	Código	Título:
8:30–8:40	R-0003	ANASTOMOSIS CERVICAL TRAS ESOFAGUECTOMÍA: NUESTROS RESULTADOS 2004-2013
8:40-8:50	R-0060	TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LAS PERFORACIONES ESOFÁGICAS. NUESTRA CASUISTICA EN DOCE AÑOS
8:50-9:00	R-0140	INDICACIONES, TÉCNICA Y RESULTADOS DE LAS COLOPLASTIAS
9:00-9:10	R-0163	TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER: UN MÉTODO EFICAZ Y SEGURO
9:10-9:20	R-0012	CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PALIATIVA DEL CÁNCER GÁSTRICO, ¿MEJORA LA SUPERVIVENCIA?

BARIÁTRICA:

Horario	Código	Título:
9:20-9:30	R-0185	REDUCCIÓN DE PESO Y MEDICACIÓN TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA. RESULTADOS A DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO.

SESIÓN 2 SALA "DE PRENSA": CIRUGÍA COLORRECTAL:

Horario: 9:30-11am.

Moderador: FERNANDO GUTIÉRREZ CONDE.

CIRUGÍA COLORRECTAL:

Horario	Código	Título:
9:30–9:40	R-0057	EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN EL CÁNCER DE RECTO SEGÚN LA POBLACIÓN CLONAL
9:40-9:50	R-0059	REGIONES CROMOSÓMICAS IMPLICADAS EN EL PROCESO DE METASTATIZACIÓN DEL CÁNCER DE COLON
9:50-10:00	R-0173	POTENCIAL PRONÓSTICO DE LOS RECUENTOS PLAQUETARIOS EN LOS PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL: ¿NOS LO ESTAMOS PERDIENDO?
10:00-10:10	R-0001	DIVERTICULITIS AGUDA: MANEJO DOMICILIARIO
10:10-10:20	R-0041	DIVERTICULITIS APENDICULAR AGUDA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO
10:20-10:30	R-0027	PROCTALGIA Y ATRAPAMIENTO DEL NERVIO:IMPRESIONES TRAS 50 INFILTRACIONES ANESTÉSICAS
10:30-10:40	R-0175	ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL DE LA INCIDENCIA Y SEVERIDAD DE LA DISFUNCIÓN VESICAL (DV) DESPUÉS DE CIRUGÍA PÉLVICA POR CÁNCER DEL RECTO.
10:40-10:50	R-0133	MORBILIDAD ASOCIADA AL CIERRE DE ILEOSTOMÍAS DE PROTECCIÓN

SESIÓN 1 SALA "DE CÁMARA": CIRUGÍA DE URGENCIAS Y CIRUGÍA ONCOLÓGICA AVANZADA:

Horario: 8:30-9:30am.

Moderador: JUAN LUIS SECO.

URGENCIAS, POLITRAUMATISMOS Y CRÍTICOS:

Horario: 8:30-9:30am.

Horario	Código	Título:
8:30–8:40	R-0023	EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN DEL INTESTINO DELGADO: PRESENTACIÓN DE 72 CASOS
8:40-8:50	R-0183	APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: BENEFICIOS PARA EL PACIENTE Y PARA EL SISTEMA.

ONCOLOGÍA AVANZADA:

Horario	Código	Título:
8:50-9:00	R-0125	TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN MELANOMAS AVANZADO DE EXTREMIDADES MEDIANTE PERFUSION AISLADA DE MIEMBROS: DOCE AÑOS DE EXPERIENCIA.
9:00-9:10	R-0130	TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN DOCE AÑOS.
9:10-9:20	R-0124	HIPEC ITERATIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN 10 AÑOS.
9:20-9:30	R-0184	EXPERIENCIA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE DIFERENTES ORÍGENES MEDIANTE CITORREDUCCION MÁXIMA, QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL SELECTIVA Y QUIMIOTERAPIA SISTEMICA.

SESIÓN 2 SALA "DE CÁMARA": CIRUGÍA HEPATO-BILIO-PANCREÁTICA:

CIRUGÍA HBP: ANDRÉS JUAN FERNÁNDEZ

Horario: 9:30-11am.

Moderador:

Horario	Código	Título:
9:30–9:40	R-0178	LIGADURA PORTAL DERECHA Y BIPARTICION HEPATICA COMO METODO FACTIBLE PARA OBTENER UNA HIPERTROFIA RÁPIDA EN LAS RESECCIONES HEPÁTICAS EN DOS TIEMPOS
9:40-9:50	R-0159	ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CONSERVADORES Y RADICALES EN LA ENFERMEDAD HIDATIDICA HEPATICA.
9:50-10:00	R-0165	COLECISTOSTOMÍA TRANSENTÉRICA GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) COMO ALTERNATIVA A LA COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CON COLECISTITIS AGUDA.
10:00-10:10	R-0167	RECONSTRUCCIÓN ENDOSCÓPICA DE LAS TRANSECCIONES BILIARES POSTQUIRÚRGICAS MEDIANTE UN ABORDAJE COMBINADO EN DOS TIEMPOS: RESULTADOS PRELIMINARES.
10:10-10:20	R-0170	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSONOGRÁFICA: DRENAJE BILIAR MINÍMAMENTE INVASIVO. RESULTADO DE NUESTRA EXPERIENCIA
10:20-10:30	R-0061	RESULTADOS DE LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFALICA POR CANCER DE CABEZA DE PANCREAS
10:30-10:40	R-0062	MANEJO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DE LOS TUMORES QUISTICOS DE PANCREAS
10:40-10:50	R-0134	INTERVENCIÓN DE BEGER EN EL TRATAMIENTO DE PANCREATITIS CRÓNICA CALCIFICANTE CON PSEUDOMASA EN CABEZA DE PÁNCREAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.
10:50-11:00	R-0142	TUMORES PANCREÁTICOS SINCRÓNICOS DE DIFERENTE ESTIRPE – A PROPÓSITO DE UN CASO

COMUNICACIONES ORALES CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA:

R003.- ANASTOMOSIS CERVICAL TRAS ESOFAGUECTOMÍA: NUESTROS RESULTADOS 2004-2013

Reoyo Pascual, José Felipe; Seco Gil, Juan Luis; Moral Moral, Gregorio; Valero Cerrato, Sandra; León Miranda, Raquel; Reguilón Rivero, Mª Carmen; Martínez Castro, Rosa Mª; Zambrano Muñoz, Rocio; Ortega Seda, Jose.

Introducción

La técnica de realización de la anastomosis esofágica cervical es motivo de controversia debido a la posibilidad de dehiscencias y estenosis de la misma. Analizamos nuestra experiencia en las anastomosis cervicales efectuadas entre 2004 y 2013.

Material y métodos

Se han clasificado las fugas anastomóticas en tipo I (subclínica), tipo II (síntomas a nivel cervical), tipo III (síntomas respiratorios por colecciones pleuro-meadiastínicas) y tipo IV (necrosis de la plastia), de acuerdo con Larburu y cols.

En el periodo analizado se han realizado 38 esofaguectomias totales con anastomosis cervical, en 29 ocasiones por via transhiatal y en 9 mediante triple abordaje. El motivo de la intervención fue por cáncer de esófago inferior en 22 pacientes, de tercio medio en 9 y del superior en 4, y por estenosis péptica o caústica en los dos restantes. Se efectuó gastroplastia en 32 casos y coloplastia en 6.

Resultados

Se realizaron 6 anastomosis manuales, 3 semi-manuales (cara posterior mecánica), 9 mecánicas L-L “terminalizadas” y 20 mecánicas T-L triangularizadas, con endograpadoras lineales.

Aparecieron fugas anastomóticas en 5 pacientes (13,1%), siendo dos de tipo III y 3 de tipo I. Las fugas se presentaron en el 22,2% (2 casos) de las 9 anastomosis manuales y semi-manuales, y en el 10,3% (3 casos) de las 29 anastomosis totalmente mecánicas. No hubo diferencias en la aparición de dehiscencias en la gastroplastia y coloplastia.

Hubo 2 casos de estenosis de la anastomosis con la sutura manual y una en la semi-manual. Un paciente del grupo de anastomosis mecánica “terminalizada” precisó reintervención por angulación y estenosis de la anastomosis.

Conclusiones

La anastomosis esofágica cervical totalmente mecánica se sigue de un menor indice de fugas y de estenosis de la anastomosis, que la manual o semi-manual. En nuestra experiencia, la anastomosis mecánica triangularizada es la que proporciona mejores resultados a corto y medio plazo en la anastomosis cervical tras esofaguectomia.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-060.- TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LAS PERFORACIONES ESOFÁGICAS. NUESTRA CASUISTICA EN DOCE AÑOS

Parra López, Romina; Moral Moral, Gregorio; Rodrigo Amador, Vidita; Gil Laso, Iván; Palomo Luquero, Alberto; González Martínez, Lucía; Valero Cerrato, Sandra; Zambrano Muñoz, Rocío; Seco Gil, Juan Luis.

OBJETIVO:

Tratamiento conservador de las perforaciones esofágicas en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre el año 2000 y 2012, 18 pacientes (10 varones, 8 mujeres; edad media 46 años) con lesión esofágica fueron tratados de forma conservadora. Analizamos retrospectivamente su etiología, intervalo de tiempo entre la presentación clínica y el tratamiento, manifestaciones clínicas, pruebas diagnósticas, localización, tipo de lesión y complicaciones. Tomamos como esófago perforado aquel que presenta paso de aire a los espacios periesofágicos.

RESULTADOS:

Doce casos (67%) acudieron desde el Servicio de Urgencias de nuestro centro, tres casos (16%) trasladados desde el Servicio de Digestivo y otros tres procedían de otros centros. La etiología iatrogénica fue la causa más frecuente de perforación (8 casos) seguida de la lesión por cuerpo extraño (4 casos). En otros cuatro, no discernimos si la perforación fue ocasionada por el propio cuerpo extraño o bien por su extracción endoscópica. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y su diagnóstico fue menor de 24h en el 83% de los casos y mayor en el 16%. La manifestación clínica predominante fue el dolor (retroesternal > epigástrico > cervical) seguido de disfagia, sensación de cuerpo extraño y odinofagia. Las pruebas diagnósticas de carácter urgente fueron de mayor a menor frecuencia la endoscopia, el TAC, el tránsito esofágico y la radiografía simple. De control, el tránsito, el TAC y la endoscopia. En cuanto al tipo de lesión, diez casos de perforación como tal (dos casos con fuga de contraste y ocho sin ella) y ocho casos de desgarro esofágico, sin paso de aire a las estructuras periesofágicas. La localización más frecuente fue la abdominal (39%) seguida de la cervical (33%) y torácica (22%). La mayor parte de los pacientes evolucionó de forma satisfactoria, salvo tres casos de absceso mediastínico. La estancia media hospitalaria fue de diez días. El tratamiento conservador consistió en dieta absoluta, nutrición parenteral y antibioterapia de amplio espectro.

CONCLUSIONES:

La perforación esofágica continúa siendo un gran desafío clínico, por sus graves complicaciones, asociada a un índice de mortalidad del 15-30%. El uso cada vez más frecuente de procedimientos endoscópicos terapéuticos y técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas conlleva a un aumento en el número de perforaciones. El tratamiento conservador es un tema controvertido, ya que son pocos los pacientes que reúnen los criterios para considerarse candidatos a este tipo de estrategia, por lo que tendremos que seleccionar muy bien los casos y vigilarlos estrechamente.

R-0140.- INDICACIONES, TÉCNICA Y RESULTADOS DE LAS COLOPLASTIAS

Rodrigo Amador, Vidita; Zambrano Muñoz, Rocío; Moral Moral, Gregorio; Viana Miguel, Maria Del Mar; Vidal Doce, Oscar; Novotny Canals, Sergio; Palomo Luquero, Alberto; Parra López, Romina; Gil Laso, Iván; Seco Gil, Juan Luis.

Objetivo:

Analizar cambios a lo largo del tiempo en indicaciones, técnica quirúrgica y resultados de las coloplastias.

Material y métodos:

Nuestra serie de 27 pacientes entre 1979 - 2013. 18 intervenidos antes de 2004 y 9 posteriormente. Este año es un punto de inflexión significativo. Desglosamos los resultados en función del sexo, edad, patología por la que fueron sometidos al procedimiento, técnica quirúrgica y morbi-mortalidad asociada.

Resultados:

La mayoría de eran varones (92.6 %). Edad media de 58.8 años. La patología cambia en el antes y el después. Inicialmente la principal indicación eran casos de carcinoma epidermoide de esófago (92%), seguidos de adenocarcinomas esofágicos, adenocarcinomas de cardias y estenosis por patología benigna. Posteriormente han aumentado las indicaciones por adenocarcinoma de cardias (24%) frente al carcinoma epidermoide esofágico (19%), siguen las estenosis benignas (14%) y finalmente el adenocarcinoma de esófago (9.5%). En cuanto a la técnica empleada la diferencia en el tiempo es marcada. Anteriormente, las coloplastias retroesternales en segundo tiempo (después de esofaguectomía) eran mayoría (82%), seguidas de las retroesternales paliativas (12%), y finalmente las mediastínicas (6%). Posteriormente, las retroesternales en un segundo tiempo se han visto relegadas (11%) frente a las mediastínicas (89%). El segmento de colon empleado también ha variado. El colon derecho se ha empleado menos (73 % al 22%) a favor del colon transverso (27% al 78%). Igualmente la anastomosis esófago-cólica en los primeros años se realizaba en su mayor parte manual (término-terminal: 67%, término-lateral: 22%), y desde 2004 la más empleada es mecánica (término-lateral triangularizada: 56%, látero-lateral terminalizada: 22%). No hay diferencia significativa respecto a la morbilidad (60%), pero sí a la mortalidad. Los principales factores que han añadido morbilidad son fístulas cervicales (17%), fístulas abdominales (12.5%), y disfonía (12.5%). Ha disminuido el porcentaje de fallecidos del 30% al 11%.

Conclusiones:

La coloplastia es una cirugía compleja no exenta de complicaciones. La realizaremos siempre y cuando esté verdaderamente indicada. Estas indicaciones han variado a lo largo del tiempo; el tratamiento radio-quimioterápico de la patología oncológica ha disminuido la necesidad de cirugías paliativas y la menor cantidad de indicaciones quirúrgicas de la enfermedad ulcerosa ha facilitado utilizar el estómago para reemplazar esófago. La técnica quirúrgica cambiado desde las coloplastias retroesternales con anastomosis manuales, hasta las actuales mediastínicas con anastomosis mecánicas. En cuanto a los resultados podemos concluir que la morbilidad se ha mantenido constante, y destacamos una marcada disminución de la mortalidad en el postoperatorio inmediato.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0163.- TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER: UN MÉTODO EFICAZ Y SEGURO

Díez Redondo, Pilar; Núñez Rodríguez, Henar; Peñas Herrero, Irene; Vargas García, Alba Luz; Gil Simón, Paula; Pérez-Miranda Castillo, Manuel.

INTRODUCCIÓN:

El divertículo de Zenker (ZD) causa disfagia y puede provocar complicaciones importantes como neumonía aspirativa y malnutrición. Su tratamiento es habitualmente quirúrgico o mediante endoscopio rígido.

OBJETIVOS:

Presentar una serie de pacientes con ZD tratados con mucomiotomía endoscópica flexible mediante un dispositivo en forma de pinza que permite un sellado vascular, autólogo y permanente, previo a la sección del septo de unión del divertículo y del esófago que evita el sangrado y la disección tisular (Ligasure, Valleylab, Boulder, CO).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo de las diverticulotomías realizadas entre mayo 2010 y abril 2013.

RESULTADOS:

26 diverticulotomías en 24 pacientes, 17 varones y 7 mujeres, edad media 74.8 años (54-92). Todos presentaban disfagia (71% para sólidos, 25% mixta y 4.2% para líquidos) y síntomas como: regurgitación 42%, tos crónica 21%, neumonía aspirativa 12.5% o pérdida ponderal 12.5%, con tiempo medio de evolución de 17.7 meses (0.25-37). El tamaño diverticular medio era 2.3 cm. Tras identificar el septo diverticular se aloja una guía en el esófago que facilita la colocación de un sobretubo bivalvo (Cook Medical) sobre el tabique previo a su sección con control endoscópico. Precisaron 1-3 sesiones recibiendo una media de 1.3 cortes/sesión (entre 1-3). En el 70 % se finalizó colocando uno o más clips (Boston Scientific®) de forma profiláctica salvo en dos: uno para sellar una pequeña perforación y otro para hemostasia. Tres complicaciones inmediatas: dos leves (dolor intenso en región cervical y malestar general, sangrado autolimitado) y una severa (neumomediastino por pequeña perforación que se cerró exitosamente con clips) y ninguna complicación posterior. El procedimiento fue ambulatorio salvo en dos pacientes (con dolor cervical severo y neumomediastino) que precisaron ingreso posterior. Al mes del procedimiento 23/24 pacientes no presentaban disfagia. Tras un seguimiento medio de 13.8 meses existieron dos recidivas: una al mes, tras una ligera mejoría inicial, y otra como regurgitación a los 8 meses. En ambos casos se hizo una nueva mucomiotomía con pobre resultado en el primer caso, una mujer de 92 años con un presbiesófago y un varón con divertículo > 3 cm eficazmente tratado.

CONCLUSIONES:

La mucomiotomía endoscópica mediante Ligasure proporciona un tratamiento seguro y eficaz del divertículo de Zenker. En los casos seleccionados en los que exista recidiva una nueva sesión puede ser resolutiva. El empleo de esta técnica, habitualmente ambulatoria, probablemente resulte más costo-efectiva que el tratamiento convencional.

R-0012.- CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PALIATIVA DEL CÁNCER GÁSTRICO, ¿MEJORA LA SUPERVIVENCIA?

Moreno Asencio, María Teresa; Salgado Alvarez, Rocío; Vázquez Bouzán, Raquel; Poletto González, Daniel José; Toscano Novella, Alberto; Lozano Gómez, Manuel; Toscano Novella, Ernesto.

Objetivos

Mostrar la utilidad de la cirugía gástrica laparoscópica paliativa más allá de las indicaciones clásicas.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de los últimos diez años de la cirugía gástrica laparoscópica paliativa: hemos intervenido 62 pacientes, de los cuales 32 fueron sometidos a transección gástrica y gastroenterostomía, 17 a gastrectomía, 7 a gastrostomía y 6 a yeyunostomía.

Resultados

Analizamos las diferencias en función de la técnica empleada, así como la presencia o no de metástasis y el empleo o no de quimioterapia.

- Tiempo quirúrgico medio: 150 minutos
- Índice de conversión: 14%
- Estancia postoperatoria: 15 días
- Mortalidad intraoperatoria: 13%
- Morbilidad intraoperatoria: 30%
- Sobrevida media: 439 días (rango 2-2190 días)

Conclusiones

- Respecto a la literatura hemos obtenido una supervivencia sustancialmente superior (439 días frente a 331días)
- La técnica laparoscópica es factible con una aceptable morbimortalidad
- Creemos que es una forma adecuada de iniciarse en cirugía gástrica laparoscópica.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

COMUNICACIONES ORALES CIRUGÍA BARIÁTRICA:

R0185.- REDUCCIÓN DE PESO Y MEDICACIÓN TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA. RESULTADOS A 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Sánchez Jiménez, Raúl; Trébol López, Jacobo; Rodríguez Sanz, Belén; Roldán Cuena, Mª del Mar; Ozalla Romero del Castillo, fernando; Francos von Hunefeld, Carlos Marcelo.

INTRODUCCIÓN

La obesidad mórbida es un problema de salud con una prevalencia del 22,9% en España y con una mortalidad no desdeñable (28000 muertes anuales). Supone el 7% del coste sanitario anual, por los costes directos e indirectos que genera. Una parte muy importante se debe a las comorbilidades que la acompañan y el gasto en medicación y consultas que estos pacientes generan.

Presentamos la revisión de nuestra casuística entre 2009 y 2011 para analizar la disminución en cuanto a comorbilidades y medicación a 2 años de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo empleando la base de datos de la unidad, mediante SPP v. 20, analizando los pacientes intervenidos entre 2009 y 2011 (n=57). Se analizan las variables edad y sexo así como el BMI, comorbilidades mayores (HTA, DM, DLP, SAOS y artrosis) y tratamiento para las mismas antes de la cirugía y a los dos años de seguimiento.

RESULTADOS

Se realizó abordaje laparoscópico, realizando by pass gastroyeyunal con bolsa gástrica de 20 cc y asas biliar y alimentaria de 70 y 170 cm respectivamente y Sleeve en dos ocasiones. La mediana de seguimiento es de 20 meses (10-34), con consulta en endocrinología y cirugía cuatrimestral el primer año, semestral hasta el 3º y luego anual. La mediana del porcentaje de pérdida de peso es de 36,56% (14,71-55,63), de la pérdida de peso del exceso 66,94% (38%-83%). El 88% de los pacientes han perdido más del 50% del exceso de peso y mantienen un BMI por debajo del 35 kg/m2 el 82% de los pacientes. Con una morbilidad del 7% y mortalidad del 0%, el número de complicaciones ha sido de 4: una reintervención por hernia interna, una HDA resuelta con tratamiento conservador y 2 fugas/abscesos con EGD normal y resueltas con tratamiento antibiótico y manteniendo el drenaje hasta resolución del mismo.

CONCLUSIONES

La cirugía de la obesidad disminuye las comorbilidades mayores a dos años de seguimiento y por tanto la medicación que estos pacientes requieren para tratarlas

Cuanto mayor es el porcentaje de la pérdida de peso del exceso y de pérdida de peso total, mayor es la disminuición de comorbilidades y medicación para las mismas.

La cirugía bariátrica en nuestra unidad cumple los principales objetivos de la cirugía de la obesidad en cuanto a pérdida de peso del exceso, reducción del BMI y morbimortalidad (incluyendo porcentaje de reintervenciones.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

COMUNICACIONES ORALES CIRUGÍA COLORRECTAL:

R-0057.- EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN EL CÁNCER DE RECTO SEGÚN LA POBLACIÓN CLONAL

Peláez Barrigón, Rosa María; González González, María; Alcázar Montero, José Antonio; Bengoechea, Óscar; Abad, María del Mar; Angoso Clavijo, María; Sánchez Tocino, Juan María; Orfao, Alberto; Sayagués, José María; García García, Jacinto.

Introducción:

La respuesta a la radioquimioterapia preoperatoria (RQT) en el cáncer de recto es muy variable y oscila desde la no respuesta a la remisión completa, desconociéndose aún las causas de esta variabilidad. El objetivo de este estudio fue establecer el impacto de la heterogeneidad genética a nivel intratumoral en la respuesta al tratamiento.

Material y métodos:

Se analizaron un total de 76 muestras correspondientes a 45 pacientes con cáncer rectal localmente avanzado tratados con RQT preoperatoria (muestras pareadas, endoscopia del tumor antes del tratamiento y las correspondientes muestras tumorales tras RQT). El grado de regresión tumoral fue evaluado de acuerdo con la escala Dworak. Para la identificación de las vías de evolución clonal empleamos marcajes múltiples con técnicas de hibridación *in situ* fluorescente (FISH) sobre núcleos interfásicos mediante el uso sistemático de 51 sondas dirigidas a regiones cromosómicas relevantes en la enfermedad.

Resultados:

El grado de regresión tumoral fue evaluado de acuerdo con la escala Dworak (G0: 13%, G1: 20%, G2: 40%, G3: 9% y G4:13%). Desde el punto de vista citogenético, los 76 tumores analizados mostraron cariotipos complejos caracterizados por anomalías cromosómicas numéricas y/o estructurales para al menos 2 de los 24 cromosomas estudiados. Las alteraciones estructurales más frecuentes fueron pérdidas en las regiones cromosómicas 1p, 8p, 17p y 18q así como ganancias en 1q, 8q, 13q y 20q. Merece destacar, que el grado de respuesta al tratamiento preoperatorio se correlacionó con anomalías en las regiones cromosómicas 1p, 11p, 12p, 17p y 20q (p<0.05). En este sentido, los pacientes que alcanzaron remisión completa mostraron una mayor incidencia de pérdidas en 1p y ganancias en 20q13, mientras que aquellos con ausencia de respuesta presentaron una mayor frecuencia de pérdidas a nivel de 8p y 17p. (p<0.05).

Conclusiones:

La identificación de estas alteraciones genéticas en el momento del diagnóstico podría ser de gran utilidad clínica para predecir la respuesta al tratamiento neoadyuvante en estos tumores.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0059.- REGIONES CROMOSÓMICAS IMPLICADAS EN EL PROCESO DE METASTATIZACIÓN DEL CÁNCER DE COLON

Peláez Barrigón, Rosa María; González González, María; Alcázar Montero, José Antonio; Bengoechea, Óscar; Abad , María del Mar; Santos Briz , Ángel; Angoso Clavijo, María; Sánchez Tocino, Juan María; Fuentes , Manuel; García García, Jacinto.

INTRODUCCION.

La mayoría de las muertes en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) esporádico son causadas por la diseminación metastásica del tumor primario. Estudios genéticos en otras neoplasias sugieren que el potencial metastásico radica en el propio tumor primario. El objetivo de este estudio fue explorar el potencial metastásico del tumor identificando las anomalías genéticas mediante arrays de alta densidad en CCR esporádico.

MATERIAL Y METODOS.

Analizamos un total de 49 pacientes diagnosticados de CCR esporádico (26 tumores no metastásicos *vs*. 23 tumores metastásicos) con una media de seguimiento de 97 meses. En todos los casos determinamos la presencia de alteraciones genéticas empleando técnicas de alta densidad (Affymetrix SNP Mapping array), para su posterior correlación con las características clínico-biológicas y evolutivas de la enfermedad.

RESULTADOS.

Los tumores analizados mostraron un perfil genético caracterizado por la presencia de pérdidas en 3p, 4, 5q, 8p, 10q, 14q, 15p y 22q, y ganancias en 1q, 2p, 3q, 5p, 6p, 8q, 11p y 20q. Sin embargo, se observó una diferencia notable entre los dos grupos de tumores ($p<.001$), mostrando los metastásicos una alta frecuencia de pérdidas a nivel de 1p, 17p y 18q, así como de ganancias en las regiones cromosómicas 7 y 13q donde como es conocido se ubican los genes de la familia *SMADs* y el oncogen *EGFR* involucrados tanto en la génesis como en la progresión de la enfermedad.

Más aún, la presencia de estas alteraciones se asoció con una supervivencia global significativamente más corta ($p<0.001$).

CONCLUSION.

Los resultados de este estudio muestran que la presencia de pérdidas en 1p, 17p y 18q, y ganancias en 7 y 13q constituyen factores pronósticos adversos en CCR esporádico y permiten identificar, ya en el momento de diagnóstico, grupos de pacientes con diferente supervivencia global.

R-0173.- POTENCIAL PRONÓSTICO DE LOS RECUENTOS PLAQUETARIOS EN LOS PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL: ¿NOS LO ESTAMOS PERDIENDO?

Trebol Lopez, Jacobo; Georgiev Hristov, Tihomir; Tresierra Carranza, Luis; Carmona Sáez, José Antonio; Francos von Hunefeld, Carlos Marcelo; Hernández Gutiérrez, Francisco Javier; García Olmo, Damián.

OBJETIVOS:

La trombocitosis y los recuentos plaquetarios elevados en pacientes tumorales se asocian con peores pronósticos. Los estudios suelen considerar solo valores preoperatorios o aislados o la trombocitosis; no valoran recuentos individualizados ni su evolución.

Pretendemos estudiar la evolución de los recuentos plaquetarios en pacientes con cáncer colorrectal y valorar si existe relación entre sus cambios y los eventos diagnósticos o terapéuticos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Seleccionamos retrospectivamente 129 pacientes operados de cáncer colorrectal y 34 controles (colectomías por procesos no tumorales). Recogimos los recuentos basales y regularmente los posteriores al tratamiento relacionándolos con eventos tumorales (recidivas y metástasis) o terapéuticos.

RESULTADOS:

Comparamos 5 grupos: 1.- desarrollan metástasis metacrónicas (n=29); 2.- metástasis sincrónicas (n=32); 3.- solo recurrencias locorregionales (n=17); 4.- sin recaídas (n=52) y 5.- colectomías por patología benigna (n=34).

En el diagnóstico del *evento primario* (137 evaluables), existe un ascenso previo del recuento mayor del 25% respecto del basal de los seis meses previos del 51-53% en los grupos 1-3 frente al 8,33% del cuarto y el 6,2% del quinto; esta diferencia es significativa.

De las *metástasis* que aparecen evolutivamente (49) tienen dicho ascenso 31 (63,27%) y de las *recurrencias* (37) 25 casos (67,57%). La asociación entre estos eventos y dicho ascenso es significativa.

La aparición de un *ascenso* similar *tras el tratamiento primario* es más frecuente en los grupos 1-3 (67-93%) que en el 4 (16%) y el 5 (3.1%) siendo esta diferencia significativa. Estos ascensos están asociados significativamente con los eventos cancerosos y su aparición sin ellos es infrecuente (16 pacientes).

El desarrollo de *trombocitosis tras el tratamiento primario* (grupos 1-3: 24.1-34.4%, 4: 13.5% y 5: 3.1%) está asociada significativamente con casi todos los eventos tumorales.

Los tratamientos tienden a bajar el recuento siendo la cirugía probablemente el más efectivo. Si se consigue un descenso significativo con el primer tratamiento, el desarrollo de eventos tumorales es menos frecuente (p= 0.001).

En el grupo 5 los recuentos son estables independientemente de la cirugía y el diagnóstico.

CONCLUSIONES

Existe una asociación entre los eventos tumorales y el ascenso previo del recuento plaquetario de cerca del 50% (diagnóstico primario grupos 1-3) y de cerca del 65% (metástasis y recurrencias). La aparición de un realce significativo tras el tratamiento, o el desarrollo de trombocitosis, se asocian con el desarrollo de eventos tumorales.

Se necesitan más estudios para valorar la utilidad de estos hallazgos y el efecto real de las maniobras terapéuticas.

R-0001.- DIVERTICULITIS AGUDA: MANEJO DOMICILIARIO

Esteban Agustí, Enrique; Galindo Jara, Pablo; Pueyo Rabanal, Alberto; Cea Soriano, Matías; Mirón Rubio, Manuel; Palomo Iloro, Amaya; García Llorente, César; Barriga Sánchez, Raquel; Hernanz Hernández, María Isabel; Garijo Álvarez, Jesús Ángel.

INTRODUCCIÓN:

La diverticulitis aguda es una urgencia frecuente y potencialmente grave pero que en la mayor parte de los casos se resuelve con tratamiento médico basado en el reposo digestivo y la antibioterapia de amplio espectro. En los últimos años se viene tendiendo a acortar las estancias hospitalarias por esta causa e incluso a un manejo ambulatorio. Presentamos la experiencia en el tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda en el Hospital Universitario de Torrejón.

MATERIAL Y MÉTODO:

Los datos de tratamiento de la diverticulitis aguda se han recogido de forma prospectiva desde la apertura del hospital. Nuestro protocolo para la diverticulitis aguda contempla: a) alta domiciliaria y tratamiento oral con amoxicilina/clavulánico para los estadios I y IIa sin masa palpable ni SIRS; b) alta a cargo de la Unidad de Hospitalización Domiciliaria (UHD) y tratamiento intravenoso con ertapenem para los estadios I y IIa con masa palpable o SIRS; c) ingreso hospitalario convencional y tratamiento intravenoso con piperacilina/tazobactam para los estadios IIb y III (asociado o no a otros procedimientos invasivos como drenaje percutáneo de abscesos o cirugía, si proceden).

RESULTADOS:

Desde su apertura en octubre de 2011 hasta marzo de 2013, el Hospital Universitario de Torrejón ha atendido 54 casos de diverticulitis aguda. De ellos, 9 recibieron alta hospitalaria bajo antibioterapia oral (16’7%), 33 ingresaron en UHD bajo tratamiento intravenoso (61’1%) y 12 fueron ingresadas en Cirugía (22’2%). De los pacientes tratados vía oral ninguno requirió cambiar de grupo. De los pacientes manejados por UHD sólo 1 (3%) requirió posterior ingreso hospitalario pero no tratamiento quirúrgico. De los pacientes que ingresaron 2 pudieron completar el tratamiento en UHD y 5 fueron intervenidos con carácter urgente.

CONCLUSIONES:

El manejo de la diverticulitis aguda puede llevarse a cabo de forma ambulatoria en condiciones de seguridad, bajo coste y bajo impacto en la calidad de vida siempre que se practique TC abdominal urgente a todos los pacientes con sospecha clínica y que se disponga de una UHD adecuada.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0041.- DIVERTICULITIS APENDICULAR AGUDA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Latorre Marlasca, Lucía; Abadía Barnó, Pedro; González Zunzarren, Mariana; Tortolero Giamate, Laura; Pozancos De Simón, Teresa; Pato Fernández, Julio; Coll Sastre, Magdalena; Páramo Zunzunegui, Javier; López Buenadicha, Adolfo; Lobo Martínez, Eduardo.

Introducción

La diverticulitis apendicular es una enfermedad poco frecuente habitualmente presentada como dolor en fosa iliaca derecha más agudo y menos prolongado que en la apendicitis aguda. Es esencial el diagnóstico diferencial porque el retraso diagnóstico puede aumentar las complicaciones como perforación, aunque la peritonitis generalizada es poco frecuente ya que el proceso inflamatorio queda contenido en el mesoapéndice.

La analítica es inespecífica. Ocasionalmente se pueden visualizar los divertículos mediante imagen, pero lo más frecuente es que se diagnostique en quirófano.

El tratamiento de elección es la apendicectomía en casos sintomáticos. En pacientes asintomáticos con hallazgo casual, algunos autores recomiendan la apendicectomía, dada la probabilidad de episodio de inflamación o perforación. Debe individualizarse la indicación en función del riesgo quirúrgico.

Objetivo

Analizar la incidencia de diverticulitis apendicular entre las apendicitis agudas intervenidas en nuestro centro desde 2000 hasta 2011, comparar las formas de manifestación clínica y su asociación con otras patologías.

Material y métodos

Se revisan los casos de diverticulitis aguda apendicular de entre todas las apendicitis agudas intervenidas en nuestro centro (4456) en 10 años (desde 2000 hasta junio de 2011), en total 7 pacientes de edades comprendidas entre 28 y 73 años. 5 varones de edades 28, 37, 40, 58, y 73 años; 2 mujeres de 50 y 52 años. Clínicamente se presentaron como dolor en FID entre 2 y 8 días de evolución. Analíticamente variables: leucocitosis en 4 de los casos, hasta 24.000, y analítica normal en el resto.

Dos de los pacientes fueron intervenidos en base a la clínica, en el resto se solicitaron pruebas de imagen, y en uno de ellos se observaron los divertículos apendiculares.

En la mayoría no se observaron hallazgos en quirófano, solamente en 2 de los pacientes se visualizaron los divertículos. En el resto el diagnóstico se hizo con la anatomía patológica. 6 de los 7 pacientes presentaron inflamación de los divertículos y del apéndice conjuntamente.

Uno de los casos se asoció a presencia de divertículos en colon derecho.

Conclusiones

Se trata de un grupo muy heterogéneo en cuanto a la edad, predominantemente hombres, y la presentación fue similar a una apendicitis aguda, en la mayoría evolucionada ya que en dos de los casos existía plastrón inflamatorio, en un caso absceso pélvico asociado y dos casos se presentaron con perforación.

Sólo en un caso se observó asociación con divertículos en el colon. En el resto no se han descrito.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0027.- PROCTALGIA Y ATRAPAMIENTO DEL NERVIO: IMPRESIONES TRAS 50 INFILTRACIONES ANESTÉSICAS

Reoyo Pascual, José Felipe; Martinez Castro, Rosa Mª; León Miranda, Raquel; Valero Cerrato, Sandra; Martinez Martinez, Ángel; Adot Zurbano, José Mª; Alonso Alonso, Evelio; Zambrano Muñoz, Rocio; Ortega Seda, José Andrés; Seco Gil, Juan Luis.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Atrapamiento del Nervio Pudendo (SANP), es una entidad poco conocida pero importante en la clínica. En la coloproctología es fundamental tenerlo en consideración ante un paciente con proctalgia. Su tratamiento es secuencial incluyendo medidas médicas (analgesia, infiltración anestésicas..), fisioterapia y cirugía.

OBJETIVOS

. Establecer la relación entre proctalgia y SANP confirmado desde el punto de vista
. En 50 casos de infiltraciones anestésicas en casos de proctalgia debida a SANP, observar la evolución a partir de los 6 meses en términos clínicos de intensidad de dolor (Escala EVA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio clínico observacional, prospectivo de 50 pacientes etiquetados de SANP, que presenten proctalgia, y en los que se haya practicado infiltración anestésica del nervio pudendo realizando control clínico del dolor pre y postinfiltración (a partir de los 6 meses) , basándonos en la escala analógica del dolor (EVA)

RESULTADOS

De los 50 pacientes etiquetados de proctalgia en el contexto de SANP que han recibido infiltraciones del nervio pudendo, 23 son varones y 27 mujeres. La edad media es 56,6 años (22-82). Entre la sintomatología, todos presentaban proctalgia, 39 asociaban síntomas de rama anterior y 42 sintomatología de rama media. La escala visual analógica del dolor (EVA) preinfiltracion presentaba una media de 7,6 (2,8-10). A todos se les realizó un primer tratamiento de 3 sesiones de infiltración del nervio pudendo, presentando al final de dichas sesiones una EVA 0 en 36 casos y en 14 persistía proctalgia de intensidad variable con una EVA media de 5,46 (0,4-10). A los 6-12 meses de dicho tratamiento, 12 pacientes (24%) permanecían con EVA 0 y 38 presentaban proctalgia con una EVA media de 7 (2-10). En 22 de estos casos, la proctalgia presentaba una intensidad igual o mayor que lo señalado ántes de la primera infiltración. De estos 38 pacientes, 21 están siendo tratados con una segunda “tanda” de infiltración anestésica.

CONCLUSIONES

El SANP, es una entidad frecuente que, a la vista de nuestros resultados, explica muchos de los casos de proctalgia pero que resulta a menudo desconocida, por lo que los especialistas involucrados han de tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de la proctalgia. Una vez diagnosticado, el tratamiento es secuencial, aunque de acuerdo a nuestra experiencia,la infiltración anestésica del nervio es una técnica aplicable y reproducible, que puede lograr mejoría completa de la sintomatología en una cuarta parte de los pacientes, mejorando parcialmente en otros tantos.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0175.- ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL DE LA INCIDENCIA Y SEVERIDAD DE LA DISFUNCIÓN VESICAL (DV) DESPUÉS DE CIRUGÍA PÉLVICA POR CÁNCER DEL RECTO.

Carmona Sáez; José Antonio; Rojo Conejo, Esther; Cecilia Mercado, M del Carmen; Sánchez Jiménez, Raúl; Trébol López, Jacobo; González Sánchez, Teresa.

OBJETIVOS:

La disfunción vesical permanente es una de las secuelas que lastra la cirugía oncológica del recto. Queríamos analizar los resultados de nuestra serie e identificar factores de riesgo que nos permitan predecir y/o mejorar los resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de la incidencia y severidad de la disfunción vesical (DV) después de cirugía pélvica por cáncer del recto.

Análisis de 92 casos consecutivos intervenidos en un período de 30 meses.

Se excluyeron los pacientes con complicaciones yatrógenas del sistema urinario, dehiscencia anastomótica clínica y/o FMO y pacientes sin cirugía pélvica; dejando 81 pacientes.

Parámetros analizados: vaciado incompleto, frecuencia, intermitencia, urgencia, incontinencia, y nicturia. Los trastornos miccionales que se recuperaron antes de 3 meses tras la operación fueron considerados como disfunción de vaciado vesical transitoria.

RESULTADOS:

En esta serie 35 pacientes (43.2%) recibieron radioterapia neoadyuvante preoperatoria, bien como QRT convencional (25 casos) o en esquema de ciclo corto (10 pacientes).

En todos los pacientes se realizó resección de recto con escisión mesorrectal total. Se dieron un 3% de perforaciones de la pieza.

El estudio anatomopatológico demostró TME fue satisfactoria en 73 pacientes (90,12%) y una media de 16,4 ± 4,0 ganglios linfáticos. Las distancias medias al margen distal y circunferencial radial fueron: 2,4 cm (rango: 1.5-5.6 cm) y 6 mm (rango: 1-18 mm), respectivamente.

La función miccional tras la retirada del catéter Foley eran buena en 61 (75.31%) pacientes, regular en 16 (19,75%), y pobre en cuatro (4,93%).

La retirada de la sonda vesical (SV) se indicó en promedio a los 6,9 días (2-20) y ocurrió antes de los 5 días en el 27% sin casos de DV.

Dos pacientes fueron dados de alta con SV y otros 2 requieren de cateterismo intermitente por período prolongados, lo que da una cifra de vejiga neurógena del 6,7%.

En 20 pacientes sometidos a una resección anterior ultrabaja o una RAP la incidencia de DV fue de 25% comparado con 10% (4/40) en resecciones más altas (p= 0,008).

En los pacientes con RT preoperatoria apareció disfunción vesical con una frecuencia significativamente mayor que en aquellos sin RT (/8.57 vs 2.17 %, respectivamente, *p* 0.046).

El género, las enfermedades asociadas y el estadio de la enfermedad no resultaron predictivos de una DV postoperatoria.

CONCLUSIONES:

La aparición de DV permanente en el postoperatorio de la resección de recto tiene una frecuencia próxima al 7% y se relaciona con la altura de la resección y la presencia de RT preoperatoria.

R-0133.- MORBILIDAD ASOCIADA AL CIERRE DE ILEOSTOMÍAS DE PROTECCIÓN

Cecilia Mercado, M. C; Carmona Sáez, J. A; Rojo Conejo, E; Borrego Galán, M; González Sánchez, T; Pereira Poza, A; Hernández Gutiérrez, F. J.

INTRODUCCIÓN

Los estomas de protección temporales se usan para desfuncionalizar anastomosis de riesgo, debido a la reducción de la morbilidad en el caso de dehiscencia anastomótica. Su uso está ampliamente extendido, por lo que también ha aumentado la necesidad del cierre de dichos estomas. El objetivo de este estudio es determinar la morbimortalidad asociada al cierre de dichos estomas en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes sometidos a cierres de ileostomía de protección entre enero de 2006 y marzo de 2013 en nuestro servicio.

RESULTADOS

Se realizaron 33 procedimientos. La edad media fue de 67,2 años, con un 54,5 % de varones, y un 45,5 % de mujeres. En general los estomas se indicaron para protección de anastomosis de riesgo en patología rectal tumoral, siendo la media de hospitalización de dicha cirugía de 10,34 días. El tiempo medio de espera para la realización del cierre fue de 5,79 meses. El tiempo medio de hospitalización tras el cierre de la ileostomía fue de 8,53 días. 9 pacientes (un 27,2 %) tuvieron un tiempo de hospitalización tras el cierre de la ileostomía mayor que tras la primera cirugía. La morbilidad total tras el cierre fue de un 48,4 %. Entre las complicaciones cabe destacar un 9,9 % de infección de herida quirúrgica, un 18,1 % de íleo paralítico, y un 12,1 % de dehiscencia de sutura (precisando 2 de ellos reintervención). La mortalidad fue nula.

CONCLUSIONES

La cirugía del cierre de ileostomías no debe ser considerada como una cirugía “menor”, ya que la tasa de complicaciones tras la realización del mismo no es nada despreciable, y, en ocasiones, la estancia hospitalaria derivada del cierre de la ileostomía supera a la estancia tras la primera cirugía.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

COMUNICACIONES ORALES CIRUGÍA DE URGENCIAS, POLITRAUMATISMOS Y CUIDADOS CRÍTICOS:

R-0023.- EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN DEL INTESTINO DELGADO: PRESENTACIÓN DE 72 CASOS

Tortolero Giamate, L; Herrador Benito, J; Housari Martin, G; Luengo Pierrard, P; Cabañas Montero, J; Mena Mateos, A; Sanjuanbenito Dehesa, A; Lobo Martinez, E.

Objetivos:

Describir el manejo de la obstrucción del intestino delgado (OID) y los resultados obtenidos en nuestro centro.

Material y métodos:

Entre junio de 2011 y febrero de 2012 el equipo de guardia del servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Ramón y Cajal atendió en el SU un total de 72 pacientes adultos con diagnóstico de OID.

Resultados:

La media de edad fue de 68 años. De los 72 pacientes, 37 eran varones. 66 de los 72 pacientes presentaban intervenciones abdominales previas. 30 de los 72 pacientes tenían antecedente de episodio de OID. La mitad de los pacientes acudieron al SU tras menos de 24 horas de evolución del cuadro. El síntoma más frecuentemente referido fue dolor abdominal seguido de distensión abdominal, vómitos, disminución del ritmo deposicional y ausencia de ventoseo. En la totalidad de los pacientes se pautó dieta absoluta con sonda nasogástrica, sueroterapia, tratamiento antiemético, estudio radiológico inicial y de control con radiografías de abdomen y en el 35% escáner abdominal (TAC). En 36 de los 72 pacientes se hallaron alteraciones analíticas a la llegada al SU, siendo las más frecuentes la elevación de los niveles de creatinina en sangre, alteraciones electrolíticas y leucocitosis con desviación izquierda. De los 72 pacientes atendidos, 46 de ellos fueron dados de alta desde el SU tras recuperación del tránsito intestinal con las medidas referidas, siendo la estancia media de 55 horas, 10 ingresaron, 2 de los cuales requirieron intervención quirúrgica urgente y en 16 de los pacientes se decidió realizar intervención quirúrgica urgente, desde el SU, tras constatar un empeoramiento clínico o radiológico. 48% de los pacientes con TAC acabaron siendo intervenidos. 50% de los pacientes operados presentaron un débito a través de la sonda nasogástrica mayor de 1000cc. En 14 de los 18 pacientes intervenidos se constató una obstrucción por brida única o por adherencias múltiples. En los 4 pacientes restantes, los hallazgos fueron: hernia crural incarcerada (2 pacientes), neoformación en sigma y peritonitis purulenta de probable origen diverticular.

Conclusiones:

Los cuadros de OID no secundarios a hernias parietales se dan fundamentalmente en pacientes con intervenciones quirúrgicas abdominales previas. El tratamiento conservador tiene una alta tasa de éxito, no obstante es importante identificar aquellos pacientes con un curso clínico desfavorable donde estaría indicada una laparotomía exploradora urgente. En nuestra experiencia, la duración del cuadro superior a 48 horas no ha supuesto una indicación quirúrgica.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0183.- APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: BENEFICIOS PARA EL PACIENTE Y PARA EL SISTEMA

Esther Rojo Conejo, M. del Carmen Cecilia Mercado, Teresa González Sánchez, Jacobo Trébol López, Raúl Sánchez Jiménez, J. Antonio Carmona Sáez, F. Javier Hernández Gutiérrez.

INTRODUCCIÓN:

La cirugía laparoscópica se ha ido estableciendo como gold –standard en diferentes procedimientos quirúrgicos. En el caso de la apendicectomía urgente parece claro su indicación en algunos grupos de pacientes como los obesos y las mujeres en edad fértil; sin embargo, no se ha establecido como de elección para la población general por su supuesto alto coste, mayor tiempo operatorio y riesgo de absceso intra-abdominal.

OBJETIVO:

Analizar los beneficios y riesgos de la apendicectomía laparoscópica urgente por apendicitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo de las apendicectomías por sospecha de apendicitis aguda realizadas en nuestro servicio durante 30 meses consecutivos (Junio 2010 a Diciembre 2012).

Se trata de 271 pacientes (151 hombres y 120 mujeres, 55.7 y 44.3% respectivamente) con una edad media 34,41 años (rango 6-87) en los que se realizaron 129 apendicectomías abiertas y 142 laparoscópicas (42,6 y 57.4%, respectivamente).

Se han comparado las dos cohortes apendicectomía abierta vs. laparoscópica que han demostrado ser homogéneas en edad, sexo, hallazgos anatomopatológicos y presencia de peritonitis.

La técnica laparoscópica presentó una estancia media y una tasa de infección de herida quirúrgica significativamente menores que la cirugía abierta.

La apendicectomía laparoscópica asoció menor frecuencia de ileo postoperatorio y reingreso, que no mostraron significación estadística.

La tasa de abscesos intra-abdominales fue igual en ambas cohortes. No hay ningún caso de exitus.

	Abierta	**Laparoscópica**	***P***
Infección de HQ	11.6%	4.2%	**0.02**
Ileo	8.5%	4.2%	N.S (0.1)
Reingreso	4.7%	1.4%	N.S (0.1)
Absceso intra-abdominal	3.1%	2.8%	N.S.
Estancia media	4.2 días	3.1 días	**0.01**

Estas diferencias se mantuvieron también al estratificar las cohortes por edad o hallazgos anatomopatológicos

CONCLUSIONES:

Los resultados de nuestra serie demuestran que la cirugía laparoscópica permite disminuir la estancia hospitalaria y la tasa de infección de herida quirúrgica en los casos de apendicitis aguda, sin suponer un aumento de otras complicaciones.

Pensamos que esto nos permite afirmar que debe ser la técnica de elección en nuestro medio.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

COMUNICACIONES ORALES CIRUGÍA ONCOLÓGICA AVANZADA:

R-0125.- TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN MELANOMAS AVANZADO DE EXTREMIDADES MEDIANTE PERFUSION AISLADA DE MIEMBROS: DOCE AÑOS DE EXPERIENCIA.

Duarte Llanos, Maritza; Farré Alegre, José; Ballester, Antonio; Sureda , Manuel; Crespo , Aurora; Bretcha Boix, Pere.

OBJETIVO:

Evaluar el número se amputaciones que han sido evitadas en pacientes con melanoma localmente avanzado de la extremidades dentro de la plataforma oncológica mediante la perfusión aislada de miembros con TNF alpha y melfalan en condiciones de hipertermia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

De noviembre 2001 a febrero 2013, se han tratado 29 pacientes (20 mujeres y 9 varones) con diagnostico de melanoma estadio III-IV, con mediana de edad de 62 años (29 – 82 años).

El procedimiento consiste en la disección y aislamiento de los principales vasos de la extremidad afecta, seguido de su canulación y posterior conexión a un aparato de perfusión (Performer;Medtronic®), se aplica un torniquete en la base de la extremidad para conseguir el aislamiento completo y evitar las fugas farmacológicas a la circulación sistémica. La perfusión se realiza con melfalán (60min) y TNF alfa (90min).

Todas las perfusiones se desarrollan bajo condiciones de hipertermia, controlados mediante termómetros colocados en el tejido celular subcutáneo y otro intramuscular manteniendo una temperatura de 39ºC.

La monitorización de las fugas se realiza mediante una gammacámara situada a nivel del precordio y la instalación de 99mTC-albúmine microcoloide (Vasculocis) en el circuito de perfusión.

RESULTADOS:

No se pudo completar el procedimiento en un paciente por fuga excesiva. La mediana de fugas fue 4% (0-27%).

Se observaron respuestas objetivas en el 97% de los pacientes: completas en 15 pacientes (52%); respuestas parciales en 13 pacientes (45%) no se evidenció respuesta en un paciente (3%).

La duración mediana de respuesta fue de 6 meses (0-77m);

La mediana de supervivencia post-perfusión fue de 20 meses (2- 89m+).

Se evitaron el 100% de las amputaciones de miembros.

Actualmente están vivos 8 pacientes: sin evidencia de enfermedad cinco pacientes; uno con progresión local y dos con progresión sistémica.

CONCLUSIONES:

La perfusión aislada de extremidad con quicio-hipertermia ha demostrado se una tecnica muy eficaz factible y segura en un entorno multidisciplinar.

Es un procedimiento muy eficaz para conseguir el control local y prevenir la amputación del miembro afecto.

Nuestros resultados son equiparables a los de la literatura.

R-0130.- TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN DOCE AÑOS.

Duarte Llanos, Maritza; Bretcha Boix, Pere; Farré Alegre, José; Dussan Luberth, Carlos.

INTRODUCCIÓN:

La superficie peritoneal es un importante sitio de recurrencia de la neoplasia gastrointestinal y ginecológica; sea por exfoliación del tumor primario o por crecimiento transmural del tumor. Durante muchos años la carcinomatosis peritoneal fue considerada un estadio terminal de la enfermedad con una media de supervivencia de 5 meses a pesar de los esfuerzos terapéuticos.

El enfoque multidisciplinar, nuevas técnica quirúrgicas y la aparición de nuevos quimioterápicos con alta efectividad han logrado un incremento de la supervivencia y de la calidad de vida de estos enfermos.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar nuestros resultados en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal de diversos orígenes mediante la cirugía citorreductora con quimio-hipertermia per y post-operatoria.

MATERIAL Y METODOS:

De junio 2001 a abril 2013 hemos realizado 120 procedimientos en 107 pacientes, 78 mujeres y 29 hombres con media de edad de 71 años, el tumor primario fue: apendicular 12 pacientes (adenocarcinoma mucinoso 11 y un cistoadenoma mucinoso), Colon 31 pacientes, recto un paciente, Gastrico 13 pacientes, peritoneo 3 pacientes (mesotelioma), Endometrio 5 pacientes, ovario 40 pacientes (seroso-papilar), Trompa de Falopio 2 pacientes.

Se realizó citoreducción máxima siguiendo las guías oncológicas. La perfusión peritoneal mediante la técnica Coliseum con temperatura de 43ºC por 30-90min. Los quimioterápicos que se usaron en las perfusiones fueron Mitomicina C 10-12.5mgr/m2, Oxaliplatino 360mg/m2 o 200mg/L, Taxol 96mg/m2.

En el postoperatorio inmediato se administró 5Fu (650mg/m2) durante 5 días en los primeros 70 pacientes.

RESULTADOS:

Se obtuvo citoreducción completa (R=0) en 105 pacientes. La media de carcinomatosis peritoneal fue 8 (0-39). La morbilidad fue 31%, requirieron reintervención quirúrgica el 9%.

La mortalidad postoperatoria del 5,6%, por las siguientes causas: aplasia medular (2 pacientes), sepsis (3 pacientes), fallo multiorgánico (1 paciente).

Se realizó tratamiento simultáneo de las metástasis hepáticas en 16 pacientes (15%).

Con una mediana de seguimiento de 71 meses, se han observado recurrencia en el 26%, siendo el peritoneo el sitio de la recurrencia en 17 pacientes (10%).

La supervivencia actuarial a 5 años es de 33% y la global del 37%. El intervalo libre de enfermedad 30 meses (0-96m+). Actualmente están vivos 39 pacientes (36%): Sin evidencia de enfermedad 33 pacientes (31%) y con enfermedad en tratamiento 6 pacientes (6%).

CONCLUSIONES:

La cirugía citorreductora con quimio hipertermia intraperitoneal (HIPEC) es una técnica factible y segura, dentro de un ambiente multidisciplinar.

Sola o asociada a otros procedimientos (tratamiento simultáneo de las metástasis hepáticas), mejora la supervivencia en pacientes seleccionados y en aquellos que no tienen otra alternativa terapéutica.

Es posible y seguro repetir el procedimiento, en manos expertas se aprecia un impacto positivo en la supervivencia. Es posible de repetir con una morbilidad aceptable y con potencial curativo. Nuestros resultados son comparables con los de la literatura.

R-0124.- HIPEC ITERATIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN 10 AÑOS.

Duarte Llanos, Maritza; Bretcha Boix, Pere; Farré Alegre, José.

OBJETIVOS:

Analizar las ventajas y los inconvenientes de repetir el procedimiento de citorreducción máxima seguido de quicio-hipertermia intraperitoneal en pacientes afectos de carcinomatosis peritoneal de diferentes orígenes.

MATERIAL Y METODOS:

De febrero 2002 a septiembre del 2012 se han realizado 30 procedimientos en 14 pacientes, 3 varones y 11 mujeres, con mediana de edad de 53 años (38-73años), con diagnósticos de carcinomatosis de origen ovárico 7 pacientes, colon y recto 4 pacientes, apendicular 2 pacientes, gastrico 1 paciente. Procedimiento dobles en el 86% y triple en el 14%.

El 93% de los pacientes habían recibido varias líneas de quimioterapia pre y post-operatoria con una media de 2 líneas de tratamiento (0-5), el 21% de los pacientes recibieron radioterapia preoperatoria.

RESULTADOS:

Se realizó el tratamiento simultáneo de las metástasis hepáticas en cuatro pacientes. Se obtuvo una citorreducción completa en el 77% de los procedimientos. La mediana de índice de carcinomatosis peritoneal fue: 4 (0-39).

La morbilidad fue: 66%, Siete pacientes requirieron reintervención por: hemoperitoneo (5), bilioperitoneo (1), fístula ileal (1). Mortalidad post-operatoria 3% (un paciente por sepsis de foco abdominal) .

La mediana de seguimiento es 61 meses, La supervivencia actuarial a 5 años es post-HIPEC 20% y global de 40%; La mediana del Intervalo libre de enfermedad fue de 12 meses (1-106 m+). Actualmente tres pacientes están vivos sin evidencia de enfermedad.

CONCLUSIONES:

Realizar citoreducción máxima seguido de quimiohipertermia per y post-operatoria es factible y segura en pacientes con recidiva de peritoneal o como procedimiento de consolidación del tratamiento oncológico en pacientes ya sometidos al mismo procedimiento con anterioridad, con una toxicidad aceptable y con impacto positivo en la supervivencia .

R-0184.- EXPERIENCIA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE DIFERENTES ORÍGENES MEDIANTE CITORREDUCCION MÁXIMA, QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL SELECTIVA Y QUIMIOTERAPIA SISTEMICA.

Jacobo Trébol López, Raúl Sánchez Jiménez, María Belén Rodríguez Sanz, Maria del Mar Roldán Cuena, Fernando Ozalla Romero del Castillo, Carlos Marcelo Francos von Hunefeld.

OBJETIVOS:
Presentamos nuestros resultados a corto y medio plazo en una serie de 18 pacientes que han recibido cirugías citorreductoras con intención radical por carcinomatosis peritoneal.
MATERIAL Y MÉTODOS:
18 pacientes fueron tratados desde Enero de 2004 a Febrero de 2013. Analizamos variables clínicas, histologías, tratamientos realizados y evolución focalizada en complicaciones, recaídas y supervivencia.
RESULTADOS:
4 hombres y 14 mujeres; edad: 35-77años (media 59,78). Tumor primario: cáncer de ovario en 9, colorrectal en 6, apéndice 2 y primario peritoneal 1. Diagnóstico simultáneo en 10 casos y tratamiento sincrónico en 8.
7 reciben quimioterapias previamente y 8 habían sufrido cirugías previas (5 PSS -Previous Surgical Score-1, 3 PSS-2) consiguiendo 7 “citorreducciones” completas y 1 incompleta.
El ICP medio fue de 14,78 (rango 6-26, modas: 6,8,9,23) y el grado de citorreducción conseguido (CC) fue completa en 16 (CC-0 12; CC-1 4) e incompleta en 2 (CC2). El número medio de resecciones de peritoneo parietal fue de 4,56 (sobre 6 áreas) y el de resecciones viscerales 6,33 (1-13) con una media de 0,72 anastomosis por procedimiento y una duración media de 7,25 horas (3-10). Requerimientos transfusionales intraoperatorios medios: 1.61 concentrado de hematíes y 0,67 de plasma.
Recibieron quimioterapia intraperitoneal postoperatoria (5-FU y mitomicina 5 días) 4 de 8 pacientes con histologías de carcinoma colorrectal o apendicular. La estancia media en críticos fue 3,06 días (mediana 1, rango 0-24) y el ingreso total medio fue 20,50 días (mediana 16, rango 5-44).
11 (61%) presentaron 19 complicaciones siendo la más frecuente el íleo paralítico (6). Todas fueron grados I o II, salvo 2 grado III (1 drenaje percutáneo y 1 reintervención por sangrado en el mismo caso), 2 fracasos respiratorios (IVa: 1 VMNI, 1 reintubación) y 2 fracasos multiorgánicos (uno IVb, resuelto en UVI que precisó traqueotomía, y otro que conllevó la muerte –V-). Otro caso falleció por una aspiración tras el primer ciclo de quimioterapia intravenosa al mes del alta. Destacar que no hubo fugas ni dehiscencias anastomóticas.
Seguimiento medio: 23 meses (rango 0-113); al año están vivos 10 de 14 evaluables (71.43%) y a los 2 años 5 de 9 (55,55%). La supervivencia libre de enfermedad media es 20,06 meses (3-113); de 7 casos con recaídas detectadas 6 son peritoneales (3 el primer año -2 exitus por progresión rápida-, 2 al segundo y 1 al cuarto). Predicen peor evolución la histología (colorrectal y apéndice), el ICP y el índice CC.
CONCLUSIONES
Nuestros resultados de morbimortalidad son equiparables a los de otros grupos. Esto nos anima a proseguir con el programa e intentar optimizarlo implantando la quimioterapia intraoperatoria hipertérmica o sistematizando más la aplicación de la postoperatoria precoz.

COMUNICACIONES ORALES CIRUGÍA HEPATO-BILIO-PANCREÁTICA:

R-0178 LIGADURA PORTAL DERECHA Y BIPARTICION HEPATICA COMO METODO FACTIBLE PARA OBTENER UNA HIPERTROFIA RÁPIDA EN LAS RESECCIONES HEPÁTICAS EN DOS TIEMPOS

Trébol López, Jacobo; Juan Fernández, Andrés; Sánchez Jiménez, Raúl; Rodriguez Sanz, Maria Belen; Roldan Cuena, Maria del Mar; Corral de la Calle, Miguel; Encinas de la Iglesia, Javier; Francos von Hunefeld, Carlos Marcelo.

OBJETIVOS:
La ligadura portal derecha asociada a bipartición hepática se ha descrito recientemente para resecciones extensas en dos tiempos con remanente insuficiente. Parece inducir una hipertrofia rápida que permite realizar la segunda intervención a la semana evitando los problemas de la ligadura y embolización clásicas (hipertrofia insuficiente, dificultad técnica del segundo tiempo, progresión entre cirugías y prolongación del intervalo sin tratamiento sistémico).
Presentamos nuestra experiencia con esta técnica.

MATERIAL y MÉTODOS:
Caso 1: varón, 75 años. HTA, dislipemia y sustitución valvular aórtica. Sigmoidectomía laparoscópica por cáncer sigmoideo (pT3pN0) con lesiones hepáticas subcentimétricas. RMN: lesiones múltiples bilobares sugestivas hemangiomas atípicos; PET: metástasis en segmentos 1, 2 y 6. No recibe neoadyuvancia. ECO intraoperatoria: lesiones sospechosas en segmentos 2, 3, 4A, 8, 7-8, 7 y 1. Intervención: caudectomía, metastasectomías (2, 3, 4A), sección de porta derecha, disección y marcaje de vena suprahepática derecha y pedículo derecho y bipartición con maniobra de hanging.
Caso 2: varón, 77 años. HTA. Amputación abdominoperineal tras QT neoadyuvante por carcinoma rectal bajo (pT3pN1pM1) con dos lesiones hepáticas (8, 1) sincrónicas. Quimioterapia adyuvante. TAC posterior: leve progresión (lesiones en segmentos 8, 7 y 1). Cirugía: metástasis en segmentos 3, 4A, 8, 6-7 sobre "hígado azul". Intervención: colecistectomía, metastasectomía III y partición hepática con ligadura de porta derecha y disección y marcaje pedículo derecho, suprahepática derecha y pedículo del 4.

RESULTADOS:
Caso 1: TAC a los 8 días: volumetría lóbulo izquierdo (incluyendo metastasectomías) de 660 cc. Intervención (8º día): se completa hepatectomía derecha con extirpación de metástasis en 4B-8 precisando 2 concentrados de hematíes. Vigilancia en UVI 24 horas y postoperatorio con vómitos persistentes y leve disfunción hepática temporal (alta al 22º día). Recibe quimioterapia adyuvante y presenta lesión vs residuo quirúrgico en 4B que al año ha desaparecido.
Caso 2: TAC 6º día postoperatorio: hipertrofia LHI con volumetría de 492 cc. Segundo tiempo (6º día): se completa hepatectomía derecha ampliada al 4 precisando 2 concentrados de hematíes. Vigilancia en UVI 24 horas y postoperatorio con discreta ascitis que resuelve con fármacos (alta al 13º día). Un año después: sin recaída hepática, lesión sospechosa pulmonar.

CONCLUSIONES:
Esta estrategia consiguió un crecimiento del remanente suficiente para permitir resecciones amplias en un plazo mínimo que simplificó la segunda intervención.
Es una opción factible para ampliar las posibilidades terapéuticas de las metástasis hepáticas múltiples, si bien conviene esperar a su validación definitiva con estudios a largo plazo, ensayos aleatorizados, etc.

R-0159 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CONSERVADORES Y RADICALES EN LA ENFERMEDAD HIDATIDICA HEPATICA.

Louredo Mendez, Angel Martin; Fernández Rodríguez, José Alberto; Saldarriaga Ospino, Carlos; Herrera Kok, John Henry; De Castro Monedero, Paola; Silva Fernández, Jesús; Suero Rodriguez, Carleni; Andrés De Llano, Jesús; Alvarez Conde, José Luis.

Introducción:

La decisión de realizar una cirugía conservadora o radical se fundamenta en factores como la comorbilidad, localización, número y tamaño de los quistes y su relación con estructuras vásculo-biliares. Los autores presentan su experiencia en el tratamiento, principalmente, radical de la enfermedad hidatídica hepática.

Objetivo:

Evaluar el rendimiento de la cirugía radical en el tratamiento de la enfermedad hidatídica hepática.

Material y método:

Estudio de cohorte ambispectivo. Período: marzo de 1999 a diciembre de 2012. Población: 38 pacientes con hidatidosis hepática. Diagnóstico confirmado mediante TAC y colangioRMN. Los datos han sido almacenados en una base de datos para su posterior análisis estadístico descriptivo e inferencial. La quistoperiquistectomía total, quistorresección y la resección concomitante de dos o más segmentos hepáticos constituyeron los procedimientos radicales.

Resultados:

38 pacientes presentaban: quistes únicos 28 y 10 múltiples. Predominaron los quistes multiloculares, 33. La mediana de tamaño era de 9,58 cm (5 - 25 cm, desv tip 4,5). El 55% localizados en el hemihígado derecho y 8% tipo centrales. En 7 casos afectaban el diafragma y confluencia cavo-suprahepática, el hilio hepático y cava en 7, adheridos a órganos viscerales vecinos en 9 siendo los 27 restantes intrahepáticos. En 15 casos los quistes se comunicaban con las vías biliares. Se realizaron procedimientos radicales en 22 pacientes; quistoperiquistectomía total en 7, quistoresección en 3, unisegmentectomía en 1 y hepatectomías mayores en 7. Se presentaron complicaciones en 13 pacientes, 8 en el grupo de cirugía radical y 5 en el de la cirugía conservadora con el doble de fístulas biliares en este último grupo, aunque sin significación estadística (Pearson p: 0,74). La estancia media fue menor en el grupo de procedimientos radicales, aunque no se observaron diferencias entre ambos grupos (Mann-Whitney p: 0,127). No falleció ningún paciente de la serie. La media de seguimiento fue 61 meses para el grupo de cirugía radical y 115 meses para los de cirugía conservadora. Siete pacientes recidivaron, todos en el grupo de cirugías conservadoras (Pearson p<0,001). Las recidivas se produjeron principalmente en pacientes con compromiso de las vías biliares (2 casos) y vecindad con la cava (2 casos). Empleando diversos modelos de regresión logística, no identificamos factores de riesgo de recidiva.

Conclusiones:

A pesar de la mayor complejidad técnica, la cirugía radical en comparación con los procedimientos conservadores, ofrece la ventaja de eliminar por completo la enfermedad sin aumentar la morbilidad ni la estancia.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0165 COLECISTOSTOMÍA TRANSENTÉRICA GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) COMO ALTERNATIVA A LA COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO CON COLECISTITIS AGUDA.

Peñas Herrero, Irene; de la Serna Higuera, Carlos; Alemán , Nestor; Gil Simón, Paula; Díez Redondo, Pilar; Núñez Rodríguez, Henar; Barrio Andrés, Jesús; Herrero Quirós, César; Vallecillo Sande, María Antonia; Pérez-Miranda , Manuel.

OBJETIVOS:
La colecistostomía percutánea (CP) es un procedimiento estándar en pacientes de alto riesgo con colecistitis aguda (CA). El drenaje interno guiado USE es una alternativa a la CP. La prótesis metálica AXIOS^{R} de aposición luminal permite formar anastomosis mediante USE en modelo porcino (Binmoeller,Endoscopy 2011) y ofrece resultados clínicos preliminares alentadores (De la Serna-Higuera,GI Endoscopy 2013). Evaluamos los resultados a corto y medio plazo de la colecistostomía transluminal guiada por USE (CT-USE) con prótesis AXIOS^{R} en pacientes con CA de alto riesgo quirúrgico. Comparamos éxito técnico, viabilidad y eficacia de este abordaje con una cohorte histórica tratada mediante CP.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Entre Junio 2011-Octubre 2012, 22 pacientes (14 hombres, edad media: 81.92 años) con CA no quirúrgica se trataron mediante CT-USE con prótesis AXIOS^{R}. Se puncionó la vesícula desde estómago o duodeno bajo USE con control radiológico y endoscópico simultáneo (triple monitorización). Tras dilatación del trayecto de punción, se implantaron transluminalmente prótesis AXIOS^{R} de 10x10 o 10x15mm. Se emplearon gastroscopios para colecistoscopia, con lavado o retirada de litiasis, a criterio del operador. Estudio retrospectivo, experimental, no randomizado, comparando este grupo CT-USE (A) con un control histórico de CP (B) en pacientes con CA de alto riesgo quirúrgico seleccionados aleatoriamente entre octubre de 2008-octubre de 2012. Análisis estadístico con SPSS 11.

RESULTADOS:
Seguimiento (media en semanas): grupo A: 40.83 (rango 6-55); grupo B: 87.63 (4-152). Ambos grupos fueron homogéneos en edad, sexo, comorbilidades y puntuación ASA. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en: 1)Éxito técnico (A: 19/22, 86.37% vs B: 51/54, 94.4%); 2) Éxito clínico (A: 19/19, 100% vs B:47/51, 92.15%); 3) Media de tiempo entre el drenaje y el alta (A: 12.64 vs B:15.49 días); 4) Complicaciones relacionadas con el procedimiento (A: 5/22, 22.78% vs B: 11/54, 20.37%). El porcentaje de recurrencias fue significativamente menor en el grupo A: 2/19, 10.52% vs grupo B: 22/54, 40.70%. Esto puede explicarse por el mantenimiento de un drenaje efectivo por la prótesis adecuadamente inserta, mientras que el catéter percutáneo se retiró.

CONCLUSIONES:
1) La CT-USE con prótesis AXIOS^{R} y la CP parecen similares en términos de eficacia y seguridad. 2) La CP presenta una tasa más alta de recurrencia de CA durante el seguimiento. 3) Estos resultados favorecerían la elección de CT-USE sobre la CP en este subgrupo de pacientes. Sin embargo, antes de generalizarse este abordaje, nuestros resultados deberían confirmarse mediante estudios prospectivos con mayor número de pacientes.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0167 RECONSTRUCCIÓN ENDOSCÓPICA DE LAS TRANSECCIONES BILIARES POSTQUIRÚRGICAS MEDIANTE UN ABORDAJE COMBINADO EN DOS TIEMPOS: RESULTADOS PRELIMINARES.

Peñas Herrero, Irene; Díez Redondo, Pilar; Gil Simón, Paula; de la Serna Higuera, Carlos; Pinto, Pilar; Pérez Saborido, Baltasar; Pacheco, David ; Barrera , Asterio; Vargas García, Alba Luz; Pérez-Miranda , Manuel.

OBJETIVOS:

Las transecciones biliares postoquirúrgicas (TBP) requieren reparación mediante hepaticoyeyunostomía. Se han descrito procedimientos intervencionistas basados en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) asociada a técnicas percutáneas en casos seleccionados. Si la experiencia adquirida con las anastomosis guiadas por ecoendoscopia en el contexto paliativo de la ictericia tumoral pudiera extrapolarse a las TBP, se podrían replicar estos tratamientos mínimamente invasivos evitando drenajes externos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante un periodo de 6 años, a 5 pacientes consecutivos con TBP se les trató según un protocolo endoscópico en 2 fases que se detalla a continuación. La TBP se localizó en el hilio en 3 pacientes tras colecistectomía y en el colédoco en otros dos (post-transplante ortotópico hepático: en colédoco medio; tras resección duodenal: en colédoco distal). Todos los pacientes cumplieron dos criterios de inclusión: a) Fallo del acceso retrógrado de la guía al conducto proximal a la TBP; b) Dilatación retrógrada visible con ecoendoscopia. Fase 1: en la CPRE: se confirma la transección y la imposibilidad de acceder al conducto biliar proximal. Se realiza anastomosis transluminal guiada por ecoendoscopia (HG: hepaticogastrostomía o CD: coledocoduodenostomía) con prótesis biliares metálicas. Fase 2: se realizan procedimientos intervencionistas a través de la anastomosis creada por ecoendoscopia con el propósito de lograr el paso anterógrado de la guía con control radiológico o colangioscópico. La colangioscopia transluminal se realizó con un gastroscopio transnasal de 5 mm de diámetro externo a través de las prótesis biliares transluminales o a través de las fístulas maduras una vez retirada la prótesis. Una vez lograda la recanalización, se insertaron prótesis biliares transapapilares por CPRE y se incluyó al paciente en un programa de recambio periódico de las prótesis.

RESULTADOS:

Se consiguió éxito técnico en la primera fase en los 5 pacientes sin complicaciones secundarias a la restauración del drenaje biliar. La segunda parte tuvo un éxito del 80%, con una recanalización fallida en un paciente con TBP trasplantado que requirió intervención quirúrgica. Se registraron dos colangitis leves. La segunda fase del procedimiento se realizó entre 2-12 semanas de la primera parte.

CONCLUSIONES:

El procedimiento descrito permite el drenaje biliar interno y permite la recanalización con éxito en un 80% de los pacientes con TBP. Esta reconstrucción endoscópica de las transecciones biliares combinada (anterógrada por USE y retrógrada por CPRE) en dos tiempos sólo puede aplicarse en casos seleccionados que cumplan requisitos anatómicos específicos y en centros de referencia con un enfoque multidisciplinar.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0170 COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSONOGRÁFICA: DRENAJE BILIAR MINÍMAMENTE INVASIVO. RESULTADO DE NUESTRA EXPERIENCIA

Peñas Herrero, Irene; Alcaide Suárez, Noelia; Alemán Pérez, Nestor; Vargas García, Alba Luz; de la Serna Higuera, Carlos; Gil Simón, Paula; Díez Redondo, Pilar; Núñez Rodríguez, Henar; Barrio Andrés, Jesús; Pérez-Miranda, Manuel.

INTRODUCCIÓN:

La CPRE es la técnica de elección para el drenaje endoscópico de la vía biliar, pero se estima que falla hasta en un 3-5% de los casos. Las alternativas aceptadas hasta este momento son la cirugía o el drenaje percutáneo, pero no todos los pacientes son subsidiarios de estos tratamientos. En los últimos años, se ha desarrollado la colangiopancreatografía endosonográfica (CPES) como alternativa de drenaje biliar cuando la CPRE falla. El drenaje biliar por CPES puede hacerse por vía intrahepática, extrahepática, evitando el uso de catéteres percutáneos de drenaje.

OBJETIVOS Y MATERIAL:

Describir nuestra experiencia de CPES durante el año 2012. Se recogieron datos de forma retrospectiva de 44 pacientes desde enero de 2012 hasta diciembre de 2012.

RESULTADOS:

El 53.82% de los pacientes eran hombres, con una edad media de 76.14 años (SD=12.83 años). El 77.27% de los pacientes tenía una causa maligna de obstrucción, el 50% de ellos llevaba más de 3 meses de evolución de la neoplasia. El resto de los pacientes presentaban una obstrucción biliar de origen benigno, la mitad por coledocolitiasis y el otro 50% una estenosis biliar benigna (postquirúrgica, pancreatitis crónica, transección biliar). Se había realizado una CPRE previa en el 84.10%, con una media de 1.70 procedimientos (SD= 2.21), y en el 65.91% se realizó CPES a la vez que la CPRE. El 38.10% presentaban un obstrucción a nivel hiliar, por lo que se realizó un drenaje intrahepático, otro 59.52% tenían una obstrucción distal, 65.38% se procedió a un drenaje intrahepático y 34.62% drenaje extrahepático. 1 paciente tenía una obstrucción mixta, utilizándose un abordaje extrahepático. Se consiguió éxito técnico en un 95.45% de los pacientes, independientemente de la vía de acceso (intrahepática o extrahepática), $p>0.10$. En el seguimiento inmediato, hubo 11 complicaciones (25%), 6 pacientes con bacteriemia leve o infecciones (una paciente con colecistitis grave falleciendo a las 48 horas del procedimiento), 1 pancreatitis aguda leve (CPRE y CPES en tándem), 3 sangrados leves y 1 broncoaspiración. La mediana de seguimiento fue de 96.5 días (rango de 2-495 días).

CONCLUSIONES:

1-La CPES parece una técnica de drenaje biliar efectiva en manos expertas. 2- No está exenta de complicaciones, la mayoría leves. 3-Supone un volumen apreciable del total de pacientes para drenaje biliar y su uso parece ir en aumento en nuestro centro.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0061 RESULTADOS DE LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFALICA POR CANCER DE CABEZA DE PANCREAS

Garcia-Plata Polo, E; Sanchez Manuel, FJ; de la Plaza Galindo, M; Martin Acebes, F; Juez Juez, KM; Leon Miranda, R; Rodrigo Amador, V; Parra Lopez, R; Gonzalez Martinez, I; Seco Gil, JL.

OBJETIVOS

Hemos realizado 144 Duodenopancreatectomías por tumores periampulares entre 2006 y 2013; analizamos los resultados de 56 Duodenopancreatectomías Cefálicas (DPC) efectuadas por cáncer de cabeza pancreático.

MATERIAL Y METODOS

De 144 casos, 5 fueron Duodenopancreatectomías Totales (4 por cáncer de páncreas multicéntrico y 1 adenocarcinoma de ampolla de Vater con cistoadenoma mucinoso sincrónico en cola páncreas) y 139 duodenopancreatectomías cefálicas. Las 139 DPC se realizaron en; 56 Cánceres de cabeza pancreático, 35 Ampulomas, 18 Colangiocarcinomas, 2 Tumores Periampulares sospechosos de malignidad, 11 Tumores Quísticos, 4 Tumores Duodenales, 11 Pancreatitis Crónicas, 1 Recidiva de Adenocarcinoma de Colon y 1 Metástasis Pancreática de Carcinoma Renal.

En 56 cánceres de cabeza de páncreas, la edad media fue 64,5 años (40-84), y más frecuente en sexo masculino (58,9%).La técnica de la DPC, fue Whipple con reconstrucción en 2 asas en Y de Roux, con linfadenectomía del ligamento hepatoduodenal, ganglios peripancreáticos, periduodenales e interaortocavos y anastomosis pancreatoyeyunal ducto-mucosa T-L con/sin tutor en Wirsung. En 4 casos se asoció resección de metástasis hepática única sincrónica, en 9(16%) resección venosa portal y/o mesentérica y en 1 hemicolectomía derecha.

RESULTADOS

El estudio anatomopatológico reveló 54 adenocarcinomas de células ductales y 2 carcinomas de células acinares. La media de ganglios resecados por paciente fue de 16,2 (2-39), presentando el 78,7% afectación ganglionar y el 85,3% infiltración perineural +. El margen retroperitoneal estaba afectado en el 58,7%. En 4 (44,4%) de las 9 resecciones venosas, se demostró infiltración tumoral.

La Morbilidad Postoperatoria fue del 57,1%; 5 Retrasos de Vaciamiento Gástrico (9%), 4 Fístulas Pancreáticas (7,2%), 1 Hemoperitoneo, 1 Perforación Colon, 2 Fístulas Biliares, 3 Abscesos de abdomen, 2 Colecciones abdominales, 2 Hemorragias Digestivas Altas, 2 Ascitis Quilosas, 3 Infecciones de herida, 3 Infecciones de Catéter y 4 complicaciones médicas graves (tromboembolismo pulmonar, encefalopatía hepática, ACXFA y malnutrición grave).

Fueron Reintervenidos 4 pacientes (7,1%); 2 fístulas pancreáticas, 1 hemoperitoneo y 1 perforación de colon. No hubo mortalidad en los pacientes reintervenidos, ni mortalidad por fístula pancreática. La Mortalidad Postoperatoria de la duodenopancreatectomía cefálica por cáncer de páncreas fue del 5,3%; 3 pacientes con tumores pancreáticos avanzados fallecieron en el postoperatorio precoz por hemorragia, CID y FMO

CONCLUSIONES

La creación de Unidades Especializadas de Cirugía Hepatobiliopancreática, permite la selección adecuada del paciente quirúrgico con cáncer de páncreas, mejora de la técnica quirúrgica , diagnóstico precoz y tratamiento correcto de las complicaciones, y disminución de la mortalidad postoperatoria de la Duodenopancreatectomía Cefálica.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0062 MANEJO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DE LOS TUMORES QUISTICOS DE PANCREAS

Garcia-Plata Polo, E; Sanchez Manuel, F.J; De La Plaza Galindo, M; Martin Acebes, F; Juez Juez, J.M; Rodrigo Amador, V; Leon Miranda, R; Parra Lopez, R; Valero Cerrato, X; Seco Gil, J.L.

OBJETIVOS:

Estudio y análisis diagnóstico y terapéutico de 38 Tumores Quísticos Pancreáticos (TQP) intervenidos quirúrgicamente en nuestro Servicio.

MATERIAL Y METODOS:

Los TQP fueron más frecuentes en el sexo femenino (71%), edad 60,4 años (25-82) y tamaño de 4,4 cm (0,8-11). El TAC helicoidal y la colangioresonancia magnética fueron los métodos diagnósticos más utilizados; la ecoendoscopia y PAAF se utilizó en menos del 50% .El tratamiento se basó en el tipo de TQP, localización, sospecha o presencia de malignidad, y asociación con otros tumores periampulares sincrónicos.
De los 38 TQP, 14 fueron Tumores Quísticos Mucinosos (TQM) (36,8%), 14 Tumores Papilares Mucinosos Intraductales (TPMI) (36,8%), 7 Cistoadenomas Serosos microquísticos (CAS) (18,4%) y 3 Quistes Simples (7,9%).

RESULTADOS:

Las técnicas quirúrgicas empleadas en los 38 TQP fueron: 12 Duodenopancreatectomías Cefálicas (DPC); 2 Duodenopancreatectomías Totales ; 9 Esplenopancreatectomías Distales; 2 Pancreatectomías Distales con Preservación Esplénica ; 4 Resecciones Conservadoras pancreáticas con 2 Pancreatectomías cefálicas + Preservación duodenal en 1 TPMI borderline y en 1 CAS, respectivamente y 2 Pancreatectomías Centrales en 1 TPMI-R adenoma y en 1 Quiste Simple pancreático ; 4 Enucleaciones; 2 Resecciones parciales; 1 Quistogastrostomía; 2 Derivaciones biliodigestivas en cistoadenocarcinomas mucinosos irresecables .

De los 14 TPMI, 10 se situaron en la cabeza y 4 en cuerpo-cola pancreático. El 85,7% fueron sintomáticos, presentándose 3 como pancreatitis crónica recurrente. El valor medio del CEA intraquístico en ecoendoscopia fue 2222 ngr/ml. La mayoría fueron TPMI de conducto principal (TPMI-CP) y sólo 2 de ramas secundarias (TMPI-R). De los 14 TPMI; 2 fueron Carcinomas invasores (14,3%), 4 Borderlines y 8 Adenomas. No hubo afectación ganglionar. 1 TPMI-CP displasia de cuerpo-cola fue sincrónico con adenocarcinoma ductal de cabeza pancreático T3N1M0. 2 Quistes Simples sintomáticos se intervinieron por sospecha de TPMI.
Entre los 14 TQM, hubo 8 cistoadenocarcinomas y 6 cistoadenomas (1 TQM benigno fue sincrónico con adenocarcinoma ampolla Vater T2N0M0).

CONCLUSIONES:

Los TPMI y los TQM fueron los TQP más frecuentes, con una incidencia igual del 36,8%, respectivamente. El aumento del índice de sospecha clínica de los TPMI y la mejora de los métodos diagnósticos ha aumentado la prevalencia de estos tumores. El tratamiento de los TPMI difiere del resto de los TQP; en TPMI invasivos es la resección quirúrgica pancreática regional según localización, con márgenes libres, y linfadenectomía. La cirugía conservadora pancreática es posible en TPMI de ramas secundarias y benignos, con índices de recidivas menores del 10%.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0134 INTERVENCIÓN DE BEGER EN EL TRATAMIENTO DE PANCREATITIS CRÓNICA CALCIFICANTE CON PSEUDOMASA EN CABEZA DE PÁNCREAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Martín Acebes, F; Sánchez Manuel, J; Juez, J. M; García Plata, E; De la Plaza, M; Rodrigo Amador, V; León Miranda, R; Seco Gil, J. L.

OBJETIVO:

La pancreatitis crónica es un proceso inflamatorio progresivo e irreversible. La principal indicación del tratamiento quirúrgico es el dolor abdominal.

Se presenta un caso clínico de pancreatitis crónica calcificante con pseudomasa en cabeza de páncreas al que se realizó cirugía de resección de cabeza pancreática con conservación duodenal + pancreático-yeyunostomía sobre conducto pancreático en cuerpo y cola (Intervención de Beger con modificación de Partington-Rochelle) y se hace revisión del tema, comparando diferentes técnicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un paciente varón de 55 años de edad diagnosticado de pancreatitis crónica calcificante de origen enólica,con insuficiencia exocrina y endocrina y dolor abdominal. En el TAC se describen múltiples calcificaciones groseras a nivel de cabeza y cuerpo de páncreas, con dilatación arrosariada del Wirsung e imagen mal definida en cabeza pancreática, sin poder descartar tumoración o área de fibrosis a dicho nivel. Se completa estudio con colangioRM, CPRE, ecoendoscopia y gastroscopia.

En la actualidad ha tomado importancia en el estudio de las pancreatitis crónicas el considerar la cabeza de páncreas como “marcapasos” en la patogenia del dolor en esta entidad. Además la frecuente presencia de pseudomasas puede plantear problemas en el diagnóstico diferencial con patología tumoral.

RESULTADOS:

En nuestro caso, después de indicar cirugía, se realizó una técnica mixta que consistió en la resección de la cabeza pancreática con conservación duodenal según la técnica descrita por Beger (con doble anastomosis pancreático-yeyunal), con la variante introducida por Partington-Rochelle anastomosando todo el conducto pancreático al asa yeyunal. Se describen todos los detalles técnicos y se hace revisión y comparación con las demás técnicas quirúrgicas, sobre todo con la intervención de Frey (resección local y limitada de la cabeza de páncreas sin sección del cuello pancreático).

CONCLUSIONES:

Según la revisión de la literatura, las técnicas derivativas puras han quedado en desuso frente a técnicas de resección puras o mixtas. La intervención descrita por Beger es una técnica compleja que requiere experiencia en cirugía pancreática y que estaría indicada sobre todo en aquellos casos de pancreatitis crónica con dolor e imagen de pseudomasa en cabeza de páncreas sin poder descartar patología tumoral en el estudio preoperatorio. En el caso de dilatación del conducto pancreático, es recomendable asociar la variante de Partington-Rochelle.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0142 TUMORES PANCREÁTICOS SINCRÓNICOS DE DIFERENTE ESTIRPE – A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodrigo Amador, Vidina; García - Plata Polo, Esther; Sánchez Manuel, Javier; Novotny Canals, Sergio; Palomo Luquero, Alberto; Parra López, Romina; Gil Laso, Iván; González Martínez, Lucía; Valero Cerrato, Xandra; Seco Gil, Juan Luis.

Objetivo:

Recordar la importancia del diagnóstico diferencial en el tratamiento de la patología pancreática.

Material y métodos:

Mujer 66 años. Ictericia obstructiva inicialmente atribuida a coledocolitiasis. Ecografía: además lesión quística en cuerpo-cola pancreática sugestiva de tumor quístico mucinoso vs pseudoquiste pancreático. Descompresión de vía biliar por CPRE: estenosis biliar distal de aspecto neoplásico, biopsia de adenocarcinoma ampular. TAC: corrobora tumoración sólida en segmento distal de colédoco. Ecoendoscopia – punción: CEA líquido intraquístico mayor de 15000.

El diagnóstico concluye: ampuloma y neoplasia quística mucinosa sincrónicos. Se realiza duodenopancreatectomía total completándose con esplenectomía al encontrar la neoplasia quística en cola en contigüidad al bazo. Anatomía patológica: ampuloma (1.9x1.7x0.7 cm) y tumor quístico mucinoso, displasia epitelial bajo grado (5x2.5 cm). Evolución favorable. No tratamiento citostático adyuvante según estadio (pT1 N0 M0).

Discusión:

Nuestro caso asocia sincrónicamente un adenocarcinoma de ampolla de Vater a un cistoadenoma mucinoso en cola de páncreas, y pone a prueba nuestra capacidad diagnóstica. También cada una de las dos entidades plantea dudas de diagnóstico diferencial y posterior estrategia quirúrgica.

Las lesiones quísticas pancreáticas corresponden la mayor parte de las veces a entidades benignas, pero con riesgo de malignización. Un error diagnóstico y retraso de tratamiento, puede tener consecuencias irreversibles. El cistoadenoma mucinoso pancreático es un tipo benigno de tumor quístico mucinoso. Por su potencial premaligno el tratamiento quirúrgico consiste en resección completa. Debemos diferenciarlo de sus otras dos formas clínicas: tumor quístico mucinoso borderline y cistoadenocarcinoma mucinoso invasivo; así como del pseudoquiste pancreático y otras entidades quísticas tumorales: cistoadenoma seroso, tumor mucinoso papilar intraductal, neoplasia quística papilar, tumor quístico de los islotes pancreáticos y linfangioma quístico pancreático. El CEA intraquístico es la prueba más útil para un buen diagnóstico diferencial. Un valor menor a 5 ng/ml es indicativo de cistoadenoma seroso. Valores mayores de 400 ng/ml son indicativos de tumor quístico mucinoso.

En cuanto a los ampulomas sabemos que clínicamente se presentan con ictericia. Debemos hacer el diagnóstico diferencial con otras causas obstructivas de vía biliar: coledocolitiasis o tumores periampulares benignos.

Conclusiones:

En la patología pancreática es esencial efectuar un buen diagnóstico diferencial antes de establecer cualquier decisión terapéutica, porque los hallazgos iniciales pueden no ser lo que parecen. Las neoplasias mucinosas papilares intraductales, pueden asociar (10-20%) otros tumores periampulares y pancreáticos malignos. Es necesario elevar el índice de sospecha clínica y efectuar un diagnóstico correcto. Una decisión equivocada es irreversible y podría condicionar cualquier posibilidad de curación del paciente.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

COMUNICACIONES VÍDEO:

SALA “MULTIFUNCIONAL 1”: CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA Y COLORRECTAL:

Horario: 9:00-11:00am.

Moderador: PABLO VAZQUEZ SANTOS.

CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA:

Horario	Código	Título:
9:00-9:10	R-0026	PERFORACIÓN DE ESÓFAGO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
9:10-9:20	R-0086	SIEWERT TIPO II : ESOFAGUECTOMÍA ENDOSCÓPICA.TRES TIEMPOS
9:20-9:30	R-0032	HERNIA DE HIATO GIGANTE CON ARTERIA HEPÁTICA IZQUIERDA ANÓMALA.TTO. LAPAROSCÓPICO
9:30–9:40	R-0047	MEGAESÓFAGO POR ACALASIA DE LARGA EVOLUCIÓN.MIOTOMÍA EXTENDIDA DE HELLER LAPAROSCÓPICA
9:40-9:50	R-0080	GRAN HERNIA HIATAL RECIDIVADA TRAS PEXIA GÁSTRICA .TTO. LAPAROSCÓPICO DEFINITIVO
9:50-10:00	R-0031	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TRICOBEZOAR GÁSTRICO DE GRAN TAMAÑO
10:00-10:10	R-0085	CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ.LINFADENECTOMÍA D1+ Y ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA MECÁNICA POR LAPAROSCOPIA
10:10-10:20	R-0078	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL DISTAL LAPAROSCÓPICA CON LINFADENECTOMÍA D2
10:20-10:30	R-0008	REGASTRECTOMIA TUBULAR LAPAROSCÓPICA. UN TRATAMIENTO EFICAZ PARA LA GASTROPARESIA POSTGASTRECTOMÍA ONCOLÓGICA.

CIRUGÍA COLORRECTAL:

Horario	Código	Título:
10:30-10:40	R-0082	COLECTOMÍA DERECHA VIDEOASISTIDA
10:40-10:50	R-0050	OCLUSIÓN COLÓNICA POR ENDOMETRIOSIS VÍA LAPAROSCÓPICA
10:50-11:00	R-0052	DIVERTICULITIS CRÓNICA SIGMOIDEA LAPAROSCÓPICA. FUENTE DE IATROGENIA

SALA "MULTIFUNCIONAL 2": CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA Y MISCELÁNEA:

Horario: 9:00-10:30am.

Moderadores: PABLO GIL YONTE / TERESA GONZÁLEZ SÁNCHEZ.

CIRUGÍA HBP:

Horario	Código	Título:
9:00-9:10	R-0127	HEPATECTOMIA CENTRAL EN PACIENTE CON METASTASIS HEPÁTICA DE CANCER DE COLON EN SEGMENTO IV : EXPERIENCIA INICIAL CON EL METODO HABIB.
9:10-9:20	R-0135	METASTASECTOMÍA SOBRE EL SEGMENTO 5 CON CLAMPAJE DEL PEDÍCULO MEDIANTE TORNIQUETE EXTRACORPÓREO POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL:

Horario	Código	Título:
9:20–9:30	R-0099	HERNIA INGUINAL DERECHA INCARCERADA REPARADA POR VÍA TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP).

CIRUGÍA DE LA MAMA:

Horario	Código	Título:
9:30-9:40	R-0157	LIPOFILLING EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

URGENCIAS, POLITRAUMA Y CRÍTICOS:

Horario	Código	Título:
9:40-9:50	R-0171	PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL SIMULANDO APENDICITIS AGUDA
9:50-10:00	R-0174	HERNIA OBTURATRIZ, TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO.

CIRUGÍA ENDOCRINA, BAZO Y RETROPERITONEO:

Horario	Código	Título:
10:00-10:10	R-0106	RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE TUMOR DE ORIGEN NEURAL RETROPERITONEAL
10:10-10:20	R-0038	ADRENALECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA CON TRES TRÓCARES
10:20-10:30	R-0033	TUMORACIÓN ESPLÉNICA VASCULAR MÚLTIPLE DE ORIGEN INCIERTO.TTO. LAPAROSCÓPICO

SALA "MULTIFUNCIONAL 3": ÚLTIMOS AVANCES TECNOLÓGICOS Y VÍAS DE EXTRACCIÓN DE PIEZAS:

Horario: 9:00-11:00am.

Moderador: CARLOS ABRIL VEGA.

Horario	Código	Título:
9:00-9:10	R-0007	MINISTRUMENTOS: TRIANGULACION CON MINIMA INVASIÓN
9:10-9:20	R-0009	HEMICOLECTOMIA DERECHA MINILAPAROSCOPICA: SIN RENUNCIAR A LA TRIANGULACION.
9:20-9:30	R-0011	COLECISTECTOMIA TRANSUMBILICAL CON MINISTRUMENTOS.
9:30–9:40	R-0117	HEMICOLECTOMIA DERECHA POR S.I.L.S.
9:40-9:50	R-0180	HEMICOLECTOMIA DERECHA POR MONOPUERTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO EN VIDEO.
9:50-10:00	R-0090	COLECTOMÍA IZQUIERDA CON EXTRACCIÓN DE LA PIEZA QUIRÚRGICA POR VÍA TRANSANAL (NOSE)
10:00-10:10	R-0006	N.O.S.E. SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y EXTRACCIÓN TRASANAL.
10:10-10:20	R-0116	RESECCIÓN ANTERIOR ALTA LAPAROSCÓPICA CON N.O.S.E.
10:20-10:30	R-0136	RESECCIÓN DE RECTO INTERESFINTERIANA LAPAROSCOPICA CON EXCISIÓN MESORECTAL TOTAL, ABORDAJE ENDOSCOPICO TRANSANAL Y ANASTOMOSIS COLOANAL MANUAL
10:30-10:40	R-0123	AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL ASISTIDA POR EL SISTEMA ROBOTICO DA VINCI EN CANCER DE RECTO EN TERCIO DISTAL.
10:40-10:50	R-0126	PANCREATECTECTOMÍA TOTAL CON ESPLENECTOMIA ASISTIDA POR SISTEMA ROBÓTICO DA VINCI.
10:50-11:00	R-0131	CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA CON QUIMIOHIPERTERMIA INTRAPERITONEAL COMO PROFILAXIS DE PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

COMUNICACIONES VÍDEO DE CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA Y COLORRECTAL:

CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA:

R-0026 PERFORACIÓN DE ESÓFAGO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Aranzana Gómez, Aurelio Fco; Nieto Moral, Carlos; Chinea Correa, Nancy; Garcia Avila, Maria; Lopez Gonzalez, Cristina; Martinez Cecilia, David; Lopez Pardo, Rafael; Fernandez Morales, Eduardo; Abad De Castro, Santiago.

INTRODUCCIÓN:

La perforación esofágica espontánea (PEE) o síndrome de Boerhaave es una entidad poco frecuente. Se define como la perforación transmural de la pared del esófago, no relacionada con traumatismos, exploraciones invasivas, patología esofágica previa o cuerpos extraños. Casi siempre se da en el lado izquierdo del tercio inferior esofágico a 2 o 3cm de la unión gastroesofágica. Independientemente de su mecanismo de producción, la perforación esofágica se considera como la más grave del tracto digestivo. Si su diagnóstico y reparación quirúrgica se retrasan, el pronóstico se ensombrece notablemente, aumentado la mortalidad del 35% al 50% pasadas las primeras 24 horas.

OBJETIVO:

Son numerosas las publicaciones escritas sobre este cuadro ,sin embargo ,dado el carácter de urgencia que precisa su resolución son escasos los videos que demuestren la técnica quirúrgica empleada en un síndrome de Boerhaave, en este caso ,mediante la realización de sutura de la perforación,en dos planos, funduplicatura anterior tipo Thal y yeyunostomía según la técnica de Wittzel.

MATERIAL Y MÉTODOS: CASO CLÍNICO:

Varón de 34 años , que acude a urgencias por un episodio brusco de dolor epigástrico, con antecedentes de provocación repetida de vómitos .Se exponen las pruebas complementarias de interés destacando analítica con leucocitosis e hiperamilasemia leve, con TAC con gastrografín que confirma la perforación esofágica a nivel esofágico inferior.

RESULTADOS: INTERVENCIÓN:

Laparotomía supraumbilical,disección de la unión esofagogástrica ,frenotomía anterior , identificando absceso mediastínico inferior secundario a perforación en cara anterior de porción esofágica distal, pleuras íntegras . Se realiza drenaje del absceso, miotomía proximal y distal a la perforación, sutura de la misma en doble plano muscular y mucoso a puntos sueltos, funduplicatura anterior 180º tipo Thal sobre la sutura esofágica, colocación de drenajes ,uno torácico, asociando yeyunostomía para alimentación según técnica de Wittzel. Evolución postoperatoria satisfactoria con control radiológico correcto antes de iniciar tolerancia con alta hospitalaria al 10º día.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico y tratamiento precoces del síndrome de Boerhaave son muy importantes ya que permiten reducir las altas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a este cuadro. Sin embargo, el diagnóstico de esta entidad muestra en general retraso en prácticamente todas las series (en la mitad de los casos el diagnóstico se realiza con más de 24 horas de evolución), siendo por tanto la sospecha clínica, apoyada en el estudio radiológico (TAC-esofagograma), las que proporcionan el diagnóstico.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0086 SIEWERT TIPO II : ESOFAGUECTOMÍA ENDOSCÓPICA.TRES TIEMPOS

Viola Malet, Marcelo; Laurini Zanola, Marcelo; Rodríguez Goñi, Pablo; Zeballos Jimenez de Aréchaga, Justino; Muniz Locatelli, Nicolás; Brito Viglione, Noelia; Canessa Sorín, César.

Introducción:

La esofaguectomía total oncológica para neoplasias de la unión esofagogástrica mediante cirugía mínimamente invasiva ha demostrado ser una alternativa válida y segura para la realización de este procedimiento. Sin embargo, este procedimiento no está implantado en la mayoria de los centros.

Objetivo:

Demostrar la técnica de una esofaguectomía total con gastrectomía polar mediante cirugía endoscópica por una neoplasia de la unión esofagogástrica tipo Siewert II.

Material y métodos:

Caso clínico: Paciente varón de 62 años diagnosticado de neoplasia de la UEG con endoscopia: Neoformación vegetante desde 43 a 33 cms. con estenosis con biopsias de adenocarcinoma,HER-2 (++). USE: T3N1. Se exponen las pruebas complementarias de interés. Se realiza tratamiento neoadyuvante con quimioterapia según protocolo NEOX, con TAC y USE con respuesta parcial al tratamiento.

Resultados:

Intervención:Toracoscopia derecha en decúbito prono, tres trócares, disección y movilización completa del esófago torácico, sección de la vena ázigos, linfadenectomía mediastínica inferior e infracarinal en bloque, con drenaje pleural. Tiempo laparoscópico, 5 trócares , gastrolisis respetando los vasos gastroepiploicos derechos, kocher amplio hasta identificar la cava, sección vascular de los vasos gástricos izquierdos en la raiz, linfadenectomía paracardial, movilización completa del estómago, laparotomía reducida subxifoidea, inicio del tiempo cervical, cervicotomía lateral izquierda con disección del esófago cervical ,sección y fijación de éste a un tubo, exteriorización de la pieza por vía abdominal, creación del tubular gástrico con cargas sucesivas de GIA, ascensión de la plastia con control laparoscópico por vía mediastínica posterior con anastomosis esófago-tubular manual, fijación del tubular a pilares con colocación de drenajes. Postoperatorio con proceso neumónico de LMD con control radiológico y clínico correcto, con estudio rx. con gastrografín al 6º día ,alta hospitalaria al 9º día postoperatorio.

Anatomía patológica definitiva: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de cardias, con afectación esofágica, que alcanza la serosa ,0 de 67 gánglios aislados. En seguimiento actualmente, completando tratamiento quimioterápico y asintomático a los 9 meses de la cirugía.

Conclusiones:

La cirugía mínimamente invasiva de las neoplasias de la UEG es una alternativa eficaz en la aproximación de este tipo de patología, debiendo cumplir siempre los criterios de radicalidad oncológicos.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0032 HERNIA DE HIATO GIGANTE CON ARTERIA HEPÁTICA IZQUIERDA ANÓMALA. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

Aranzana Gómez, Aurelio Fco; Nieto Moral, Carlos; Chinea Correa, Nancy; Fernandez Morales, Eduardo; Fraile Alonso, Iñaki; Lopez Gonzalez, Cristina; Abad De Castro, Santiago

OBJETIVOS:

Demostrar le seguridad y eficacia del abordaje laparoscópico en el tratamiento de las hernias de hiato gigantes por deslizamiento, incluso ante la presencia de una arteria hepática izquierda anómala que fuera preciso preservarla ,lo que dificulta en gran medida técnicamente su resolución mediante este abordaje.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Caso clínico: Varón de 52 años sin AP de interés, estudiado en Digestivo por cuadro de intolerancia digestiva progresiva con diagnóstico de hernia de hiato gigante mixta por deslizamiento con semivolvulación gástrica, se presentan las exploraciones complementarias de interés.

RESULTADOS:

Intervención: Abordaje laparoscópico completo, hernia de hiato gigante que contiene fundus y cuerpo parcialmente volvulados, reducción completa del contenido que es viable, evidenciando arteria hepática izquierda rama de la arteria gástrica izquierda, de grueso calibre, disección completa del hiato , exponiendo suficiente esófago abdominal, ambos vagos y pilares hasta crura , éstos de buena consistencia, resección completa del saco preservando la arteria hepática izquierda, hiatorrafia tutorizada anterior y posterior sobre parches de teflón, sección de vasos cortos ,Nissen corto, también tutorizado fijado al esófago y ambos pilares, con colocación de drenaje mediastínico. Postoperatorio con derrame pleural izquierdo que no precisó drenaje e ingesta al día siguiente tras EGD con gastrografín normal,alta hospitalaria al 3º día.

CONCLUSIONES:

El abordaje laparoscópico es una alternativa válida en el tratamiento de las hernias de hiato de gran tamaño, la dificultad técnica de este procedimiento ,incrementada por la existencia de anomalías vasculares no contraindica este tipo de abordaje.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0047 MEGAESÓFAGO POR ACALASIA DE LARGA EVOLUCIÓN.MIOTOMÍA EXTENDIDA DE HELLER LAPAROSCÓPICA

Aranzana Gómez, Aurelio Fco; Nieto Moral, Carlos; Chinea Correa, Nancy; Fraile Alonso, Iñaki; Buitrago Sivianes, Soledad; De Julian Fernandez Cabrera, Zoe; Garcia Avila, Maria; Lopez Pardo, Rafael; Fernandez Morales, Eduardo; Abad De Castro, Santiago

Introducción:

La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago, se caracteriza por un aumento de las presiones del EEI, con imposibilidad de relajación completa del mismo y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico. El tratamiento de esta patología ha evolucionado, pasando por el tratamiento médico farmacológico, endoscópico con dilatación, quirúrgico convencional con abordaje torácico o abdominal y últimamente con abordaje toracoscópico o laparoscópico asociado a procedimiento antirreflujo; este último es el que ha mostrado los mejores resultados en cuanto a morbimortalidad y recidivas, siendo hoy día el tratamiento mas indicado.

Material y métodos.

Caso clínico: Presentamos el video de la intervención de un paciente varón de 62 años con una acalasia de larga evolución, que presentaba una marcada dilatación esofágica en el EGD preoperatorio (megaesófago).Se aportan las pruebas complementarias de interés.

Resultados:

Intervención quirúrgica: abordaje laparoscópico completo con 5 trócares, disección del hiato esofágico, identificación del vago anterior, miotomía extramucosa de Heller amplia, extendida de más de 10 cm medida incluyendo 3 cm distales a la UEG comprobación con sonda y azul de metileno del buen paso e integridad de la mucosa esofágica, asociando un antirreflujo anterior tipo Dor fijada a los pilares. Ingesta al día siguiente tras control Rx . con gastrografín. Alta al 3º día postoperatorio. Asintomático y con control radiológico correcto a los 10 meses de la cirugía.

Conclusión:

El abordaje laparoscópico es de elección en el tratamiento quirúrgico de la acalasia, siendo la miotomía de Heller extendida asociada a una técnica antirreflujo. La longitud de la miotomía, especialmente debajo de la UEG es uno de los aspectos más importantes de la cirugía, la mayoría de los autores recomiendan que la miotomía se extienda 1-2 cm en el estómago, nosotros al igual que Pellegrini proponemos ampliar la miotomía hasta 3 cm por debajo de la UEG para conseguir una disrupción efectiva del EEI.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0080 GRAN HERNIA HIATAL RECIDIVADA TRAS PEXIA GÁSTRICA .TTO. LAPAROSCÓPICO DEFINITIVO

Aranzana Gómez, Aurelio Fco; Chinea Correa, Nancy; Nieto Moral, Carlos; Fraile Alonso, Iñaki; Buitrago Sivianes, Soledad; Martinez Cecilia, David; Fernández Morales, Eduardo; Abad De Castro, Santiago.

INTRODUCCIÓN-OBJETIVOS:

Las hernias de hiato gigantes mixtas con componente paraesofágico son hernias de difícil corrección quirúrgica, el abordaje laparoscópico de éstas implica una mayor experiencia del equipo quirúrgico, dada la complejidad que conlleva su manejo, siendo la recidiva una complicación que ni el uso de mallas en esta cirugía ha podido evitar. En pacientes de muy alto riesgo qco., la pexia anterior gástrica (BOEREMA), puede ser una alternativa para tratar o paliar los síntomas de estas grande hernias hiatales, aunque la frecuencia de recidiva con esta técnica es muy elevada.

Material y métodos. CASO CLÍNICO.

Mujer de 74 años, con antecedentes psiquiátricos (Sd. Diógenes),desnutrición severa,DM,HTA. Diagnosticada de hernia de hiato gigante, mixta por deslizamiento, con componente paraesofágico por semivolvulación gástrica con episodios de incarceración, se aportan las pruebas complementarias de interés. Ingresa por cuadro de volvulación gástrica, se coloca SNG e instaura nutrición parenteral, decidiendo tto. Qco, realizando abordaje laparoscópico, donde se realiza reducción completa del contenido herniario, con pexia anterior gástrica a pared. Postoperatorio correcto inicial, con EGD de control normal a los 6 meses y buena tolerancia oral. Posteriormente, presenta recidiva completa de su hernia y nuevo cuadro de semivolvulación gástrica con vómitos e intolerancia a la ingesta. En este momento la paciente se encuentra en mejores condiciones generales, decidiendo tto. Qco. Definitivo.

Resultados .Intervención.

Abordaje laparoscópico completo, 5 trócares, recidiva completa de hernia de hiato gigante que contiene la casi totalidad del estómago, retirada de ptos . de fijación previa de la pexia, reducción del contenido, disección del hiato esfágico, exponiendo suficiente esófago abdominal, ambos pilares hasta crura y vagos, resección completa del saco herniario, hiatorrafia tutorizada sobre parches de teflón, Nissen fijado a pilares, drenaje intramediastínico. Postoperatorio correcto, encontrándose asintomática y con EGD de control sin recidiva al año de la intervención.

Conclusiones.

El abordaje laparoscópico de las grandes hernias de hiato con intención curativa en pacientes de alto riesgo puede ser una alternativa válida en la aproximación quirúrgica de esta patología.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0031 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TRICOBEZOAR GÁSTRICO DE GRAN TAMAÑO

Aranzana Gómez, Aurelio Fco; Nieto Moral, Carlos; Buitrago Sivianes, Soledad; Garcia Avila, Maria; Chinea Correa, Nancy; Fraile Alonso, Iñaki; Abad De Castro, Santiago.

INTRODUCCIÓN:

Los bezoares son colecciones de material extraño indigerible, acumulables en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, de preferencia en estómago. Los tricobezoares corresponden a bezoares compuestos por pelos,se manifiestan en pacientes con alteraciones psicológicas(tricotilomanía).Éstos pueden prolongarse desde el estómago hacia el intestino delgado, constituyendo el síndrome de Rapunzel. Esta presentación corresponde a la más severa de un tricobezoar, siendo potencialmente fatal.

OBJETIVO:

Hasta ahora son 44 los casos publicados a nivel mundial de sd. de Rapunzel,sin embargo son escasos los videos que demuestren la técnica empleada,como el que mostramos. Consideramos de interés comunicar el caso por su rara ocurrencia, su potencial gravedad, pudiendo llegar a ser fatal y constituir una emergencia quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: CASO CLINICO

Mujer de 15 años de edad, sin antecedentes de interés, estudiada en medicina interna por cuadro de edemas en relación con hipoalbuminemia y deposiciones diarreicas. Se exponen las pruebas complementarias de interés, destacando: gastroscopia donde se identifica bezóar gástrico que impide progresión al duodeno, por lo que se realiza TAC que identifica bezóar obstructivo con extensión distal al ángulo de Treitz. Reinterrogada la paciente reconoce tricotilomanía, siendo valorada por psiquiatría.

RESULTADOS: INTERVENCION QUIRÚRGICA:

Laparotomía media,tumoración intragástrica que ocupa prácticamente todo el estómago con extensión distal al duodeno ,prolongándose hasta primer asa yeyunal, gastrotomía sobre cara anterior de unón corporoantral, extracción completa e íntegra de tricobezoar gigante gastroyeyunal, incluyendo su cola, cierre de la gastrotomía. revisión del resto de intestino sin evidenciar tricobezoares distales sincrónicos. Evolución postquirúrgica con infección de la herida. Alta hospitalaria al 7º día postoperatorio, la paciente sigue controles en el Servicio de Psiquiatría encontrándose asintomática en el momento actual.

CONCLUSIONES:

El tricobezoar tipo Rapunzel es una entidad muy infrecuente con variada manifestación. El método diagnóstico de elección es la endoscopia digestiva alta, que permite visualizar el bezoar y confirmar su composición.Es conveniente completar el estudio con TAC para determinar el grado de extensión del mismo y descartar otras lesiones sincrónicas distales. El tratamiento de elección es el quirúrgico, dada la dificultad para su extracción por métodos endoscópicos. El seguimiento de estos pacientes y el tratamiento de la patología de base permitirán disminuir su recurrencia.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0085 CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ.LINFADENECTOMÍA D1+ Y ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA MECÁNICA POR LAPAROSCOPIA

Aranzana Gómez, Aurelio Fco; Chinea Correa, Nancy; Nieto Moral, Carlos; Fraile Alonso, Iñaki; García Avila, María; Fernández Morales, Eduardo; López Pardo, Rafael; Abad De Castro, Santiago; Buitrago Sivianes, Soledad

INTRODUCCIÓN:

Actualmente, el abordaje laparoscópico no está implantado en la mayoría de los servicios para el tratamiento de los pacientes con cáncer gástrico, debido a que deben cumplirse los mismos criterios oncológicos que en la cirugía laparotómica tradicional con una mayor dificultad técnica , tanto en la linfedenectomía como en la resección- anastomosis,lo que conlleva una mayor curva de aprendizaje y posiblemente morbilidad.

OBJETIVOS:

Demostrar la seguridad y eficacia del abordaje laparoscópico en el tratamiento de pacientes seleccionados con cáncer gástrico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Caso clínico: Mujer de 48 años con AP: Cirugía de adenoma hipofisario, cefalea en tto. Estudiada en Medicina Interna por anemia leve sin otra sintomatología acompañante. EDA: Úlcera prepilórica de cara anterior, de 1.5 cms. con biopsias de Adenocarcinoma. ECOENDOSCOPIA: lesión plana, ulcerada con afectación de la submucosa que corresponde a un engrosamiento parietal de 8 mm, estadío T1b; sin adenopatías , marcaje proximal con tinta, no líquido libre. Estudio de extensión negativo. Presentado en Comisión multidisciplinar de tumores, se plantea cirugía de entrada mediante abordaje laparoscópico.

RESULTADOS:

Intervención quirúrgica: Abordaje laparoscópico completo: 5 trócares, marcaje de con tinta a nivel del borde superior de antro hacia cara posterior, citología tras lavado con 100 cc de SF, movilización gástrica sin resección de epiplón, gastrectomía subtotal con linfadenectomía D1+(según la nueva clasificación Japonesa), con anastomosis gastroentérica en ¨Y´ de Roux mecánica intracorpórea. Ingesta al 3º día postoperatorio con alta hospitalaria al 5º. Anatomía patológica definitiva: pT1bN0(0 de 28 ganglios aislados).Citología negativa.

CONCLUSIÓN:

La gastrectomía subtotal oncológica laparoscópica es una alternativa válida y segura en pacientes seleccionados con cáncer gástrico precoz.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0078 GASTRECTOMÍA SUBTOTAL DISTAL LAPAROSCÓPICA CON LINFADENECTOMÍA D2

Viola Malet, Marcelo; Rodríguez Goñi, Pablo; Laurini Zanola, Marcelo; Castelli Misa, Fernando; Muniz Locatelli, Nicolás; Pereyra Cosco, Joaquín; Brito Viglione, Noelia

OBJETIVO:

Mostrar un video de nuestra experiencia en la Gastrectomía Laparoscópica con Linfadenectomía D2 en el cáncer gástrico localmente avanzado.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer gástrico es el segundo cáncer más común en el mundo; su incidencia varía de un país a otro, siendo muy alta en Chile, Japón, China y Costa Rica. Es un cáncer de predominio masculino (2,5:1); en la séptima y octava década. En Uruguay 6,4 a 14,26/100.000hab, con una mortalidad de 4,79 a 11,37/100.000hab.

El pronóstico está en directa relación con el estadio al momento del diagnóstico. La sobrevida depende del grado de profundidad y compromiso ganglionar. Presentación en estadios precoces menos del 20%; los demás padecen enfermedad metastásica regional o distante; 50% ganglios positivos al momento del diagnóstico. La sobrevida global a cinco años entre 0% hasta casi 50-60% en estadios precoces.

El tratamiento quirúrgico laparoscópico del cáncer gástrico localmente avanzado está demostrando ser una herramienta excelente para el tratamiento de esta neoplasia. Ofrece seguridad oncológica, permitiendo realizar resecciones igual o más extensas que la cirugía laparotómica. Técnicamente requiere un entrenamiento y curva de aprendizaje amplios para hacerla posible.

Cuando se emprende una cirugía con intención curativa para el cáncer gástrico localmente avanzado, esta debe cumplir dos premisas fundamentales de radicalidad oncológica, lograr una resección R0 y una linfadenectomía D2. Ésta actualmente es considerada la linfadenectomía standard con criterio curativo, excluyendo los ganglios del grupo 11d y 10 cuya resección aumenta la morbilidad y no mejora la sobrevida ni el tiempo libre de enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso clínico de una paciente de 42 años, con una historia de corta evolución dada por dolor epigástrico, adelgazamiento y anemia. En la fibrogastroscopía se objetiva una lesión ulcerada de 35mm sobre pequeña curva gástrica. La TC descartó la presencia de elementos de irresecabilidad y de incurabilidad.

COMENTARIOS:

Creemos que la Gastrectomía distal con linfadenectomía D2 es un procedimiento factible de realizar por cirugía laparoscópica, que requiere un entrenamiento y una curva de aprendizaje importantes, que permite respetar las premisas de radicalidad oncológica.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0008 REGASTRECTOMIA TUBULAR LAPAROSCÓPICA. UN TRATAMIENTO EFICAZ PARA LA GASTROPARESIA POSTGASTRECTOMÍA ONCOLÓGICA.

Toledano Trincado, Miguel; Sánchez González, Javier; Martin Esteban, Maria Luz; Blanco Antona, Francisco; Colao García, Laura; Martin Del Olmo, Juan Carlos

OBJETIVOS:

El síndrome de gastroparesia postgastrectomía tiene una incidencia de hasta el 5%. La pérdida de control parasimpátrico tras vagotomía es la causa más frecuente. Hay evidencia de que la gastroparesia es mayor en enfermos con antrectomía asociada a reconstrucción en Y de Roux sin vagotomía. La regastrectomía total para estos enfermos parece la mejor solución (80%), por el contrario en los casos de gastroparesia idiopática o diabética hay que ser más conservadores. Proponemos en el video la gastrectomía tubular (sleeve) como solución a este problema.

MATERIAL Y METODOS:

En el video describimos el caso clínico de un varón de 39 años, intervenido de Adenocarcinoma gástrico en antro, con Gastrectomía Subtotal Laparoscópica con linfadenectomía D1α. (pT3pN0). A los 30 meses del seguimiento presenta hiporexia, vómitos, dolor epigástrico y pérdida de peso. En el estudio Gastroduodenal presenta gran dilatación del remanente gástrico, con Reflujo gastroesofágico. La PhMetría es patológica para reflujo ácido y la manometría del EEI es normal. Tras comprobar con marcadores tumorales, TAC y PET la ausencia de patología tumoral y el buen paso de la anastomosis en la gastroscopia se realiza Gastroplastia Tubular laparoscópica.

RESULTADOS:

Hemos realizado este procedimiento en 3 ocasiones, 2 sobre Gastrectomías subtotales con reconstrucción en Y de Roux y otro sobre Gastrectomía ¾ con reconstrucción Billroth II. Los síntomas de dolor, hinchazón, vómitos y reflujo han desaparecido con un seguimiento medio de 1 año (3-18 meses). Aparecen síntomas tolerables causados por la restricción gástrica. El índice de satisfacción tras la cirugía de estos enfermos es bueno 4.7 (Escala 1-5)

CONCLUSIONES:

La regastrectomía tubular en pacientes con gastroparesia tras gastrectomía parcial, una vez comprobada la ausencia de lesión del nervio vago, la estenosis de la anastomosis y la hipotonía del esfínter esofágico inferior, puede ser eficaz para la corrección de los síntomas, evitando la morbi-mortalidad que implica la regastrectomía total.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

CIRUGÍA COLORRECTAL:

R-0082 COLECTOMÍA DERECHA VIDEOASISTIDA

Viola Malet, Marcelo; Laurini Zanola, Marcelo; Rodríguez Goñi, Pablo; Zeballos Jiménez de Aréchaga, Justino; Muniz Locatelli, Nicolás; Brito Viglione, Noelia; Canessa Sorín, César

OBJETIVO

Mostrar un video de una Colectomía derecha videoasistida por cáncer de colon localmente avanzado T3N0M0.

ANTECEDENTES

El advenimiento de la cirugía laparoscópica ha tenido un gran impacto en la cirugía gastrointestinal en los últimos 20 años; siendo ésta el desarrollo técnico más importante en cirugía colorrectal de los últimos 10 años, teniendo un impacto significativo en la formación y resultados de esta cirugía.

El entusiasmo observado con la colecistectomía laparoscópica se vio limitado en la cirugía laparoscópica intestinal por varios factores: trabajo en distintos campos del abdomen, visión limitada del retroperitoneo, extracción de una pieza voluminosa y necesidad de realizar anastomosis.

Las publicaciones de trabajos prospectivos randomizados en las cuales no se observó una diferencia en el pronóstico de los pacientes, hizo resurgir el interés por el acceso laparoscópico del cáncer colorrectal.

Hoy en día el abordaje laparoscópico del cáncer colorrectal es una realidad y existen fundamentos sólidos que éste no compromete los principios oncológicos y presenta beneficios respecto al abordaje abierto. Dados por el hecho de acompañarse de un trauma quirúrgico menor, traducido en un menor uso de analgésicos, menor íleo postoperatorio, estadía hospitalaria más breve y reintegro social y laboral más rápido.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos el caso clínico de una paciente de 57 años, que presenta una historia de 8 meses de evolución de anemia, en tratamiento con hierro por vía oral. Se le realiza una fibrocolonoscopía que muestra una lesión polimitótica, ulcerada y vegetante, que ocupa 2/3 de la luz del ángulo hepático del colon. La biopsia confirmó que se trataba de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon. La TC muestra un engrosamiento parietal irregual del colon, próximo al ángulo hepático, en una extensión de unos 3cm, que estenosa parcialmente la luz del órgano. No hay adenomegalias regionales. Hígado sin lesiones. No hay líquido libre peritoneal ni lesiones a éste nivel.

COMENTARIOS

A través de nuestra experiencia en cirugía laparoscópica creemos que ésta es una cirugía factible de realizar en nuestro medio y segura del punto de vista técnico.

Respecto a la radicalidad oncológica ésta no se ve comprometida por utilizar este abordaje. En nuestra paciente los márgenes de resección estaban libres de tumor (R0), la pieza incluyo 14 ganglios, siendo todos negativos. Se trataba de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, sin linfo ni angioinvasión.

R-0050 OCLUSIÓN COLÓNICA POR ENDOMETRIOSIS VÍA LAPAROSCÓPICA

Blanco Álvarez, J. Ignacio; Sarmentero Prieto, J.Carlos; Asensio Díaz, Enrique; Martínez Díaz, Ruth; Gonzalo Martín, Marta; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalia; Mambrilla Herrero, Sara

INTRODUCCIÓN

La endometriosis de la unión rectosigmoidea como foco ectópico de tejido endometrial, se manifiesta en forma de rectorragias coincidiendo con la menstruación o días antes. Se presenta un video en el que la endometriosis es tan importante que causa una verdadera obstrucción rectal debiendo tomar decisiones urgentes y diferidas a la vez.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 39 años diagnosticada hace 10 años de endometriosis unión rectosigmoidea por rectoscopia con biopsia positiva para receptores progesterona en la muestra estroma glandular. Asimismo presenta útero polimiomatoso y endometrioma ovario izquierdo. Intervenida por Ginecología para exéresis 2 miomas de 7cm y endometrioma, quedando pendiente RMN pélvica y pancolonoscopia por Cirugía para completar estudio e incluirla en lista espera no encontrando otros focos de endometriosis.

RESULTADOS

La paciente acude a Urgencias ocluida optando por endoprótesis autoexpansiva para diferir la cirugía, pero la endoprótesis no es efectiva a pesar de estar correctamente colocada al no existir una estenosis concéntrica si no excéntrica de la luz rectal. Se prepara para cirugía electiva laparoscópica con dieta absoluta 8 días y solución Böhm tolerando sólo la mitad y vomitando repetidas veces, precisando irrigaciones. El video muestra la dificultad de la resección anterior baja al estar asas dilatadas y colon transverso con solución limpiadora, precisando bajar más la disección rectal por tener que librar la endoprótesis, transformándose en una anastomosis chequeada a 6 cm del ano. Se protege la anastomosis con sellante de fibrina. A las 3 horas postcirugía comienza con dolor y drenaje abundante color grisáceo siendo diagnosticada de peritonitis fecaloidea por dehiscencia anastomótica parcial interviniéndose de urgencias esa misma tarde. Sutura puntos sueltos fuga, lavados abundantes y colostomía en asa protección FII. Pasa a REA donde la paciente precisó drogas vasoactivas y hemofiltro por FMO durante 48h. Traslado a planta donde, tras complicaciones menores, es alta 38 días después del ingreso.

CONCLUSIONES

Las endoprótesis autoexpansivas sólo sirven para estenosis concéntricas de tumores de origen colorrectal y no así para tumoraciones que crecen de manera asimétrica o excéntricamente hacia la luz estenosando la prótesis. Esta cirugía laparoscópica con las dificultades añadidas de la distensión de asas de delgado y mal manejo pieza ocupada por la prótesis y el colon semiobstruido, sólo debe ser realizada por cirujanos expertos en laparoscopia avanzada. El fallo tan precoz de la grapadora circular hace pensar también en un posible defecto de la máquina a pesar de la prueba de estanqueidad correcta.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0052 DIVERTICULITIS CRÓNICA SIGMOIDEA LAPAROSCÓPICA. FUENTE DE IATROGENIA

Parra López, Romina; Eldabe Mikhail, Adel; Álvarez Rico, Miguel; Gil Laso, Iván; Rodrigo Amador, Vidina; Palomo Luquero, Alberto; González Martínez, Lucía; Valero Cerrato, Xandra; Zambrano Muñoz, Rocío; Seco Gil, Juan Luis

OBJETIVO

La diverticulitis crónica habitualmente localizada en colon sigmoide es una patología muy frecuente que se observa a edades más tempranas y que vemos en nuestros hospitales a diario. Si bien, la mayoría de pacientes, una vez cedido el brote o los brotes, no ven razones de peso para pasar por el quirófano, a otros, en cambio, no les queda otra opción, ya sea urgente o programadamente, como este caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 39 años, varón, ingresado en Cirugía con tres brotes diagnosticados de diverticulitis sigmoidea en los últimos 5 años que precisaron antibiótico intravenoso intensivo y dieta absoluta varios días. El paciente nunca estuvo libre de molestias intercrisis ya que nota siempre algún tipo de dolor en fosa ilíaca izquierda, pinchazos, pesadez, heces filiformes, etc…

El paciente está estudiado mediante pruebas dirigidas a completar la localización, alcance y diagnóstico exacto de su dolencia como se muestra en el video: TAC, enema opaco y colonoscopia cuando la inflamación había cesado y su estado lo permitió ambulatoriamente. El paciente presentó perforación sigmoidea en un brote con colección purulenta emplastronada y que lentamente desapareció según sucesivos TAC de control. El video muestra los pasos de la cirugía laparoscópica y la iatrogenia resultante sobre el conducto deferente izquierdo por la anatomía alterada 2ª al plastrón inflamatorio, diagnóstico y tratamiento con el sellador de vasos una vez descartada lesión ureteral izquierda. El paciente es alta al 7º día sin complicaciones.

CONCLUSIONES

La vía laparoscópica está estandarizada para sigmoidectomía por diverticulitis crónica siempre que Anestesia no contraindique por otros motivos, pero, los brotes alteran la anatomía de la pelvis de tal manera que las lesiones iatrógenas se pueden elevar considerablemente. Para evitar esto, el cirujano laparoscopista siempre ha de tener presente la decisión de conversión sin obcecarse en completar el procedimiento por vía laparoscópica. La lesión del deferente en una pelvis casi “congelada” en el lado izquierdo, fue favorecida por adhesión de la vejiga por completo al proceso inflamatorio crónico formando parte del plastrón junto con intestino delgado y apéndice cecal, de tal manera que el fondo del saco de Douglas había desaparecido, como se observa en el video convirtiendo la región en un magma inflamatorio, pétreo y sanguinolento. Esta cirugía precisa una curva de aprendizaje importante. Las ventajas son obvias en cuanto a estancia media, infección de herida quirúrgica, consumo de analgésicos y deambulación precoz frente a la cirugía clásica.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

COMUNICACIONES VÍDEO CIRUGÍA HEPATO-BILIO-PANCREÁTICA

R-0127 HEPATECTOMIA CENTRAL EN PACIENTE CON METASTASIS HEPÁTICA DE CANCER DE COLON EN SEGMENTO IV: EXPERIENCIA INICIAL CON EL METODO HABIB.

Duarte Llanos, Maritza; Bretcha Boix, Pere; Farré Alegre, José

INTRODUCCIÓN:

La hepatectomía central es una de las técnicas hepáticas más complejas y demandantes. El método del Dr. Habib basado en la ablación mediante radiofrecuencia de la línea de sección facilita el procedimiento.

OBJETIVO:

Mostrar nuestra experiencia en 2 casos de hepatectomia central usando el dispositivo 4X Habib. Asimismo analizar la morbilidad asociada.

MATERIAL Y METODO:

Caso1: varón 77 años con antecedente de hemicolectomia derecha T2N0M0 k-ras mutado en 2007. Metástasis hepáticas en octubre siendo tratado con Folfox. En febrero 2009 progresión y se trató con Irinotecan. 2010 la Resonancia Magnética muestra Metástasis en segmento IV b de 5.5 cm en contacto con vena suprahepatica media y a escasos milímetros de ramas portales principales.

Caso 2: mujer 64 años con carcinoma indiferenciado vesícula biliar T4N+M1 (axila izquierda). MRI tumoración 9x6x6 cm en segmento IVb-V que implica v. supra-hepática media y entre ramas portales sin contacto directo. Realiza IMRT 45 Gy + Carboplatino-Taxol.

En ambos casos se realiza incisión en J, movilización hepática, ecografía intraoperatoria y se practica ablación de la línea de sección con múltiples aplicaciones del dispositivo y sección con bisturí frío. No se realizan maniobras de Pringle ni suturas ni otros métodos hemostáticos.

RESULTADOS:

No hubo complicaciones intraoperatorias ni transfusión de hemoderivados. El tiempo quirúrgico fue de 270 y 220 minutos. La alteración enzimática fue leve en los dos casos y transitoria. La estancia hospitalaria de 9 y 6 días respectivamente. Los márgenes quirúrgicos en la anatomía patológica fueron negativos.

CONCLUSION:

La resección central hepática mediante el dispositivo 4X Habib ha mostrado ser factible, segura y sin complicaciones asociadas. Así mismo ha demostrado ser más costo-efectiva que la cirugía estándar.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0135 METASTASECTOMÍA SOBRE EL SEGMENTO 5 CON CLAMPAJE DEL PEDÍCULO MEDIANTE TORNIQUETE EXTRACORPÓREO POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

Martín Acebes, F.; Sánchez Manuel, J.; Parra López, R.; De la Plaza, M.; García Plata, E.; Juez , J. M.; Seco , J. L.

OBJETIVO:

La cirugía laparoscópica para órganos sólidos ha ido aumentando de forma importante en los últimos años. En el caso de la cirugía hepática, además de las dificultades técnicas propias para realizar resecciones hepáticas, el hecho de existir riesgo de hemorragia intraoperatoria grave, así como el teórico riesgo de embolia gaseosa debida al neumoperitoneo ha hecho que la introducción de la vía laparoscópica se haya establecido de forma lenta durante estos últimos años.

Se presenta el video de una resección por vía laparoscópica de una metástasis de origen colo-rectal sobre el segmento 5, adyacente a vesícula, utilizando como método de clampaje del pedículo hepático un torniquete extracorpóreo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un paciente varón de 67 años de edad intervenido en julio de 2011 de una neoplasia de sigma en estadio pT3N0 y en el que se realizó resección por vía laparoscópica. El paciente recibió quimioterapia posterior según esquema Capox con 6 ciclos. En seguimiento por Oncología se detecta metástasis en el segmento 5 en TAC realizado en octubre de 2012. Después de realizar RM hepática y PET, el paciente es programado para resección laparoscópica.

RESULTADOS:

Se realiza abordaje laparoscópico con cinco puertas de entrada con ecografía intraoperatoria laparoscópica para marcar límites de resección. Para el clampaje del pedículo hepático se utiliza un método de torniquete extracorpóreo mediante sonda rectal e hiladillo, exteriorizado por el flanco izquierdo, con los detalles técnicos que se observan en el video. Como método de transección hepática se utiliza ligasure + pinza bipolar. La extracción de la pieza se realiza con bolsa, a través de una incisión de Pfannestiel (utilizada en la cirugía del colon previa). Se colocan dos placas de tachosil vía laparoscópica.

CONCLUSIONES:

La vía laparoscópica se ha mostrado como una técnica viable y segura para resecciones de determinadas metástasis hepáticas, sobre todo sobre segmentos anteriores. El método del torniquete extracorpóreo nos parece interesante para realizar el clampaje del pedículo hepático en el caso de que sea necesario, ya que para su aplicación no es necesario perder de vista el campo operatorio ni introducir nuevo instrumental que obligue a cambiar el que se está utilizando en esos momentos.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

COMUNICACIONES VÍDEO CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL:

R-0099 HERNIA INGUINAL DERECHA INCARCERADA REPARADA POR VÍA TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP).

Parra López, Romina; Reoyo Pascual, Felipe; Gil Laso, Iván; Rodrigo Amador, Vidina; Palomo Luquero, Alberto; González Martínez, Lucía; Valero Cerrato, Xandra; Zambrano Muñoz, Rocí; Seco Gil, Juan Luis

OBJETIVO:

Hernia inguinal derecha incarcerada reparada por vía transabdominal preperitoneal (TAPP).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 37 años que acude a urgencias por abdominalgia intensa localizada en hipogastrio y región inguinal derecha y vómitos alimenticios. A la exploración, abdomen muy doloroso en región inguino-cural derecha dónde se palpa una tumoración indurada que no se consigue reducir manualmente. En ecografía urgente, se identifica un saco herniario con asa dilatada en su interior con ausencia de peristaltismo. Con doppler color se aprecia aumento de la vascularización de la pared en relación con hiperemia y liquido libre en el saco herniario, compatible con hernia inguino-crural derecha incarcerada. Dada la edad de la paciente y su buen estado general, se decide reparar por vía laparoscópica de forma transabdominal y preperitoneal (TAPP).

RESULTADOS:

Tras objetivar una hernia inguinal derecha indirecta incarcerada, se reduce el contenido herniario observando un segmento de unos 7 cm de asa de intestino delgado congestiva, que se va recuperando tanto en motilidad como en coloración, por lo que tras vigilarla durante la cirugía, se decide no resecar. A continuación se crea el flap peritoneal y se reduce el saco herniario previa sección del ligamento redondo. Se procede a la hernioplastia con malla de polipropileno fijada con takers y se cierra el flap peritoneal.

Al tercer día postoperatorio la paciente fue dada de alta sin ningún tipo de complicación.

CONCLUSIONES:

El tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal fue descrito por Schultz *et al* en 1990 y se ha ido extendiendo rápidamente por todo el mundo. En comparación con la técnica convencional, el TAPP ha demostrado una reducción en el dolor postoperatorio y por lo tanto una recuperación más confortable y rápida de los pacientes. Las complicaciones más temidas son la incarceración y el estrangulamiento. La probabilidad de incarceración varía desde 0,29 - 2,9%. La necrosis intestinal se produce en aproximadamente el 10-15% de las hernias incarceradas. Hasta hace bien poco, el tratamiento quirúrgico se ha realizado de forma abierta, siendo el abordaje laparoscópico una contraindicación relativa. Actualmente existen datos que nos sugieren que la vía laparoscópica es una opción viable: permite evaluar durante la reparación herniaria la viabilidad intestinal, detectar si existe hernia contralateral u otra patología abdominal y reparar las mismas. Además de mejorar la calidad de vida del paciente, un alta hospitalaria precoz, un tiempo menor de convalecencia y una más pronta reincorporación a la actividad laboral.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

COMUNICACIONES VÍDEO DE CIRUGÍA DE LA MAMA:

R-0157 LIPOFILLING EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Rupérez Arribas, Pilar: Cuezva Guzman, José Félix; Tieso Herreros, Adolfo; Sanambrosio Beirán, Enrique; Pardo Garcia, Ricardo; Cachón Esteban, Ruth: San José Borreguero, Ana María; Fernández Fernández, Luis; Martínez Guillén, José; Pellicer Espligares, José Luis

INTRODUCCIÓN:

La reconstrucción de la mama tras el tratamiento quirúrgico por cáncer de mama ha evolucionado desde su inicio con distintas técnicas oncopoplásticas, expansores, colgajos miocutáneos. Presentamos una herramienta complementaria para corregir defectos cosméticos ocasionados tras los distintos tratamientos. El injerto de grasa autóloga descrito por Coleman en 1990 es una alternativa para la reconstrucción mamaria que minimiza los defectos y presenta pocos efectos secundarios

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 59 a de edad diagnosticada de Ca ductal infiltrante de mama derecha, en CSI. Se realizó tumorectomía y biopsia del ganglio centinela. Recibió radioterapia y braquiterapia. Tamaño 14 mm, Con receptores estrogénicos positivos y de progesterona negativos, Ganglio centinela negativo. Se administraron 4 ciclos CMF y 4 de taxanos. Actualmente en tratamiento con inhibidores de la aromatasa. Durante el seguimiento presenta deformidad en CSI de mama derecha. Para corregir el defecto se trasplanta grasa autóloga de abdomen con la técnica de lipofilling.

RESULTADO:

Utilizamos la técnica de lipofilling obteniendo grasa autólaga de abdomen. Se realizó bajo anestesia general. Se trasplantaron 160cc de grasa. El tiempo de la intervención fue de 90 minutos. La paciente permaneció ingresada en observación 24h. Con un seguimiento de 1 mes tras la técnica. La enferma está satisfecha con los resultados.

DISCUSIÓN:

El trasplante de células adiposas autólogas es una técnica consolidada. Se puede hacer con anestesia local en régimen de CMA. La grasa autóloga, se centrifuga a baja presión y tras su procesado se reinyecta con microcánulas en la zona deforme. Da lugar a la regeneración de áreas afectadas suelta las cicatrices y proporciona elasticidad a los tejidos

CONCLUSIÓN:

El autotrasplante de grasa consigue una remodelación de los defectos que se han producido por el tratamiento quirúrgico y la radioterapia. Es una técnica asequible para los cirujanos generales que se dediquen a la patología mamaria

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

COMUNICACIONES VÍDEO URGENCIAS, POLITRAUMA Y CRÍTICOS:

R-0171 PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL SIMULANDO APENDICITIS AGUDA

Benavides de la Rosa, Diana Fernanda; Herreros Rodríguez, José; Gómez López, Juan Ramón; Merino Peñacoba, Luis María; Moreno Racionero, Francisca; Hermosín Peña, Antonio; Abril Vega, Carlos; Romero de Diego, Alejandro; Ferreras García, Carlos; Beltrán de Heredia y Rentería, Juan

INTRODUCCIÓN

El Divertículo de Meckel (DM) es la malformación congénita más frecuente del aparato gastrointestinal. Se presenta aproximadamente en el 2 % de la población, en relación 2:1 entre hombres y mujeres. Sus complicaciones se presentan de un 4% a 16% en forma de sangrado, oclusión, inflamación, intusucepción, neoplasia o perforación. La perforación por un cuerpo extraño es infrecuente y generalmente simula una apendicitis perforada. Su diagnóstico prequirúrgico es difícil siendo un hallazgo habitualmente quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un hombre de 62 años que consulta por cuadro de dolor abdominal de 4 días de evolución localizado en fosa iliaca derecha, de características peritoníticas. Cuadro de dolor similar, meses atrás, que cedió espontáneamente. No vómito, fiebre. Como antecedentes médicos de interés refiere flutter auricular y fibrilación auricular paroxística. Intervenido de fístula arteriovenosa post-cateterismo y neumotórax. A la exploración abdominal encontramos dolor en fosa iliaca derecha, con defensa y signos de irritación peritoneal. La analítica es normal excepto por desviación a la izquierda en el hemograma. Se realiza ecografía abdominal que informa: engrosamiento de víscera hueca sin identificar claramente el apéndice, mínima cantidad de líquido libre. Ante la sospecha de peritonitis localizada de probable origen apendicular se lleva paciente a quirófano para realizar intervención por laparoscopia. Se encuentran asas de delgado adheridas al peritoneo parietal de la pared abdominal anterior que al ser liberada exponen colección purulenta en relación con perforación puntiforme de DM por cuerpo extraño sugestivo de espina de pescado. Se realiza extracción de cuerpo extraño, resección de divertículo con GIA incluyendo la perforación y apendicectomía. El paciente evoluciona satisfactoriamente en planta con buena tolerancia, deambulación precoz y adecuado tránsito intestinal. En la anatomía patológica la pieza es compatible con DM con infiltración eosinofílica focal.

CONCLUSIONES

Aunque la perforación de un DM por cuerpo extraño es infrecuente su sospecha puede ser razonable en los casos en los que el diagnóstico de apendicitis aguda no está claro. La laparoscopia es un procedimiento ideal que permite realizar el diagnóstico diferencial y realizar la corrección de forma cómoda y segura. Podría no existir siempre una correlación temporal con la ingesta accidental y la perforación como complicación, como es el caso de nuestro paciente que negaba ingesta reciente de pescado y había presentado la misma clínica meses antes. Aún no esta claro si debe realizarse la diverticulectomía profiláctica en los hallazgos incidentales y que disminuya la incidencia de complicaciones.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0174 HERNIA OBTURATRIZ, TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO.

Gómez López, Juan Ramón; Benavides de la Rosa, Diana Fernanda; Herreros Rodríguez, José; Abril Vega, Carlos; Merino Peñacoba, Luis María; Romero de Diego, Alejandro; Moreno Racionero, Francisca; Zorrilla Matilla, Laura Patricia; Ferreras García, Carlos; Beltrán De Heredia y Rentería, Juan

OBJETIVOS

La hernia obturatriz es un raro tipo de hernia abdominal, que puede causar oclusión intestinal y que no siempre presenta un claro diagnóstico. Con este caso, proponemos la laparoscopia como una herramienta ventajosa que facilita tanto el diagnóstico como sobre todo, el tratamiento de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos el caso de una paciente de avanzada edad, que acudió al Servicio de Urgencias por cuadro de vómitos, dolor abdominal y ausencia de emisión de deposiciones de horas de evolución.

RESULTADOS

A la exploración física no se apreciaban tumoraciones en región inguinal, causa frecuente de estos cuadros. Por lo que ante la sospecha de abdomen agudo, se pidió desde el Servicio de Urgencias un escáner con el que se llegó al diagnóstico. Posteriormente la paciente se sometió a una laparoscopia de urgencia, con comprobación de la viabilidad del intestino y la reparación herniaria. Objetivándose la resolución del cuadro y reincorporación a su vida habitual en tan sólo 48 horas tras la cirugía.

CONCLUSIONES

Pese a disponer de sólo un caso, parece acertado aventurar que el diagnóstico correcto de esta entidad se logrará mediante la realización de un TAC en todas las situaciones. Asímismo el tratamiento adecuado pasará por llevar al paciente a quirófano. El abordaje laparoscópico es una alternativa al diagnóstico, a la reducción y a la reparación de la hernia obturatriz. Siendo descritos tanto reparaciones transabdominales como extraperitoneales. En ambos casos, parece demostrarse un menor dolor postoperatorio, mayor rapidez en el restablecimiento del tránsito intestinal, menores complicaciones pulmonares y un acortamiento considerable de la estancia hospitalaria.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

COMUNICACIONES VÍDEO CIRUGÍA ENDOCRINA, BAZO Y RETROPERITONEO:

R-0106 RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE TUMOR DE ORIGEN NEURAL RETROPERITONEAL

Louredo Méndez, Ángel Martín; Herrera Kok, Johnn Henry; Silva Fernández, Jesús Manuel; de Castro Monedero, Paola; Saldarriaga Ospino, Luis Carlos; Suero Rodríguez, Carlenny; Fernández Rodríguez, José Alberto; Álvarez Conde, José Luis

INTRODUCCIÓN:

Los neurilemomas (schwannomas) se originan de las células de Schwann que recubren los nervios periféricos. Generalmente, son tumores benignos, delimitados por una cápsula, que raramente sufren degeneración maligna. Tienen mayor incidencia entre los 20 – 50 años. En nuestro caso la lesión se originaba, probablemente de las raíces nerviosas paravertebrales (L2) sin extensión intradural ni sintomatología radicular.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 20 años con episodios de ITUs de repetición con diagnóstico incidental, mediante TAC, de tumoración retroperitoneal de 3,5x2,8x2,8cm., delimitada anterosuperiormente por el asa duodenal, medialmente por la cava inferior infrarrenal, posteriormente por el psoas, lateralmente por el uréter y que ocasionaba un desplazamiento anterior de la vena gonadal derecha. En la fase arterial presentaba un realce periférico y área central hipodensa por probable componente necrótico. La lesión no producía repercusiones clínico-analíticas. Dada la naturaleza incierta de la tumoración, se decide su exéresis mediante abordaje laparoscópico en posición de decúbito lateral izquierdo con el miembro inferior derecho flexionado sobre el izquierdo con el brazo derecho en abducción y suspendido sobre una barra de fijación. Se emplearon 4 trócares: Hasson (umbilical) y 3x5mm colocados en el reborde costal derecho sobre la línea axilar anterior, línea medio clavicular y línea media epigástrica. Se practicó una maniobra de Kocher amplia y sección del ligamento hepatocólico, exponiendo las venas cava inferior infrarrenal y renal derecha, los vasos gonadales y el uréter derecho. La tumoración pudo ser resecada por disección separándola de las estructuras adyacentes y del retroperitoneo sin complicaciones. La pieza se extrajo en bolsa ampliando el puerto umbilical. La evolución postoperatoria fue satisfactoria siendo dada de alta al cuarto día. Histología: Lesión de 3x2x2.5 cm., de superficie externa lisa, bien delimitada, de crecimiento expansivo y ampliamente vascularizada, constituida por una proliferación de fusocelular sin atipia, observándose zonas con mayor densidad celular y otras más laxas, algunas en empalizada, apreciándose zonas de Anthony A y B. El estudio inmunohistoquímico demostró positividad para vimentina y S-100, negatividad para citoqueratinas AE1/AE3, actina, desmina, CD34, HMB45 y CD117, no siendo valorable la proteina gliofibrilar acídica (GFAP). El índice de proliferación (Ki67) fue del 1-5%, siendo el diagnóstico final el de Neurilemoma benigno (Schwannoma).

DISCUSIÓN:

La resección laparoscópica de tumores de origen neural retroperitoneal es una opción válida, mínimamente invasiva con una rápida recuperación postoperatoria. No obstante, es imprescindible valorar que no se trate de una lesión con extensión intradural en la médula espinal.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0038 ADRENALECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA CON TRES TRÓCARES

Aranzana Gómez, Aurelio Fco; Nieto Moral, Carlos; Buitrago Sivianes, Soledad ; Abad De Castro, Santiago; Chinea Correa, Nancy; Fraile Alonso, Iñaki; Fernández Morales, Eduardo

INTRODUCCIÓN.OBJETIVOS:

Actualmente el abordaje de elección de la patología suprarrenal no oncológica es el laparoscópico, el más utilizado es el lateral transperitoneal, últimamente se está empleando el posterior retroperitoneal que requiere una mayor experiencia quirúrgica, y el puerto único, como alternativas al abordaje laparoscópico convencional. Presentamos un video demostrativo de una suprarrenalectomía izquierda laparoscópica utilizando sólo tres trócares, se explican los aspectos más importantes de esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS. CASO CLÍNICO:

Varón de 49 años, seguido en Nefrología por HTA con mal manejo médico, con diagnóstico de Hiperaldosteronismo 1º por posible adenoma suprarrenal izquierdo, se exponen las exploraciones complementarias de interés.

RESULTADOS: INTERVENCIÓN:

Decúbito lateral derecho, tres trócares, abordaje lateral, movilizando ángulo esplénico de colon, bazo, cola pancreática y fundus gástrico, identificación de la vena adrenal izquierda en su origen (vena renal), clipaje y sección de la misma , completando la suprarrenalectomía bajo *Ligasure, extracción en bolsa de la pieza ampliando el orificio del trócar más lateral del flanco izquierdo, colocación de drenaje. Postoperatorio correcto, alta al 2º día de la intervención. Anatomía patológica definitiva: Adenoma de de 1.5 cms. Asintomático y sin precisar tto. antihipertensivo a los 6 meses de la cirugía.

CONCLUSIONES:

El abordaje laparoscópico lateral transperitoneal es una alternativa válida y eficaz en la patología suprarrenal. El uso de tres trócares minimiza la agresión quirúrgica, permitiendo una seguridad en el procedimiento al poder triangular en todo momento sin dificultad los instrumentos laparoscópicos.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0033 TUMORACIÓN ESPLÉNICA VASCULAR MÚLTIPLE DE ORIGEN INCIERTO. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

Aranzana Gómez, Aurelio Fco; Abad De Castro, Santiago; Nieto Moral, Carlos; Chinea Correa, Nancy; López González, Cristina; Fraile Alonso, Iñaki; López Pardo, Rafael; Fernández Morales, Eduardo

INTRODUCCIÓN:

El hamartoma esplénico es un tumor benigno poco frecuente, del que se han descrito aproximadamente 130 casos en la bibliografía desde que fuera conocido por primera vez por Rokitansky en 1861.Suele ser un hallazgo casual en laparotomías o autopsias. Clínicamente suele ser asintomático, son pocos los hamartomas esplénicos sintomáticos y pueden estar asociados a alteraciones hematológicas, hallándose en algunas ocasiones asociado a ruptura esplénica espontánea y abdomen agudo, dos terceras partes de ellos presentan tumores múltiples.

No hay datos específicos que permitan el diagnóstico preoperatorio de esta entidad, que se realiza tras el estudio anatomopatológico de la pieza extirpada, que debe ser extraída en su totalidad, ésto último junto con el tamaño del bazo dificultan el abordaje laparoscópico.

OBJETIVO:

Demostrar la técnica quirúrgica de abordaje laparoscópico completo para este tipo de lesiones, sin necesidad de laparotomías de asistencia (handport).

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico: Varón de 44 años que ingresa en M.Interna por cuadro de fiebre y dolor lumbar izquierdo. Se exponen las exploraciones complementarias de interés donde destaca: Trombopenia de probable origen periférico 2ª a hiperesplenismo (PAAF de médula ósea), TAC: Esplenomegalia con 4 masas esplénicas, que deforman el contorno esplénico, compatible con hemangiomas atípicos, sin poder descartar otras tumoraciones vasculares esplénicas.

RESULTADOS

Intervención: Abordaje laparoscópico completo, semilateral,4 trócares, esplenomegalia(19 x16 cms.) multilobulada, sección vascular mecánica, extracción completa en bolsa tras minilaparotomía en flanco izquierdo. Postoperatorio correcto. Alta hospitalaria al 4º día. Ecodoppler de control a la semana con trombosis de rama portal, que se resuelve tras tratamiento con heparina. Anatomía patológica definitiva: Hamartoma esplénico múltilple. Asintomático al año de la cirugía.

CONCLUSIONES:

El abordaje laparoscópico es una alternativa válida y eficaz ante lesiones tumorales benignas esplénicas. El tamaño no contraindica este tipo de abordaje, aunque se recomienda la extracción íntegra del bazo para su estudio anatomopalógico en estos casos. Recomendamos control eco-doppler a la semana, dado el riesgo de trombosis portal postesplenectomía laparoscópica existente.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

COMUNICACIONES VÍDEO DE ÚLTIMOS AVANCES TECNOLÓGICOS Y VÍAS DE EXTRACCIÓN DE PIEZAS:

R-0007 MINISTRUMENTOS: TRIANGULACION CON MINIMA INVASIÓN

Sanchez Gonzalez, Javier; Toledano Trincado, Miguel; Martin Esteban, Maria Luz; Blanco Antona, Francisco; Colao Garcia, Laura; Martin Del Olmo, Juan Carlos

OBJETIVOS:

El desarrollo de los procedimientos laparoscópicos mínimamente invasivos a través de orificios naturales o transumbilicales con el objetivo de minimizar el trauma abdominal, generan una nueva curva de aprendizaje para el cirujano. La cirugía minilaparoscópica no podía competir con la laparoscopia convencional por la fragilidad de los mininstrumentos. Los instrumentos minilaparoscópicos desarrollados actualmente presentan las mismas ventajas que los instrumentos convencionales con el mínimo trauma parietal.

MATERIAL Y METODOS.

Presentamos en el video la posibilidad de la realización de distintos procedimientos laparoscópicos convencionales, que realizamos cotidianamente en nuestros hospitales, con mininstrumentos laparoscópicos convinados con ópticas de 5 mm e instrumentos convencionales. Colecistectomía, apendicectomía, anexectomía, hernioplastia transperitoneal minilaparoscópica y hemicolectomías izquierda y derechas, todas ellas con pinzas de 2 y 5 mm

RESULTADOS.

Actualmente la incorporación de estos mininstrumentos en nuestro arsenal de material inventariable, ha hecho posible que realicemos procedimientos laparoscópicos diarios convencionales minimizando el trauma parietal y con las ventajas de la cirugía laparoscópica, como triangulación, distancia óptica, nivel de neumoperitoneo, posicionamiento del enfermo, etc, reduciendo el dolor postoperatorio, la morbilidad de las heridas y mejorando la estética. Además podemos realizar una cirugía mínimamente invasiva, de una forma segura y barata.

CONCLUSIONES.

El principal inconveniente de la cirugía transumbilical sigue siendo la triangulación. Los nuevos instrumentos minilaparoscópicos y las nuevas ópticas de 5 mm de HD, nos permiten realizar mínima invasión con la misma rapidez, y eficacia que aprendimos, mejorando el truama y sin curva de aprendizaje. La cirugía transumbilical puede beneficiarse también de los mininstrumentos, para tracción y triangulación.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0009 HEMICOLECTOMIA DERECHA MINILAPAROSCOPICA: SIN RENUNCIAR A LA TRIANGULACION.

Toledano Trincado, Miguel; Sanchez Gonzalez, Javier; Blanco Antona, Francisco; Martin Esteban, Maria Luz; Colao Garcia, Laura; Martin Del Olmo, Juan Carlos

OBJETIVOS:

La cirugía oncológica colorrectal laparoscópica ha demostrado igualar los resultados, a corto y medio plazo, que la cirugía abierta. Actualmente se están desarrollando procedimientos laparoscópicos mínimamente invasivos a través de orificios naturales o transumbilicales con el objetivo de minimizar el trauma abdominal. Los instrumentos minilaparoscópicos desarrollados actualmente presentan las mismas ventajas que los instrumentos convencionales con el mínimo trauma parietal. Pretendemos reproducir la cirugía laparoscópica colorrectal convencional, reduciendo el número y el tamaño de las puertas de entrada.

MATERIAL Y METODOS.

Presentamos el video de una hemicolectomía derecha laparoscópica convencional, realizada con ministrumentos e instrumentos laparoscópicos convencionales. La estrategia de entrada y el uso de material laparoscópico de diámetro de 2 mm, da como resultado una minilaparotomía supraumbilical y 2 orificios en sendos flancos de 5 mm, puesto que la entrada de 2 mm queda prácticamente imperceptible. Reducimos de esta forma el daño parietal al mínimo.

RESULTADOS.

El desarrollo de los instrumentos minilaparoscópicos, y nuestra experiencia en procedimientos monopuerto transumbilicales, ha hecho que actualmente apostemos por la ministrumentación de procedimientos laparoscópicos oncológicos colorrectales convencionales. Mantenemos todos los principios de la, ya aprendida, cirugía laparoscópica como triangulación, distancia óptica, nivel de neumoperitoneo, posicionamiento del enfermo, etc y minimizamos el trauma parietal, reduciendo el dolor postoperatorio, la morbilidad de las heridas y mejoramos la estética.

CONCLUSIONES.

El desarrollo de los instrumentos de la cirugía monopuerto está en pleno auge. El principal talón de Aquiles de la cirugía transumbilical sigue siendo la triangulación. La solidez actual de los mininstrumentos nos permite realizar procedimientos oncológicos con la misma rapidez, y eficacia que aprendimos, mejorando el trauma y sin curva de aprendizaje. De igual forma son una ayuda para ayudar a triangular en procedimientos monopuerto.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0011 COLECISTECTOMIA TRANSUMBILICAL CON MINISTRUMENTOS.

Sanchez Gonzalez, Javier; Toledano Trincado, Miguel; Martin Esteban, Maria Luz; Blanco Antona, Francisco; Colao Garcia, Laura; Martin Del Olmo, Juan Carlos.

OBJETIVOS.

La colecistectomía laparoscópica ha sido la técnica mínimamente invasiva mejor aceptada por la mayoría de los cirujanos. Sin embargo el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas transumbilicales para este procedimiento no está teniendo la misma aceptación. Proponemos una variante de la técnica transumbilical que abarate y facilite la cirugía.

MATERIAL Y METODOS.

Describimos en el video, la técnica que realizamos de forma habitual en colecistectomías por litiasis biliar simple, sin colecistitis previas. Tras la incisión transumbilical, de 1 cm, introducimos 2 trócares de 5 mm a través de dos incisiones fasciales independientes en paralelo. A través de ellos introducimos una óptica de 5 mm y pinza roticulada para la disección del hilio vesicular. La tracción de la vesícula la realizamos mediante pinza percutánea en Hipocondrio Derecho de 2mm. Durante la cirugía se ve la perfecta triangulación y la comodidad del cirujano en la disección.

RESULTADOS.

En las litiasis biliares simples, en nuestra experiencia, el uso de ministrumentos permite la tracción de la vesícula, la triangulación y la cómoda disección del hilio vesicular. Evitamos con esta técnica el uso de dispositivos costosos para la cirugía monopuerto así como la falta de ergonomía en las manos del cirujano durante la cirugía.

CONCLUSIONES.

Con esta técnica ahorramos materiales costosos para la cirugía monopuerto, la disección vesicular es prácticamente igual a la realizada de forma convencional y el trauma parietal se minimiza mejorando el dolor postoperatorio y la estética.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0117 HEMICOLECTOMIA DERECHA POR S.I.L.S.

Rozo Coronel, Orlando; Aguilera Molina, Yari; Caraballo Angeli, Mariana; Sánchez Tocino, Juan; Angoso Clavijo, María; González, Carmen; Franch, Guzman; Bellido, Fernando; Rodriguez, Fernando; Muñoz Bellvis, Luis

INTRODUCCIÓN:

La cirugía Laparoscópica en el colon ha demostrado la superioridad frente a la cirugía convencional en cuanto a menor dolor postoperatorio, y mejores resultados estéticos, con la ventaja de disminuir el riesgo de complicaciones de la pared abdominal. Con el objetivo de seguir minimizando el trauma a la pared abdominal, se ha ido desarrollando la cirugía por puerto único, que utiliza el ombligo como puerta de entrada, permitiendo un mejor cierre del plano musculoaponeurótico.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 90 años, como antecedentes personales presenta HTA, Asma, Fibrilación auricular paroxística, BHHRD, Hipotiroidismo. Amaurosis por degeneración macular. Artrosis. Actualmente se encuentra en tratamiento con Sintrom, Eutirox, anithipertensivos, Vitamina B12, Seretide. Presenta anemia ferropénica de larga evolución, no refiere hemorragias digestivas, y solo cuenta una abdominalgia ocasional. En el estudio de la anemia se objetiva neoplasia de colon ascendente. En las pruebas complementarias encontramos anemia franca en la analítica, sin otras alteraciones. En el enema opaco se encuentran múltiples divertículos hasta el ángulo hepático del colon, más numerosos en región de sigma y colon descendente; en colon ascendente se identifica una estenosis irregular, con morfología en corazón de manzana, que permite el paso de contraste, con una extensión de 5cm, en relación con neoplasia. La colonoscopia sitúa la tumoración cerca de ángulo hepático, parcialmente vegetante y estenosante que se extiende proximalmente unos 5cm. AP: Adenocarcinoma colorrectal. Estudio de Extensión Negativo. Por lo que se decide intervención, realizándose Hemicolectomía Derecha Laparoscópica por Puerto Único, utilizando el dispositivo GelPoint a través de una incisión de 5cm transumbilical, que permitió utilizar 5 trócares, 4 de 5mm y la óptica de 10mm. Se realizó la disección de medial a lateral, con ligadura de los vasos ileocólicos en su base con EndoGIA carga blanca, realizando la anastomosis L-L mecánica extracorpórea. La paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo dada de alta al 6º día postoperatorio.

CONCLUSIONES:

El objetivo de la cirugía laparoscópica por puerto único es realizar la misma intervención que realizaríamos por laparoscopia convencional, con los mismos resultados oncológicos, y principios de seguridad y reproductibilidad. Consiguiendo ventajas añadidas: mejor resultado estético, una disminución del dolor postoperatorio y un menor trauma de la pared abdominal, evitando las complicaciones asociadas como la hemorragia o las hernias.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0180 HEMICOLECTOMIA DERECHA POR MONOPUERTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO EN VIDEO.

Saldarriaga Ospino, Luis Carlos; Simó Fernandez, Vicente; Huidobro Piriz, Ana Herrera; Kok, Johnn Henry; De Castro Monedero, Paola; Silva Fernández, Jesus; Suero Rodríguez, Carlenny; Díaz Maag, Carlos Rafael; Alvarez Conde, Jose Luis.

Introducción:

La cirugía monopuerto es un tipo abordaje laparoscópico mínimamente invasivo donde se utiliza casi exclusivamente una sola incisión. Es una técnica reproducible y segura, que mantiene los criterios oncológicos.

La técnica es denominada de diferentes maneras y tiene algunas homólogas como: **Port laparoscopy** (SPL), **single-port access surgery** (SPA), **single-port incisionless conventional equipment-utilizing surgery** (SPICES), **single-incision laparoscopic surgery** (SILS), **Single-access endoscopic surgery** (SAES), **laparo-endoscopic single-site surgery** (LESS), **natural-orifice transumbilical surgery** (NOTUS), y **one-port umbilical surgery** (OPUS),

Caso clínico.

Paciente de 50 años con IMC de 28 sin otros antecedentes médicos de importancia, que acude a consulta externa para estudio de anemia microcítica hipocrómica, descubriendo neoplasia de ciego de 2 cm de diámetro. Estudios de extensión sin alteraciones.

Se realiza hemicolectomía derecha a través de incisión umbilical única, con dispositivo Triport plus® y pinzas de laparoscopia rectas convencionales, con anastomosis extracorpórea. Dada de alta el cuarto día sin incidencias.

Informe de anatomía patológica: Adenocarcinoma T2 N0 con 19 ganglios negativos para malignidad.

Conclusiones:

Los avances teóricos de este abordaje son el estético, menor dolor postquirúrgico y recuperación mas rápida en las actividades cotidianas.

Estudios randomizados comparativos entre la cirugía monopuerto (SIS single incision surgery) y la laparoscópica habitual han encontrado resultados similares en la estancia, y en lo relacionado al dolor han encontrado resultados similares o incluso peores en la SIS.

Los resultados cosméticos reportados fueron mejores en los grupos de SIS comparados con la laparoscopia convencional.

SIS es técnicamente mas exigente debido a diferentes factores que incluyen la pérdida de la triangulación y la utilización de instrumental diferente que incluso aún están siendo probados.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0090 COLECTOMÍA IZQUIERDA CON EXTRACCIÓN DE LA PIEZA QUIRÚRGICA POR VÍA TRANSANAL (NOSE)

Diaz Maag, C. Rafael; Carretero Cabezudo, Emilio; de Castro Monedero, Paola ; Eguía Larrea, Marta; Álvarez Conde, Jose Luis

Introducción:

El abordaje quirúrgico de tumores rectales bajos es una cirugía compleja sobre todo si se realiza preservación esfinteriana.

El abordaje laparoscopico del cáncer colorrectal ha mejorado parámetros como la estancia hospitalaria, el dolor postoperatorio o incorporación a la vida laboral si afectar a los resultados oncológicos

La resección interesfinterica puede ser total o parcial demostrando esta última resultados funcionales aceptables en tumores de recto bajo.

El abordaje transanal con dispositivos de puerto único mejora y facilita este abordaje

Caso clínico:

Ilustramos mediante un video esta técnica en un paciente de 62 años con BMI 27 con clínica de rectorragia. En colonoscopia tumor en margen anal, anuscopia tumoración a 3 cms y biopsia de adenocarcinoma de recto con estudio de extensión TAC no LOES y RMN pélvica T2N0M0.

Se decide en comité de oncología intervención quirúrgica realizándose resección de recto interesfinteriana laparoscópica con excisión mesorrectal total, abordaje endoscópico transanal y anastomosis T-T coloanal manual.

Conclusiones:

El abordaje laparoscópico en la cirugía rectal aporta los beneficios de la cirugía laparoscópica además de una mejor visión de mesorrecto y ángulo esplénico.

La utilización de dispositivos de puerto único para la disección interesfinterica es segura y factible.

Las resecciones interesfinterianas han demostrado mejores resultados oncológicos en tumores T2 que solo resecciones locales con TEM .Las resecciones interesfinterianas parciales tienen una buena funcionalidad en cuanto a incontinencia o síndrome de resección anterior

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0006 N.O.S.E. SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y EXTRACCIÓN TRASANAL.

Toledano Trincado, Miguel; Sanchez Gonzalez, Javier; Blanco Antona, Francisco; Martin Esteban, Maria Luz; Colao Garcia, Laura; Martin Del Olmo, Juan Carlos

OBJETIVOS:

La extracción transanal de la pieza quirúrgica en la sigmoidectomía es una técnica, que a pesar de su antigüedad, no ha tenido relevancia hasta el momento. Con el desarrollo de las técnicas N.O.T.E.S, se está empezando a utilizar en algunos grupos. Proponemos un procedimiento limpio y seguro para la extracción sigmoidea transanal.

MATERIAL Y METODOS:

En el video se describen los pasos estandarizados para la extracción de la pieza quirúrgica transanal de una forma segura. Tras la decolación y liberación oncológica del sigma, se procede a la introducción en el muñón rectal de un rectoscopio, bajo visión directa transanal e intrabdominal. Se abre el muñón distal introduciendo una bolsa vaselinada a través del rectoscopio, sin contaminar la cavidad abdominal. Tras extraer el espécimen y sin sección proximal se introduce el cabezal de la endograpadora hasta el segmento de colon descendente a través del cabo distal del intestino. Se secciona el intestino con endograpadora y se extrae a través de la bolsa endorectal. Se recupera el cabezal de la endograpadora, se cierra el muñón distal con otra endograpadora y se realiza la anastomosis de forma convencional.

RESULTADOS:

Hemos conseguido estandarizar la técnica tras 5 procedimientos para patología benigna y tumores pequeños. La morbilidad de la herida quirúrgica en patología colorrectal en la literatura oscila entre el 5-25%. Con esta técnica evitamos las heridas para la extracción de la pieza con lo que podemos disminuir la morbilidad de la herida quirúrgica. Por otro lado la introducción de la bolsa mediante visión directa con rectoscopio reduce considerablemente la contaminación pélvica tras la apertura del muñón distal.

CONCLUSIONES:

La extracción transanal de la pieza quirúrgica tras la resección laparoscópica de sigma mediante visión directa con rectoscopio, es posible, evita la morbilidad de la herida quirúrgica y reduce la contaminación intraperitoneal. Estudios prospectivos podrán aclararnos si aumenta el porcentaje de infección intrabdominal y su utilización en tumores grandes.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0116 RESECCIÓN ANTERIOR ALTA LAPAROSCÓPICA CON N.O.S.E.

León Miranda, Raquel; Reoyo Pascual, Jose Felipe; Martinez Castro, Rosa María; Alonso Alonso, Evelio; Álvarez Rico, Miguel Ángel; García Plata Polo, Esther Beatriz; Valero Cerrato, Xandra; Zambrano Muñóz, Rocio; Gil Laso, Ivan; Seco Gil, Juan Luis.

INTRODUCCIÓN:

La cirugía laparoscópica ha demostrado los beneficios: disminución del dolor postoperatorio, inicio precoz en la movilización y tránsito intestinal, menor estancia hospitalaria y mejores resultados estéticos. Buscamos cirugías menos invasivas, reduciendo el trauma de la incisión abdominal para extraer la pieza quirúrgica, disminuyendo las complicaciones propias de esta incisión, como la infección, la eventración, etc. Así comenzó el uso de los orificios naturales para extraer las piezas quirúrgicas, siendo las vías más usadas, la oral o la vaginal, y en el caso de las lesiones colorrectales, el ano.

CASO CLÍNICO:

Varón de 66 años, al que detectan una lesión neoplásica en colonoscopia de control. A la exploración, presenta buen estado general, asintomático. En las pruebas complementarias, encontramos una analítica completa, con marcadores tumorales, normal. En la TC un estudio de extensión negativo. Colonoscopia: se reseca un pólipo pediculado de unos 20 mm, a 30 cm de márgenes anales y se marca con tinta china la cicatriz (AP: Adenocarcinoma intramucoso, con márgenes de resección no valorables así como la profundidad de la lesión). Motivo por el que se indica la cirugía. Se realiza una Resección Anterior Alta Laparoscópica con Extracción del Espécimen por Orificios Naturales, utilizando 4 puertos de entrada, 2x5mm, 11mm, 12mm. Disección y ligadura entre clips de vasos sigmoideos. Liberación de parietocólico izdo. Introducción del yunque de CEEA 31mm desde ano. Apertura a nivel distal en recto para extracción y liberación intracorpórea del yunque de la CEEA. Apertura proximal de colon para introducir yunque y cierre de cabo proximal con EndoGIA carga azul. Extracción de pieza transanal con bolsa. Cierre de muñón rectal con EndoGIA. Anastomosis colorrectal T-T con CEEA 31 con comprobación de estanqueidad. El postoperatorio fue favorable.

DISCUSIÓN:

A la cirugía laparoscópica se le ha criticado mucho la necesidad de realizar una incisión abdominal para extraer el espécimen, de forma que con esta técnica sólo se realizan las incisiones para el instrumental, disminuyendo el dolor postoperatorio y las complicaciones propias de las incisiones quirúrgicas, así como mejoramos el resultado estético. Sin olvidar que toda técnica mínimamente invasiva debe realizarse con la misma seguridad y eficacia que el abordaje laparoscópico convencional. Con la técnica N.O.S.E., debemos realizar una buena preparación del colon para evitar la contaminación de la cavidad abdominal, y la aparición de posteriores colecciones.

CONCLUSIONES:

Es una técnica factible y reproducible, indicada en enfermedad benigna, tumores malignos precoces y/o de pequeño tamaño.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0136 RESECCIÓN DE RECTO INTERESFINTERIANA LAPAROSCOPICA CON EXCISIÓN MESORECTAL TOTAL, ABORDAJE ENDOSCOPICO TRANSANAL Y ANASTOMOSIS COLOANAL MANUAL

Simó Fernández, Vicente; Castrillo , E; Carretero , E; Diaz , R; Labarga , F; Huidobro, A; Silva , J; Saldarriaga , L; De Castro, P; Alvarez Conde, JL.

Introducción:

El abordaje quirúrgico de tumores rectales bajos es una cirugía compleja sobre todo si se realiza preservación esfinteriana.

El abordaje laparoscopico del cáncer colorrectal ha mejorado parámetros como la estancia hospitalaria, el dolor postoperatorio o incorporación a la vida laboral si afectar a los resultados oncológicos

La resección interesfinterica puede ser total o parcial demostrando esta última resultados funcionales aceptables en tumores de recto bajo.

El abordaje transanal con dispositivos de puerto único mejora y facilita este abordaje

Caso clínico:

Ilustramos mediante un video esta técnica en un paciente de 62 años con BMI 27 con clínica de rectorragia. En colonoscopia tumor en margen anal, anuscopia tumoración a 3 cms y biopsia de adenocarcinoma de recto con estudio de extensión TAC no LOES y RMN pélvica T2N0M0.

Se decide en comité de oncología intervención quirúrgica realizándose resección de recto interesfinteriana laparoscópica con excisión mesorrectal total, abordaje endoscopico transanal y anastomosis T-T coloanal manual.

Conclusiones:

El abordaje laparoscopico en la cirugía rectal aporta los beneficios de la cirugía laparoscópica además de una mejor visión de mesorrecto y ángulo esplénico.

La utilización de dispositivos de puerto único para la disección interesfinterica es segura y factible.

Las resecciones interesfinterianas han demostrado mejores resultados oncológicos en tumores T2 que solo resecciones locales con TEM .Las resecciones interesfinterianas parciales tienen una buena funcionalidad en cuanto a incontinencia o síndrome de resección anterior

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0123 AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL ASISTIDA POR EL SISTEMA ROBOTICO DA VINCI EN CANCER DE RECTO EN TERCIO DISTAL.

Duarte Llanos, Maritza; Bretcha Boix, Pere; Farré Alegre, José; Dussan Luberth, Carlos.

INTRODUCCIÓN:

El sistema robótico Da Vinci, desde su aprobación por la FDA en el año 2000, ha ido incorporándose en las distintas disciplinas quirúrgicas. Sus características lo hacen especialmente útil en la cirugía pélvica.

OBJETIVO:

Mostrar la resección rectal con la asistencia del robot.

MATERIAL:

Varón de 57 años con un IMC 35 diagnosticado de adenocarcinoma a 3 cm del márgen anal T3N1M0 por resonancia magnética. Se realizó tratamiento neoadyuvante con 50 Gy en recto/ 45 Gy en territorio de drenaje linfático y 5-fluoracilo vía oral.

Tras 6 semanas se realizó una amputación abdominoperineal asistida por el sistema Da Vinci. Se colocaron 5 trocares (2 de 12 mm y 3 de 8 mm) distribuidos en hemiabdomen inferior. No fue necesaria la disección del ángulo esplénico del colon, por lo que se colocó el carro robótico entre las piernas del paciente. Se inició con la disección de medial a lateral, ligadura de los vasos mesentéricos inferiores, disección del parietocólico izquierdo, sección del mesocolon y del colon izquierdo como primera fase. En una segunda fase se realizó una excisión total del mesorrecto respetando los plexos nerviosos, disección de las bandeletas laterales y la cara anterior identificando la próstata y glándulas seminales. En una tercera fase se completó el tiempo perineal.

RESULTADOS:

El tiempo de docking fue 10 minutos. No hubo complicaciones intraoperatorias ni transfusión de hemoderivados. El tiempo quirúrgico fue de 250 minutos. La estancia hospitalaria de 5 dias. Anatomía patológica: YpT1; ypN1 (4/15); TRG:2 y márgen radial a 2 cm.

A los 2 meses el paciente presenta la función sexual preservada.

CONCLUSIONES:

El sistema robótico Da Vinci nos facilitó el abordaje mínimamente invasivo de un cáncer de recto bajo en un paciente varón y obeso, obteniendo excelentes resultados oncológicos y funcionales.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0126 PANCREATECTECTOMÍA TOTAL CON ESPLENECTOMIA ASISTIDA POR SISTEMA ROBÓTICO DA VINCI.

Duarte Llanos, Maritza; Bretcha Boix, Pere; Farré Alegre, José.

INTRODUCCIÓN

Recientemente la cirugía robótica se ha extendido al área pancreática, donde ha mostrado todas sus bondades. Una disección más precisa junto con una visión aumentada y tridimensional ha facilitado la entrada de esta tecnología dada la complejidad intrínseca de la cirugía del órgano.

OBJETIVO

Se describe la técnica quirúrgica de una pancreatectomía total asistida por el sistema robótico Da Vinci.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 62 años con antecedentes de antrectomía + Billroth II por ulcus péptico 1972, gastrectomía subtotal + Y de Roux por ulcus de boca anastomótica 1983, nefrectomía derecha por carcinoma de cels. claras en 1996. Por cuadro de dolor lumbar se realiza RMN que observa una lesión en la cabeza pancreática de 1,7 cm. Ecoendoscopia: lesión en cabeza pancreática de 1,5 cm y en cola de 1,7 cm. PAAF: carcinoma metastásico de cels. claras. Estudio de extensión con PET/TC negativo.

Se realiza intervención quirúrgica laparoscópica asistida mediante sistema robótico da Vinci. Colocación de 6 trocares, realizándose adhesiolisis, identificando el asa yeyunal aferente antecólica y la pata de la Y de Roux. Apertura de la transcavidad de los epiplones. Disección a la izquierda del asa de la cola pancreática. Ligadura y sección de vasos esplénicos en el hilio con endograpadora. Se prosigue la disección del cuerpo pancreático. Ligadura de la arteria esplénica en su origen. Maniobra de Kocher amplia identificando vena mesentérica superior y vena porta. Ligadura de la vena esplénica a nivel del cuello pancreático. Sección de la 4ª porción duodenal y disección del proceso uncinado. Colecistectomía. Sección del colédoco y anastomosis hepático yeyunal termino-lateral. Esplenectomía. Extracción de pieza mediante incisión de Pfannenstiel.

RESULTADOS

Tiempo quirúrgico de 8 horas. Perdida sanguínea de 250 cc. No hubo complicaciones perioperatorias. Estancia en UCI: 1 día.

Anatomía patológica: 3 nódulos metastásicos intrapancreaticos de carcinoma renal de cels. claras, encapsulados con permeación vascular linfática de vasos intracapsulares. 9 ganglios negativos.

CONCLUSIONES:

La técnica laparoscópica asociada a las nuevas tecnologías facilitan el abordaje de la cirugía pancreática y debe ser considerado como un arma más en el arsenal quirúrgico.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

R-0131 CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA CON QUIMIOHIPERTERMIA INTRAPERITONEAL COMO PROFILAXIS DE PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

Duarte Llanos, Maritza; Bretcha Boix, Pere; Farré Alegre, José.

INTRODUCCION

El mucocele apendicular benigno generalmente es asintomático y está presente en un 0.3 de las apendicetomías. Su ruptura puede conllevar una diseminación intraperitoneal de células neoplásicas y el consiguiente cuadro clínico del Pseudomixoma.

OBJETIVO

Mostrar la factibilidad de la realización de un HIPEC mediante técnica de mínima invasión.

MATERIAL Y METODO

Paciente mujer de 33 años diagnosticada de lesión anexial derecha de 3 x 2 cm.

CA 19.9: 41. Intervenida por laparoscopia hallando un cistoadenoma mucinoso apendicular perforado con margen de resección > 1 cm. En un segundo tiempo se plantea second-look + HIPEC. Vía acceso: 6 trocares: 2 de 11 mm y 4 de 5 mm. Se realiza inspección de toda la cavidad abdominal incluyendo pelvis, mesenterio, mesocolon, transcavidad de los epiplones y fosa de Morrison sin hallar patología. PCI 0. Biopsia de adenomegalia de los vasos ileocólicos siendo ap intraoperatoria negativa. Toma de biopsias peritoneales de todos los cuadrantes. Colecistectomia y Omentectomia mayor.

Colocación de 4 drenajes en diafragmas y pelvis con dos termómetros en el lugar de los trocares. Redon de entrada a través del trocar de epigastrio.

HIPEC con técnica cerrada con oxaliplatino 200 mgr /L (total 500 mgr) con icodextrina a 43º C durante 30 min.

RESULTADOS

No hubo incidencias durante el procedimiento, ni complicaciones en el postoperatorio. Alta hospitalaria al 7º día. Anatomía patológica definitiva sin evidencia de lesión.

CONCLUSION

La cirugía mínimamente invasiva + HIPEC es asequible y factible en casos seleccionados.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

COMUNICACIONES TIPO POSTER:

COMUNICACIONES POSTER CUYO AUTOR DEBE ESTAR PRESENTE EN LA PAUSA-CAFÉ MATUTINA DEL VIERNES 14:

CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL:

Número	Código	Título
P-01	R-0034	HERNIOPLASTIA INGUINAL TAPP: NUESTROS PRIMEROS PASOS
P-02	R-0045	MANEJO DEL DOLOR EN CIRUGÍA COLORRECTAL CON CATÉTER INTERAPONEUROTICO A NIVEL LOCAL

CIRUGÍA ENDOCRINA:

Número	Código	Título
P-03	R-0093	CÁNCER DE TIROIDES SOBRE TEJIDO TIROIDEO ECTÓPICO DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE
P-04	R-0141	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL INCIDENTALOMA SUPRARRENAL. CASO CLÍNICO.
P-05	R-0160	CIRUGÍA LAPAROSCOPICA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL. NUESTRA EXPERIENCIA.
P-06	R-0182	TUMORES NEUROENDOCRINOS DEL SISTEMA GASTROENTEROPANCREÁTICO

CIRUGÍA BARIÁTRICA:

Número	Código	Título
P-07	R-0016	EXPRESIÓN GENÉTICA DE PROTEÍNAS ESPECÍFICAS ASOCIADAS A COMORBILIDAD EN EL PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA
P-08	R-0015	ANALISIS DE ASOCIACIÓN DE POLIMORFISMO ESTRUCTURAL DEL P53 EN PACIENTES OBESOS
P-09	R-0097	CARCINOMA GÁSTRICO DISEMINADO EN EL ESTÓMAGO EXCLUIDO TRAS BYPASS GÁSTRICO

RETROPERITONEO:

Número	Código	Título
P-10	R-0104	GANGLIONEUROMA, UN TUMOR RETROPERITONEAL POCO FRECUENTE
P-11	R-0110	LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE
P-12	R-0144	TUMORES RETROPERITONEALES: EL GANGLIONEUROMA

URGENCIAS, POLITRAUMATISMOS Y CRÍTICOS:

Número	Código	Título
P-14	R-0002	NEUMATOSIS PORTAL E ISQUEMIA INTESTINAL: ¿SIEMPRE RELACIONADA?
P-15	R-0083	GAS PORTAL SECUNDARIOA A ISQUEMIA MESENTÉRICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO
P-16	R-0014	HEMORRAGIA ADRENAL ESPONTÁNEA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.
P-17	R-0037	MALROTACION INTESTINAL COMO CAUSA DE OCLUSIÓN INTESTINAL EN PACIENTE ADULTO
P-18	R-0102	OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA PARAESTOMAL EN ILEOSTOMÍA TIPO BRICKER
P-19	R-0132	OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A UNA HERNIA OBTURATRIZ.
P-20	R-0022	OCLUSIÓN INTESTINAL POR... HERNIA OBTURATRIZ
P-21	R-0146	ILEO BILIAR COMO CAUSA DE INDICACIÓN QUIRÚRGICA URGENTE
P-22	R-0091	LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO COMO CAUSA DE OCLUSIÓN INTESTINAL
P-23	R-0094	PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LINFOMA DE BURKITT.
P-24	R-0046	ISQUEMIA EN CONTEXTO DE ALTO RIESGO HEMORRÁGICO
P-25	R-0095	ROTURA ATRAUMÁTICA DE BAZO
P-26	R-0103	PERFORACIÓN INTESTINAL POR CATÉTER DE DERIVACIÓN VENTRÍCULOPERITONEAL
P-27	R-0156	DIFERENTES PRESENTACIONES DEL SARCOMA PLEOMÓRFICO
P-28	R-0176	SECCIÓN CERRADA DE PARED ABDOMINAL, UN TIPO DE LESIÓN INFRECUENTE ASOCIADA AL CINTURÓN DE SEGURIDAD.

INFECCIONES:

Número	Código	Título
P-13	R-0177	ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA INFECCIÓN POR C. DIFFICILE EN UN HOSPITAL COMUNITARIO

ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR:

Número	Código	Título
P-29	R-0172	LINFANGIOMA QUÍSTICO EN ADULTO

CIRUGÍA TORÁCICA:

Número	Código	Título
P-30	R-0072	HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN POSTOPERATORIO DE PLICATURA DIAFRAGMÁTICA

COMUNICACIONES POSTER CUYO AUTOR DEBE ESTAR PRESENTE EN LA PAUSA-CAFÉ VESPERTINA DEL VIERNES 14:

CIRUGÍA COLORRECTAL:

Número	Código	Título
P-31	R-0013	IMPORTANCIA DE LOS NUEVOS MÉTODOS ENDOSCÓPICOS EN EL DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGÍA ONCOLOGICA DEL INTESTINO DELGADO: A PROPOSITO DE UN CASO
P-32	R-0017	UN CASO INESPERADO CAUSADO POR UN TUMOR DESMOIDE MESENTÉRICO
P-33	R-0024	MUCOCELES APENDICULARES. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.
P-34	R-0053	ANASTOMOSIS COLOANAL MANUAL TRANSANAL COMO SOLUCIÓN TRAS EL FALLO TÉCNICO DE LA ANASTOMOSIS MECÁNICA COLORRECTAL DURANTE UNA RESECCIÓN ANTERIOR BAJA POR UN ADENOCARCINOMA DE RECTO MEDIO
P-35	R-0064	CORDOMA SACRO. ABORDAJE POSTERIOR.
P-36	R-0068	EXTIRPACIÓN TRANSVAGINAL DE TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL RECTAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO
P-37	R-0096	HERNIA PARAESOFÁGICA GIGANTE CAUSANDO PERFORACIÓN DE COLON DERECHO
P-38	R-0151	QUISTE QUILOSO MESENTÉRICO GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

CIRUGÍA EGD:

Número	Código	Título
P-39	R-0005	TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL MÚLTIPLE. UNA FORMA DE PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL.
P-40	R-0048	LAPAROSCOPIA EXPLORADORA PARA EL ESTADIAJE DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO
P-41	R-0139	DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS DEL GIST. CASO CLÍNICO.
P-42	R-0143	LOS TUMORES GIST Y SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL – UN TUMOR DE GIST GÁSTRICO
P-43	R-0145	TUMOR DE KRUKENBERG – SU DIAGNÓSTICO PRECOZ; A PROPÓSITO DE UN CASO
P-44	R-0158	PERFORACIÓN IATROGÉNICA EN ANGIODISPLASIA DE DIVERTÍCULO DUODENAL
P-45	R-0073	DIVERTICULITIS DUODENAL: TRATAMIENTO CONSERVADOR

CIRUGÍA HBP:

Número	Código	Título
P-46	R-0092	DIFICIL DIAGNÓSTICO DE MASA SOBRE HIGADO SANO: HEPATOCARCINOMA
P-47	R-0019	S. VIRIDANS COMO AGENTE CAUSANTE DE ABSCESO HEPÁTICO MONOMICROBIANO. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
P-48	R-0077	COMPLICACIÓN TRAS BIOPSIA HEPÁTICA: FÍSTULA BILIOPLEURAL
P-49	R-0098	HIPERTROFIA HEPÁTICA TRAS LIGADURA PORTAL COMO TRATAMIENTO PREVIO A METASTASECTOMÍA
P-50	R-0155	HEPATOPTOSIS
P-51	R-0028	AGENESIA DE LA VESÍCULA BILIAR Y DEL CONDUCTO CÍSTICO: REPORTE DE UN CASO.
P-52	R-0154	VESÍCULA IZQUIERDA: RARA VARIANTE ANATÓMICA Y CAUSA DE CONVERSIÓN EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.
P-53	R-0030	FÍSTULA COLECISTO-DUODENAL CON CÁLCULO ENCLAVADO EN DUODENO
P-54	R-0107	DEGENERACIÓN MALIGNA DE PATOLOGÍA QUÍSTICA DE LA VÍA BILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO
P-55	R-0152	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL COLANGIOCARCINOMA SOBRE NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL BILIAR: APORTACIÓN DE DOS NUEVOS CASOS.
P-56	R-0108	MASA PANCREÁTICA: SER O NO SER
P-57	R-0039	QUISTE LINFOEPITELIAL PANCREÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO
P-58	R-0042	TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS
P-59	R-0109	DEGENERACIÓN DE NEOPLASIA QUÍSTICA PANCREÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO
P-60	R-0010	MANEJO INDIVIDUALIZADO DEL TUMOR MUCINOSO PAPILAR INTRADUCTAL DEL ISTMO DEL PÁNCREAS
P-61	R-0147	PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON PRESERVACIÓN DUODENAL
P-62	R-0148	LAPAROTOMÍA URGENTE TARDÍA TRAS PANCREATECTOMÍA CAUDAL LAPAROSCÓPICA CON PRESERVACIÓN DE VASOS ESPLÉNICOS: HALLAZGOS Y COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA PRIMARIA
P-63	R-0100	INUSUAL ASOCIACIÓN DE DOS NEOPLASIAS SINCRÓNICAS EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN´S
P-64	R-0122	SINDROME DE ABERNETHY COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL

COMUNICACIONES POSTER CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL:

P-01 HERNIOPLASTIA INGUINAL TAPP: NUESTROS PRIMEROS PASOS

Reoyo Pascual, José Felipe; Martínez Castro, Rosa Mª; León Miranda, Raquel; Valero Cerrato, Sandra; Muñoz Zambrano, Rocio; Aguado García, Juan Manuel; Alonso Alonso, Evelio; Álvarez Rico, Miguel; Ortega Seda, José Andrés, Seco Gil, Juan Luis.

INTRODUCCIÓN

La Hernioplastia Inguinal Laparoscópica es una técnica avanzada de las cual existen 2 variantes: TAPP (*Trans Abdominal PrePeritoneal*) y TEP (*Totally Extra Peritoneal*).Pese a que muchos autores aceptan la TEP como la técnica de elección, también coinciden en señalar que en los primeros pasos de hernioplastia laparoscópica se han de llevar a cabo mediante TAPP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los casos de hernia inguinal tratados mediante TAPP en nuestro hospital desde su implantación (Octubre 2012) hasta nuestros días.

RESULTADOS

Desde Octubre de 2012 hasta Mayo de 2013 se han realizado 28 hernioplastias inguinales laparosópicas mediante la técnica TAPP. En 13 pacientes se ha realizado técnica bilateral y en otros 2 pacientes por hernia unilateral. 14 han sido intervenciones programadas y 1 intervención urgente. La indicación de la intervención ha sido en 13 casos la presencia de hernia inguinal bilateral en paciente laboralmente activo; en 1 paciente se intervino mediante TAPP por una hernia inguinal derecha muy sintomática a la vez que se le realizó una hemicolectomía derecha laparoscópica; en 1 paciente joven se intervino de urgencia por presentar hernia irreductible, sin datos de incarceración.

Según el sexo, 14 han sido hombres y 1 mujer. La edad media de los pacientes intervenidos ha sido de 52 años. De las 28 hernias inguinales intervenidas, 13 han sido directas, 11 indirectas y 4 con componente mixto. En la intervención tras la creación de flap peritoneal y reducción de saco herniario existente se coloca malla de PPL fijada con grapas helicoidales reabsorbibles. En 23 hernioplastias se cerró el defecto peritoneal con grapas y 5 con sutura. Durante el postoperatorio evolucionaron satisfactoriamente siendo dados de alta a las 24 horas de la intervención sin dolor abdominal, con buena tolerancia y paseando. Se revisan en Consulta a todos al mes de la intervención encontrándose asintomáticos, sin dolor y con vida laboral activa. La próxima revisión será al año de la intervención (todavía no tenemos resultados).

CONCLUSIONES

Al comenzar la hernioplastia inguinal laparoscópica, los primeros pasos resultan difíciles dada la comodidad del cirujano con la hernioplastia vía abierta. Si bien, una vez implantada la técnica, la hernioplastia TAPP resulta una opción válida y eficaz en pacientes seleccionados (hernia bilateral, vida laboral activa...) y como paso previo al aprendizaje del TEP.

P-02 MANEJO DEL DOLOR EN CIRUGÍA COLORRECTAL CON CATÉTER INTERAPONEUROTICO A NIVEL LOCAL

Abadía Barnó, Pedro; Coll Sastre, Magdalena; Pozancos De Simón, Teresa; Gonzalez Zunzarren, Mariana; Pato, Julio; Yagüe , Sandra; Tortolero Giamate, Laura; Serrano, Ana; Sanjuanbenito Dehesa, Alfonso; Lobo Martinez, Eduardo.

INTRODUCCIÓN

El dolor postoperatorio tras la cirugía colorrectal es uno de los puntos más importantes dentro del manejo del paciente postoperado. La eficacia en el control del mismo reduce la estancia hospitalaria, la necesidad de analgesia con mínima afectación sobre la motilidad intestinal y contribuye a la mejoría y calidad del paciente.

Hay varias opciones para el control del dolor, como es la perfusión de analgesia por vía intravenosa y uso de opioides, catéter de perfusión epidural o de perfusión en herida incisional.

La perfusión continua en la herida de anestésicos locales a través de un catéter fenestrado colocado en el espacio preperitoneal o interapeneurótico, ha demostrado un buen control del dolor con un mínimo requerimiento de opioides. Este tipo de analgesia a nivel local se basa en la estimulación de los receptores neuroendocrinos y la prolongación de su efecto antinflamatorio.

La ropivacaína es el anestésico en perfusión local más eficiente por su lenta metabolización y lenta absorción, consiguiendo un eficaz control del dolor, con una concentración y ritmo de perfusión mínimos. En cuanto a la infección de herida quirúrgica como complicación principal, no se han demostrado diferencias significativas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 88 años, con antecedentes de hipertensión arterial y depresión, que ingresa para cirugía programada de adenocarcinoma en ciego no obstructivo, sin clínica de sangrado ni enfermedad a distancia. Es intervenida de forma programada mediante una laparotomía transversa derecha realizándose una hermicolectomía derecha reglada y cierre por planos de la aponeurosis posterior con vicryl, la anterior con sutura continua de prolene y cateter de infusión continua de ropivacaína 2 mg/ml a 3 ml/h de localización interaponeurótica. Durante los 3 días inmediatos del postoperatorio la paciente refiere buen control del dolor, puntuación subjetiva del dolor de 2/10, con rescate de desketoprofeno iv cada 8 horas durante las primeras 24 horas, siendo retirado el catéter al cuarto día. Durante los dos siguientes días postoperatorios, la paciente requiere desketoprofeno iv cada 8 horas sin rescate alguno y es dada de alta al quinto día sin complicaciones en el postoperatorio, sin necesidad de analgesia domiciliaria, y con retirada de grapas a en el décimo día postoperatorio.

DISCUSIÓN

La infusión de ropivacaína a nivel preperitoneal o interaponeurótica se ha demostrado como una alternativa eficaz al uso de opioides y al catéter de perfusión epidural, con una rápida recuperación del ileo postoperatorio, la función intestinal, mejoría del control del dolor, y una reducción significativa de la estancia hospitalaria.

COMUNICACIONES POSTER CIRUGÍA ENDOCRINA:

P-03 CÁNCER DE TIROIDES SOBRE TEJIDO TIROIDEO ECTÓPICO DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

Blanco Alvarez, Carlos Alberto; León Hernández, José; Pinella García, Fernando; Fernández García, Elsa; Ferreras Palau, Carvi; Malec Zigbinew, Pawel; Salim Abdelgader, Bashar; Al Sayyad Fayz, Mahhammud.

INTRODUCCIÓN

La glándula tiroides se forma a partir del foramen caecum en la lengua, y su posterior migración a lo largo del conducto tirogloso que posteriormente, experimenta atrofia y regresión. Cuando su atrofia es incompleta, puede dar lugar a una formación quística, denominada quiste del conducto tirogloso, en el cual es posible observar tejido tiroideo, o también se pueden encontrar restos del mismo en su trayecto (de ubicación lingual, sublingual, suprahioideo e infrahioideo). La presencia en las citadas localizaciones es interpretada como tejido normal de ubicación ectópica y puede sufrir las mismas lesiones que afectan a la glándula tiroidea (quistes, hiperplasia y patología tumoral).

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 33 años de edad que consulta por bultoma a nivel cervical lateral de 3 meses de evolución. Asintomática, sólo refiere molestias muy leves a la deglución. A la exploración, se objetiva que dicha tumoración, asciende con la deglución, no infiltra la piel, pero parece que contacta con el cartílago.

Se realizó PAAF y la Anatomía Patológica es informada simplemente como proliferación folicular. Por este motivo la paciente es intervenida quirúrgicamente para extirpación de la lesión.

El informe de Anatomía Patológica define la lesión como tejido tiroideo, en el que se identifica un carcinoma papilar, variedad folicular que invade la cápsula. Ante los hallazgos obtenidos, se decide completar tiroidectomía. La pieza se informa de adenoma folicular en lóbulo tiroideo derecho sin signos histológicos de malignidad.

RESULTADOS

Las ectopias laterales son raras, ya que lo normal es que las eminencias laterales se incorporen a los lóbulos laterales de la eminencia tiroidea media, que se expanden. Por eso en muchas ocasiones, se piensa que el tiroides lateral aberrante es una metástasis de la glándula propiamente dicha.

La variante histológica más frecuente en el carcinoma de tiroides sublingual es el la folicular, mientras que en los tiroides situados en el trayecto de conducto tirogloso, la variante más habitual de carcinoma es la papilar.

El tratamiento del tiroides ectópico no está estandarizado. A menos que haya una indicación quirúrgica inmediata, se recomienda iniciar tratamiento con hormonas tiroideas sustitutivas para suprimir el tiroides lingual (el más frecuente), y reducir su tamaño.

Las indicaciones quirúrgicas serían: síntomas compresivos (dificultad para deglutir o respirar), hemorragia, degeneración, necrosis y la sospecha de cáncer.

CONCLUSIONES

Las ectopias tiroideas son entidades raras, no quedando muy claro si puede asentar un carcinoma primario en ellas, o simplemente cuando aparece tejido tumoral se trata de metástasis de otro tumor de diferente localización.

En cualquier caso, el tratamiento es quirúrgico, debiéndose realizar tiroidectomía cuando se obtiene material compatible con células tiroideas malignas o potencialmente malignas.

P-04 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL INCIDENTALOMA SUPRARRENAL. CASO CLÍNICO.

González Martínez, Lucía; Palomo Luquero, Alberto; Martín Acebes, Fernando; Parra López, Romina; Rodrigo Amador, Vidita; Gil Laso, Iván; Valero Cerrato, Xandra; Sánchez Manuel, Francisco Javier; Seco Gil, Juan Luis.

OBJETIVO:

Describir el manejo y tratamiento de un incidentaloma suprarrenal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 73 años con antecedentes de HTA y asma bronquial ingresada por neumonía con insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda. Se realizó angioTAC pulmonar, en cuyos cortes de hemiabdomen superior se visualizó una masa abdominal, por lo que se completó la exploración con TAC abdominal. Se detectó una gran masa redondeada entre el bazo y el estómago, por delante del riñón, desplazándolos, de aproximadamente 173x148 x165 mm, bien definida, heterogénea, con pared gruesa sólida y contenido hipodenso central. Por la localización de la lesión se estimó que podría corresponder con una masa suprarrenal.

Las glándulas suprarrenales tienen tres funciones importantes: glucocorticoide, mineralocorticoide y androgénica. Así, cualquier tumoración suprearrenal puede afectar a la secreción de determinadas hormonas, catecolaminas y metanefrinas. Por ello, se continuó el estudio con una analítica completa, incluyendo la determinación de las mismas tanto en suero como en orina. Se dectectaron leucocitosis, elevación de dehidroepiandosterodiona en sangre (3'7microgramos/mililitro) y cortisoluria de 24h aumentada (376 microgramos); puesto que la paciente no presentaba síntomas relacionados con el exceso de corticoides, se dedujo que nos encontrábamos ante un caso de hipercortisolismo subclínico.

Dado el gran tamaño de la masa, y que era funcionalmente activa, se decidió exéresis de la misma. La anatomía patológica fue de tumor adrenocortical compatible con carcinoma córtico-suprarrenal.

Oncología completó el tratamiento con Mitotene y radioterapia, no habiendo a día de hoy (5 meses tras la intervención quirúrgica) evidencia de enfermedad.

RESULTADOS:

Sólo el 4% de los incidentalomas suprarrenales corresponde a carcinomas primarios, estando su prevalencia claramente relacionada con el tamaño de la lesión; en masas de más de 6cm, aproximadamente un 25% corresponde a dicha histología.

CONCLUSIONES:

La gran mayoría de los incidentalomas suprarrenales son no funcionantes. Aún así, el estudio funcional de estas neoformaciones es fundamental tanto de cara a la indicación quirúrgica como al planteamiento del postoperatorio, dado que en un 50% de los casos la exéresis de una masa funcionante desemboca en insuficiencia suprarrenal si no se reponen adecuadamente los correspondientes metabolitos.

La multidisciplinariedad del equipo médico es fundamental de cara al manejo del incidentaloma suprarrenal. No existen criterios citológicos de malignidad, por lo que la PAAF no es útil para distinguir entre adenomas y carcinomas. Se considera necesaria la exéresis de los incidentalomas funcionantes, y recomendable la de más de 4cm. Las masas suprarrenales no extirpadas deben ser seguidas de manera estrecha.

P-05 CIRUGÍA LAPAROSCOPICA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL. NUESTRA EXPERIENCIA.

Silva Fernández, Jesús Manuel; Del Riego Tomas, Francisco-José; Herrera Kök, Johnn Henry; De Castro Monedero, Paola; Saldarriaga Ospino, Luis Carlos; Suero Rodríguez, Carlenny Adelaida; Díaz Maag, Carlos Rafael; Simo Fernández, Vicente; Louredo Méndez, Angel Martín; Álvarez Conde, José Luis

INTRODUCCIÓN

Desde que Gagner en 1992, presentó las primeras series de suprarrenalectomías laparoscópicas, esta vía de abordaje se ha convertido en el *gold standard* para la resección de distintas lesiones dependientes de la glándula suprarrenal. La cirugía abierta, no obstante, sigue teniendo vigencia en sospecha de carcinoma suprarrenal, feocromocitomas malignos o tumores grandes que no es posible su resección por vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos la experiencia en nuestro hospital, el Complejo Asistencial de Palencia, un Hospital de nivel 2. Hemos realizado 7 suparrenalectomías por vía laparoscópica en los últimos 2 años. (se adjunta amplia iconografía de diagnóstico por imagen y de técnica quirúrgica). Hemos analizado diversos parámetros tales como el índice de reconversión, el informe anatomopatológico, tasa de recidiva local y complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS

Nuestra tasa de reconversión ha sido del 0%. Hemos recibido en el informe anatomopatológico 5 adenomas (Sd. Cushing) y 2 feocromocitomas. En cuanto a las complicaciones postoperatorias nos hemos encontrado con un caso de íleo postoperatorio y otro de edema agudo de pulmón.

CONCLUSIONES

El abordaje laparoscópico de la glándula suprarrenal está justificado en pacientes seleccionados con indicaciones claras tales como Sd. Cushing, incidentalomas, feocromocitomas y metástasis adrenales. Nuestros resultados son buenos, si bien es cierto que la casuística es escasa y no se pueden extraer conclusiones definitivas. Creemos que habría que realizar estudios prospectivos, randomizados y abordajes multidisciplinares para realizar consensos sobre una actuación conjunta en este tipo de patología.

P-06 TUMORES NEUROENDOCRINOS DEL SISTEMA GASTROENTEROPANCREÁTICO

Rodríguez Sanz, Mª Belen; Roldán Cuena, Mª Del Mar; Sánchez Jiménez, Raúl; Trébol López, Jacobo; Francos Von Hunëfeld, C. Marcelo

INTRODUCCIÓN:

Los NETGEP afectan al trasto gastroenteropancreático en un 67,5%. Se originan de las células enteroendocrinas, poseen capacidad secretora y pueden formar parte de síndromes de hipersecreción. Pueden originarse en los islotes pancreáticos o en el tejido gastroentérico.
Constituyen el 0,5% de todas las neoplasias y el 2% de los tumores digestivos.
Los tumores de células de islotes pancreáticos representan el 1,3% de los tumores del páncreas, suelen ser bien diferenciados, esporádicos y solitarios, un 61% malignizan.
Los NET gastrointestinales suelen ser bien diferenciados y nacen de las células enterocromafines o de Kulchitsky.
La sintomatología es variable. El diagnóstico de elección es la TAC, RMN, eco endoscopia y la gammagrafia con MIBG I^{131} e In^{111}.
Tratamiento es la resección quirúrgica completa del tumor.

CASO CLINICO:

Varón de 83 años con AP de HTA, litiasis renal, prostatectomía y PTC. Acude a consulta por molestias en región genital y suprapúbico.
Exploración física: abdomen blando y depresible, no doloroso con masa en HD-epigastrio. No visceromegalias.
Ecografía aparato urinario y TAC tóraco-abdominal: masa retroperitoneal sólida e irregular de 12x14 cm. situada por detrás de la cabeza del páncreas y contacta con vasos mesentéricos y porta. No adenopatías.
BAG eco guiada con AP de tumor neuroendocrino grado 1.
Tratamiento quirúrgico: tumor retroperitoneal derecho de 15x18 cm. que parece depender de la cabeza del páncreas, comprime V.M.S. y porta y se adhiere al tronco celiaco. Se efectúa colecistectomía, duodenopancreatectomía cefálica, antrectomia y linfadenectomía con reconstrucción doble asa yeyunal; hepático-yeyunostomia, pancreático-yeyunostomia, gastro-yeyunostomia y yeyuno-yeyunostomia.
Postoperatorio sin complicaciones.
Anatomía Patológica: neoplasia neuroendocrina bien diferenciada G1 de 19 cm. T3NOMX con actividad Ki67< 2%

CONCLUSIONES:

Los NET GEP son tumores poco frecuentes con sintomatología variable. El diagnóstico mediante TAC o RMN; en tumores de pequeño tamaño se realiza eco endoscopia. El tratamiento debe ser siempre quirúrgico.
El pronóstico de estos tumores depende de la edad del paciente, localización del tumor, tamaño y actividad de la cromogranina A y Ki67 o MIBI menor del 2%

COMUNICACIONES POSTER CIRUGÍA BARIÁTRICA:

P-07 EXPRESIÓN GENÉTICA DE PROTEÍNAS ESPECÍFICAS ASOCIADAS A COMORBILIDAD EN EL PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA

Rozo Coronel, Orlando; Hernández Cosido, Lourdes; Torres Triana, Jorge; Caraballo Angeli, Mariana; Aguilera Molina, Yari; Marcos Martín, Miguel; Sabio Buzo, Guadalupe; Sánchez , Alfonso ; Jiménez , Isidro; Ortega Martín- Corral, Luis.

OBJETIVOS

Alteraciones cuantitativas y funcionales de proteínas como los receptores activadores de la proliferación de los peroxisomas (PPAR) gamma involucrados en el control del metabolismo de la glucosa y lipídico han demostrado asociación con la presencia de comorbilidad adicional en el paciente obeso (diabetes, ateroesclerosis, dislipemias, esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) y hepatocarcinoma). Nuestro estudio pretende analizar la expresión de PPAR gamma en pacientes obesos y controles sanos.

MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional de casos y controles con pacientes obesos (IMC >35), operados entre noviembre de 2010 y noviembre de 2011 con gastrectomía tubular laparoscópica, que se compararon con controles voluntarios sanos. Se obtuvo muestra de sangre venosa en ayunas previa a intervención. El suero extraído por centrifugación se conservó a -80 ° C y la sangre humana recogida en tubos de sangre PAXgene ARN se conservó a -20 ° C hasta la extracción del ARN. Con equipo de PCR a tiempo real 7900 Fast Real-Time PCR, la expresión de mRNA se obtuvo por análisis de PCR cuantitativa. Midiendo la cantidad de mRNA de GAPDH (Glyceraldehyde-3-fosfato deshidrogenasa) se normalizó la expresión relativa de mRNA. Finalmente la significación estadística se calculó con la prueba de T-Student.

RESULTADOS

Un total de 28 pacientes fueron estudiados, 17 pacientes obesos (12 mujeres y 5 hombres) con una edad media de 45 años, un peso medio previo a cirugía de 132,2 kg siendo el IMC medio de 49 kg/m2 y 11 controles sanos (8 mujeres y 3 hombres). Posterior a la extracción del RNA y del análisis de la PCR, observamos que los pacientes obesos tenían un descenso significativo de la expresión en sangre de PPAR-gamma respecto a los controles sanos ($p<0,05$).

DISCUSION

El PPAR gamma es un receptor nuclear regulador de la lipogénesis, sensibilidad insulínica y del metabolismo lipídico. Recientes estudios en animales han demostrado que la sobreexpresión de PPAR gamma podria ser un factor protector para ciertas patologías como la esteatosis hepática no alcoholica y el hepatocarcinoma. Nuestros resultados demuestran que los obesos presentan menor expresión de PPAR gamma y sería importante realizar estudios en humanos para demostrar su relación con hepatopatías de este tipo.

CONCLUSIONES

Son significativas las diferencias que hay en la expresión de PPAR gamma en obesos con respecto a los controles sanos, por lo tanto se requieren más estudios y de esta forma determinar si la falta de expresión genética de PPAR gama y otras proteínas presentan correlación causal en desarrollo de hepatopatías como EHNA y/o el hepatocarcinoma en humanos.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

P-08 ANALISIS DE ASOCIACIÓN DE POLIMORFISMO ESTRUCTURAL DEL P53 EN PACIENTES OBESOS

Rozo Coronel, Orlando; Hernández Cosido, Lourdes; Torres Triana, Jorge; Aguilera Molina, Yari; Caraballo Angeli, Mariana; Marcos Martín, Miguel; Sabio Buzo, Guadalupe; Sánchez , Alfonso; Jiménez , Isidro; Ortega Martín- Corral, Luis.

INTRODUCCIÓN

El gen supresor de tumores p53 localizado en el brazo corto del cromosoma 17 (17p13) mantiene el control celular de mutaciones asociadas a diferentes neoplasias, además regula activamente el ciclo celular favoreciendo su detención, la apoptosis, el envejecimiento celular o la diferenciación celular después de un estrés celular.

El polimorfismo Arg72Pro del codón 72 de p53 regula la interacción con el factor nuclear Kappa-B y de esta forma controla genes involucrados en la apoptosis, la inmunidad y la inflamación. Por tanto, este polimorfismo se ha asociado con varios tipos de cáncer así como enfermedades inflamatorias. Por esto son objeto de estudio su relación con diversas neoplasias y con enfermedades inflamatorias

OBJETIVO

Analizar la distribución del polimorfismo Arg72Pro del codón 72 en el exón 4 del gen p53 y su relación con la obesidad.

MATERIALES Y METODOS.

Estudio observacional de casos y controles en el que se incluyeron pacientes obesos con índice de masa corporal (IMC) >35, a los que se les realizó gastrectomía tubular laparoscópica en el Hospital Universitario de Salamanca, entre noviembre de 2010 y noviembre de 2012, y se compararon con controles voluntarios sanos. El polimorfismo del codón 72 de p53 (rs1042522) se analizó mediante amplificación por PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) de un fragmento de 291 pares de bases del exón 4 y posterior restricción con la enzima BstUI. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado. La desviación del equilibrio de Hardy-Weinberg en sujetos sanos se evaluó mediante la prueba de $\chi 2$).

RESULTADOS

Se incluyeron 150 controles sanos y 31 pacientes obesos. El 70 % de los pacientes y controles fueron mujeres. La desviación de las frecuencias genotípicas de los controles no presentaron una diferencia significativa respecto al equilibrio de Hardy-Weinberg (p=0,240). Las frecuencias genotípicas observadas en los controles son arginina/arginina: 20(64,5%), prolina/prolina: 2(6,5%) y arginina/prolina: 9(29%) y en los pacientes son arginina/arginina: 84(56%), prolina/prolina: 9(6%) y arginina/prolina: 57(38%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias genotípicas de los dos grupos (p=0,638).

CONCLUSIÓN

La obesidad es considera una enfermedad multifactorial que resulta de la interacción entre factores genéticos y ambientales. Alrededor de 30 polimorfismos se han relacionado con una mayor susceptibilidad a la obesidad. El polimorfismo p53 Arg72Pro no mostró relación con la presencia de obesidad. Sin embargo se debe tener en cuenta que el tamaño muestral reducido podría ser una limitación para la interpretación de estos datos.

P-09 CARCINOMA GÁSTRICO DISEMINADO EN EL ESTÓMAGO EXCLUIDO TRAS BYPASS GÁSTRICO

Gonzalez Zunzarren, Mariana; Herrador Benito, Jorge; Pozancos De Simón, Teresa; Coll Sastre, Magdalena; Abadía Barnó, Pedro; Yagüe Adan, Sandra ;Peromingo Fresneda, Roberto; Lobo Martínez, Eduardo

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma gástrico del estómago excluido que se presenta tras la realización de un bypass gástrico es una entidad infrecuente y con pocos casos descritos en la literatura. Su clínica es muy inespecífica y el diagnóstico complicado por no tener acceso directo a la exploración del citado estómago.

CASO CLÍNICO:

Se presenta el caso de un paciente de 47 años de edad intervenido un año antes por presentar obesidad grado II asociada a comorbilidad en forma de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, diabetes tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales y apnea del sueño en tratamiento con CPAP. Se le realiza bypass gástrico laparoscópico y cierre de pilares diafragmáticos por hernia hiatal sintomática. Se realiza endoscopia oral preoperatoria dos meses antes de la cirugía, apreciándose gastritis eritematosa leve asociada a H.Pylori que se trata con buena respuesta al tratamiento. Control trimestral clínico y analítico sin hallazgos patológicos.

Un año después de la intervención quirúrgica acude al servicio de urgencias refiriendo un cuadro de astenia, anorexia y mareos de un mes de evolución. No presenta signos de obstrucción intestinal ni hallazgos analíticos relevantes. En el TAC abdominal se objetiva masa gástrica tumoral con diseminación peritoneal.

DISCUSIÓN:

Aún siendo muy infrecuente, el carcinoma gástrico del estómago excluido es una entidad descrita y con síntomas muy inespecíficos. Su diagnóstico, por las dificultades evidentes, suele ser tardío y su tratamiento deficiente. De ahí que sea muy importante la evaluación preoperatoria del estómago considerándose la endoscopia como la técnica de elección.

COMUNICACIONES POSTER RETROPERITONEO:

P-10 GANGLIONEUROMA, UN TUMOR RETROPERITONEAL POCO FRECUENTE

Olmos Juste, V; Pacho Valbuena, S; Canga Presa, J M; Villafañe Pacho, A; Álvarez Martínez, A; Marco López, I; Ballesta Russo, L; Díez González, P; Cavero Ibiricu, A; González de Francisco, T

INTRODUCCIÓN:

Los tumores retroperitoneales representan tan sólo entre el 0.3 y el 0.8 % de todas las neoplasias. Entre ellos se encuentran los ganglioneuromas, tumores derivados del sistema nervioso simpático, bien diferenciados, de naturaleza benigna, que constituyen una muy poco frecuente variedad de tumor retroperitoneal.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 78 años con antecedentes de dislipemia, extrasístoles supraventriculares y anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes. Durante el estudio de su patología hematológica se objetiva de forma casual masa retroperitoneal en TAC abdominal, realizándose PAAF de la tumoración que se informa como ganglioneuroma. Clínicamente presenta dolor lumbar, irradiado a ambas extremidades inferiores.

Tras completar el estudio, se indica la realización de laparotomía, observándose masa que se encuentra en la encrucijada vascular de arterias y venas renales derechas, tronco celiaco, arteria mesentérica superior, vena cava y arteria aorta. Finalmente se realiza resección completa del tumor.

DISCUSIÓN Y COMENTARIO:

A pesar de su baja incidencia, los ganglioneuromas deben incluirse en el diagnóstico diferencial de cualquier masa retroperitoneal. Aunque pueden producir ciertos neuropéptidos, en la mayoría de las ocasiones este tipo de tumores son asintomáticos, y constituyen un hallazgo casual en un estudio radiológico motivado por otra patología. En el caso de que produzcan algún tipo de clínica, ésta es debida al efecto masa que produce su crecimiento, pudiendo comprometer la integridad de importantes estructuras anatómicas vecinas. La indicación quirúrgica viene dada por la posibilidad de degeneración maligna, aunque si bien es cierto que ésta es muy rara, así como por el crecimiento local intervascular, que puede limitar su resección completa. Tras la escisión total presentan un excelente pronóstico, con una muy baja tasa de transformación maligna o recidivas, debido a su patrón de lento crecimiento.

P-11 LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE

Suero Rodríguez, Carlenny; Fernández Rodríguez, José; Herrera Kok, John; De Castro Monedero, Paola; Silva Fernández, Jesús; Saldarriaga Ospino, Luis; Castrillo Arcornada, Enrique; Alvarez Conde, José

OBJETIVO

Dar a conocer las características del Liposarcoma, descrito por vez primera por R. Virchow en 1857. Neoplasia derivada de células primitivas capaz de diferenciarse hacia tejido adiposo, propia de pacientes adultos, cuyo pico de incidencia se sitúa entre los 40 y los 60 años, con una ligera prevalencia por el sexo masculino.Un rasgo característico es su tendencia a aparecer en espacios viscerales, muy especialmente en retroperitoneo.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 50 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por dolor abdominal de 1 mes de evolución, que se ha agudizado en los últimos 10 días. A la exploración presentaba un abdomen: blando, depresible, con molestias a la palpación superficial en hemiabdomen derecho, palpándose una gran masa de aproximadamente 20 cm de diámetro. Resto de exploración sin hallazgos destacables. Estudios analíticos con marcadores tumorales, sin alteraciones.

Se realiza un TC Abdomino-Pélvico con contraste, donde se aprecia en hemiabdomen derecho una masa de partes blandas de 21,6 x 12,7 x 20 cm, que se origina en espacio pararrenal anterior, sin afectar al riñón derecho y desplaza todas las estructuras hacia hemiabdomen izquierdo. No adenopatías retroperitoneales. (Fig. 1 y 2).

Se realiza biopsia con aguja gruesa que es informada como muestra insuficiente para el diagnóstico.

Con una imagen radiológica compatible y una anatomía patológica no concluyente se decide realizar intervención quirúrgica. Se realiza una laparotomía que evidenció una gran tumoración retroperitoneal en hemiabdomen derecho, sin signos macroscópicos de extensión loco-regional, pero íntimamente adherido a colon ascendente y ángulo hepático, uréter y vena renal derechos, duodeno y vena cava inferior. Se consigue extracción en bloque de la pieza quirúrgica.

Anatomía patológica: Tumoración de 25 x 26 x 6 cm de apariencia encapsulada que corresponde con tejido adiposo con atipia citológica, zonas de necrosis y aumento de la vascularización compatible con liposarcoma bien diferenciado, márgenes quirúrgicos libres de infiltración tumoral.

El postoperatorio cursa favorablemente con alta al 8º día de la intervención quirúrgica. En revisiones anuales, realizándose analítica con marcadores tumorales y TC abdomino-pélvico en consulta de cirugía. Presentando recidiva tumoral en el lecho quirúrgico a los 42 meses de la intervención.

CONCLUSIONES

Los liposarcomas retroperitoneales representan un 15% de todos los sarcomas de tejidos blandos. La mayoría se presentan como una masa abdominal asintomática. La TC y RM ofrecen datos importantes sobre tamaño y localización, así como sobre su relación con las principales estructuras vasculares y la ausencia o presencia de enfermedad metastásica. El objetivo del tratamiento es la extirpación en bloque y completa del tumor además de cualquier órgano adyacente afectado con márgenes libres de resección. Son raras las metástasis ganglionares (≤ 5 %). La recidiva local tras la resección completa se da en un 40-80 % de los casos y es considerada la principal causa de muerte.

El caso que se presenta se ajusta a todas las características descritas en la literatura respecto a este tipo de neoplasia.

P-12 TUMORES RETROPERITONEALES: EL GANGLIONEUROMA

Rodrigo Amador, Vidina; Seco Gil, Juan Luis; Novotny Canals, Sergio; Palomo Luquero, Alberto; Parra López, Romina; Gil Laso, Iván; González Martínez, Lucía; Valero Cerrato, Xandra; Zambrano Muñoz, Rocío

OBJETIVO:

Describir un caso curioso de tumor retroperitoneal: el ganglioneuroma. Repasar las características de este tipo de tumores y la importancia del diagnóstico diferencial para su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso de una mujer de 33 años. De forma casual se le diagnostica un tumor retroperitoneal con sospecha de invasión vascular a nivel de la encrucijada aorto-cava. No presenta otra sintomatología acompañante. En TAC se identifica un proceso expansivo correspondiente a una formación sólida de 9x4.5 cm en situación prevascular aorto – cava que desplaza las asas intestinales, y parece atravesar un vaso mesentérico. La PAAF describe diferenciación neural, sin atipia citológica. Se decide realizar la resección completa del tumor con anastomosis de la arteria mesentérica inferior, puesto que ésta se encontraba englobada. La anatomía patológica confirmó la estirpe del tumor y lo cataloga de ganglioneuroma. Durante el postoperatorio la paciente evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN:

Los tumores primarios del retroperitoneo comprenden gran variedad de neoplasias. La mayoría son malignos y de origen mesenquimatoso. El más frecuente es el liposarcoma, consituyendo un 20% del total. El ganglioneuroma es un tumor del sistema nervioso periférico generalmente benigno. Es poco frecuente dentro de los retroperitoneales, correspondiendo sólo al 3% de los mismos. Se suele presentar entre los 10 y 40 años. Sus síntomas dependen de la localización de la masa y de si produce secreción neuroendocrina o no. Encontrándose en retroperitoneo pueden causar dolor y distensión abdominal. Si se localiza cerca de la médula espinal puede provocar deformación de la columna y síntomas neurológicos por compresión. No suele ser una neoplasia secretora, aunque se han descrito casos de diarrea asociados a secreción de VIP. El TAC y la RM son las mejores pruebas diagnósticas, completándose, a ser posible, con una biopsia. El tratamiento requiere la exéresis completa del tumor, sobre todo si es sintomático, aunque su pronóstico es bueno y rara vez maligniza.

El diagnóstico diferencial lo debemos plantear con el resto de tumores retroperitoneales, tales como: el liposarcoma, fibrohistocitioma maligno, leiomiosarcoma, paraganglioma o feocromocitoma ectópico; sarcoma indiferenciado, fibrosarcoma, rabdomiosarcoma, carcinoma indiferenciado no metastático, neuroblastoma, schwannoma benigno y linfangioma.

CONCLUSIONES:

Los tumores retroperitoneales corresponden a una patología poco frecuente. Clínicamente son difíciles de diagnosticar ya que su sintomatología es inespecífica o son asintomáticos. El diagnóstico diferencial, principalmente anatomopatológico, es esencial, ya que el tratamiento complementario deberá de aplicarse en función de su estirpe tumoral.

COMUNICACIONES POSTER URGENCIAS, POLITRAUMATISMOS Y CRÍTICOS:

P-14 NEUMATOSIS PORTAL E ISQUEMIA INTESTINAL: ¿SIEMPRE RELACIONADA?

Reoyo Pascual, José Felipe; León Miranda, Raquel; Valero Cerrato, Xandra; Martínez Castro, Rosa Mª; García-Plata Polo, Esther; Zambrano Muñoz, Rocio; Ortega Seda, José; Alonso Alonso, Evelio; Álvarez Rico, Miguel; Seco Gil, Juan Luis.

INTRODUCCIÓN

La presencia de gas en el sistema portal es un signo radiológico infrecuente, conocido como neumatosis portal, relacionado con isquemia intestinal evolucionada y con un desenlace fatal . Sin embargo, existen otras causas como enfermedades intestinales inflamatorio-infecciosas, procedimientos intervencionistas, traumatismos, etc que justifican este hallazgo con mejor pronóstico.

CASO CLÍNICO

Presentamos dos casos clínicos. El primero es un varón de 77 años con antecedentes de EPOC y fibrilación auricular, que presenta dolor periumbilical súbito acompañado de diarrea. A la exploración permanece afebril, abdomen blando y molestias epigastricas sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca: leucocitos 18000/mmc. En ecografia-TAC, se observan múltiples imágenes lineales de distribución periférica en relación con gas portal intrahepático, asociado a engrosamiento de la pared del intestino delgado, sin líquido libre. Dada la estabilidad clínica, la exploración abdominal anodina y la sospecha de imagen de proceso inflamatorio de I. delgado, se decide, con el diagnóstico de gastroenteritis aguda, pautar tratamiento médico, evolucionando el paciente de forma satisfactoria.

El segundo caso, se trata de un varón de 64 años, que presenta dolor mesogástrico, vómitos y diarrea de 1 semana de evolución. El abdomen es globuloso, doloroso de forma difusa, con discreta reacción peritoneal. En la analítica se objetiva leucocitosis (13700/mmc). En TAC se observa la presencia de gas portal y dilatación de delgado. Ante estos hallazgos, se decide intervención quirúrgica urgente, en la que se explora el intestino delgado y grueso, encontrando únicamente, segmento de delgado ligeramente dilatado sin signos de isquemia decidiendo terminar la intervención. Posteriormente, la evolución fue satisfactoria.

DISCUSIÓN

La neumatosis portal obedece a diferentes etiologías, como la patología isquémica, y otros procesos intestinales inflamatorio-infecciosos, traumatismos, tras procedimientos endoscópicos, etc . Clásicamente, la presencia de gas en el sistema portal asociado a sospecha de isquemia intestinal, era indicativa de alta tasa de mortalidad, siendo imperativo una intervención quirúrgica urgente.

Existen factores predisponentes para la aparición de este signo, como el escape de gas producido por microorganismos existentes en la luz intestinal y en abscesos, o su presencia en el sistema venoso portal.

CONCLUSION

A la vista de los casos presentados, confirmamos la presencia de neumatosis portal en situaciones ajenas a la isquemia intestinal, que presentaron buen pronóstico. Concluimos que lo fundamental es encuadrar la neumatosis portal en el contexto clínico particular de cada paciente, descartando los procesos más graves, que conllevan alta mortalidad y obligan a un tratamiento quirúrgico urgente.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

P-15 GAS PORTAL SECUNDARIOA A ISQUEMIA MESENTÉRICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Herrador Benito, Jorge; González Zunzarren, Mariana; Pozancos De Simon, Teresa; García-Moreno Nisa, Francisca; Lobo Martínez, Eduardo

INTRODUCCIÓN:

La presencia de gas en la vena porta es consecuencia de la entrada de gérmenes anaerobios productores de gas a partir de una lesión en la pared intestinal. Es un evento raro y su etiología es variada. El pronóstico, globalmente, suele ser malo, a pesar de instaurar un rápido tratamiento quirúrgico.

CASO CLÍNICO:

Varón de 73 años de edad. Antecedentes personales: hipertensión arterial, bronquitis crónica, fumador activo, bebedor. Tratamientos habituales: ácido acetilsalicílico, prednisolona, amlodipino, tramadol, salbutamol. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dificultad respiratoria de unas 10 horas de evolución de inicio progresivo. Niega dolor torácico o palpitaciones. Es ingresado en la Unidad de Vigilancia Intensiva con diagnóstico de shock séptico de origen respiratorio. Tras 8 días de ingreso en el que precisa drogas vasoactivas, desarrolla empeoramiento clínico junto con dolor abdominal difuso con signos de irritación peritoneal. Se realiza una tomografía computerizada (TC) urgente que muestra gas portal abundante en ramas del lóbulo hepático izquierdo, una marcada neumatosis del ciego y colon ascendente con dilatación de hasta 11 cm así como ateromatosis calcificada del origen de la arteria mesentérica superior con paso de contraste. El paciente es intervenido de forma urgente hallando una gangrena segmentaria del colon derecho, se realiza una hemicolectomía derecha urgente con ileostomía terminal. El curso postoperatorio es favorable siendo dado de alta 10 días tras la intervención.

DISCUSIÓN:

La presencia de gas en la vena porta es consecuencia de la entrada de gérmenes anaerobios productores de gas debido casi siempre a la existencia de solución de continuidad en la pared del tubo digestivo. Las causas son múltiples destacando la isquemia intestinal, la dilatación del tracto digestivo, los abscesos intraabdominales o retroperitoneales y la enfermedad inflamatoria intestinal Su aparición se ha asociado durante mucho tiempo al concepto de muerte inminente, siendo supuestamente inútil en muchas ocasiones la laparotomía exploradora. La TC muestra nítidamente el aire dentro de los radicales portales, pudiendo aportar datos del origen del proceso. Las cifras publicadas de mortalidad pueden alcanzar el 75 % en los casos sintomáticos en función de la enfermedad de base existente.

CONCLUSIONES:

La presencia de gas portal no es por sí mismo un factor predictivo de mortalidad. Se trata de un signo radiológico, no de un diagnóstico en sí mismo y la mortalidad dependerá del proceso subyacente, el estado del paciente y las posibilidades de corrección del mismo.

P-16 HEMORRAGIA ADRENAL ESPONTÁNEA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Peláez Barrigón, Rosa María; Gutiérrez Conde, Fernando; Franch Arcas, Guzmán; Velasco, Luis

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hemorragia adrenal espontánea es extremadamente infrecuente. La mayoría suelen ser bilaterales asociadas a sepsis, cirugía, embarazo, traumatismo, tratamiento anticoagulante o con hormonas corticotrópicas, enfermedad cardiovascular o grandes quemados. El sangrado adrenal unilateral se asocia a metástasis o a tumores adrenales primarios. Es muy rara la hemorragia clínicamente significativa asociada a metástasis. La hemorragia adrenal es importante por el riesgo vital que puede suponer si es grave o por la insuficiencia suprarrenal cuando es bilateral. El objetivo de este póster es la presentación de un caso clínico para revisar el manejo de la hemorragia adrenal espontánea.

CASO CLÍNICO

Paciente de 64 años con antecedentes personales de HTA, diabetes mellitus, nefrectomía derecha por Ca. células claras y Ca. pulmonar microcítico con metástasis óseas, pulmonares y suprarrenal izquierda. Acudió a Urgencias por dolor abdominal intenso, en hipocondrio y fosa lumbar izquierda. A la exploración física: PA 159/81 y 111 lpm, dolor a la palpación en HCI sin signos de irritación peritoneal. PPRI+. En la analítica presentó leucocitosis con neutrofilia y Hgb de 9,7g/dl, siendo el resto normal. TAC abdominal: Derrame pleural izquierdo. Dos lesiones en segmentos hepáticos VI y VII compatibles con metástasis. Masa suprarrenal izquierda de 5.7x3.7cm compatible con metástasis y colección adyacente hiperdensa de 10x4x12cm, en espacio perirrenal, compatible con hematoma. Se solicitó valoración por S. Radiología Intervencionista que realizó arteriografía selectiva de arteria renal izquierda, observándose signos indirectos de sangrado. Se embolizó mediante coils la arteria adrenal inferior izquierda y el paciente evolucionó satisfactoriamente.

CONCLUSIÓN

Las metástasis en las glándulas adrenales suelen ser relativamente frecuentes, asintomáticas y se diagnostican durante la realización de pruebas de imagen para estadificación o seguimiento tumoral. Los tumores de pulmón, gastrointestinales, mama, riñón y melanoma son los que más frecuentemente metastatizan en la glándula suprarrenal. La TAC con contraste es el “gold standard” para diagnosticar la hemorragia adrenal. El manejo en el servicio de urgencias de la hemorragia suprarrenal depende de la etiología y la situación hemodinámica del paciente. En general, si hay estabilidad hemodinámica se maneja con observación y tratamiento conservador. La hemorragia traumática con inestabilidad puede requerir cirugía exploradora en trauma penetrante, por lesiones asociadas y/o hemostática. El sangrado no traumático con inestabilidad requiere inicialmente embolización transarterial, y cirugía si persiste sangrado o inestabilidad. La necesidad de adrenalectomía ulterior en caso de asociarse a tumor, dependerá de si es primario o secundario y del tamaño y funcionalidad del tumor.

P-17 MALROTACION INTESTINAL COMO CAUSA DE OCLUSIÓN INTESTINAL EN PACIENTE ADULTO

Marco López, IM; Alcoba García, LM; González Ganso, A; González Herráez, L; Ballesta Russo, L; Díez González, P: Olmos Juste, V; Cavero Ibiricu, A; González De Francisco, T

INTRODUCCIÓN

El término malrotación intestinal hace referencia a la rotación y fijación anómala del intestino medio durante el desarrollo embrionario. Aparece frecuentemente asociado a otras anomalías congénitas. En neonatos se manifiesta con vómitos biliosos. En edad más avanzada la clínica es anodina e insidiosa con episodios de dolor abdominal recurrente, vómitos, retraso pondoestatural, diarrea y malabsorción.

Puede presentarse como abdomen agudo por volvulación intestinal (complicación más severa), bandas peritoneales de Ladd o hernia interna asociados o no a distintos grados de isquemia.

Los estudios de elección para su diagnóstico son tránsito intestinal baritado (sobre todo en neonatos) y TC abdominal que objetivan el signo del remolino (vólvulo de intestino medio) y posición anómala de unión duodenoyeyunal con ubicación del ángulo de Treitz a la derecha.

El tratamiento de elección es quirúrgico y tiene por objetivo tratar la causa de abdomen agudo y corregir si procede la malrotación de manera definitiva.

En pacientes asintomáticos el manejo es controvertido, algunos optan por tratamiento conservador y otros recomiendan corrección quirúrgica en todos los casos pues consideran que es imposible predecir que pacientes pueden desarrollar complicaciones.

CASO CLÍNICO

Mujer 60 años diagnosticada de mieloma múltiple. Presenta dolor abdominal difuso de 24 horas de evolución más intenso en hemiabdomen izquierdo acompañado de náuseas, vómitos y disminución de emisión de gases. Abdomen distendido, doloroso en FII y flanco izquierdo con sensación de ocupación, no defensa. En analítica destaca 15300 leucocitos. En TC abdominal, gran dilatación de asas de yeyuno e ileon con cambio de calibre brusco en un asa ileal localizada en mesogastrio, sugiriendo existencia de brida o hernia interna.

Se decide intervención quirúrgica mediante laparotomía objetivando abundante líquido seroso y formación sacular que contiene prácticamente todo el intestino delgado, excepto 20 cm de íleon distal por ausencia de fusión del retroperitoneo con mesosigma. Se libera el intestino delgado y se cierra orificio herniario dejando libre el ángulo de Treitz.

CONCLUSIÓN

La malrotación intestinal se manifiesta frecuentemente en neonatos pero ante adultos con clínica de obstrucción intestinal se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial.

La complicación más severa es el vólvulo intestinal que puede ocasionar compromiso vascular, necrosis y perforación.

El diagnóstico precoz es fundamental, en edad pediátrica el patrón oro es el tránsito baritado y en adultos el TC.

El tratamiento de elección es quirúrgico y pasa por solucionar la causa de abdomen agudo y corregir si es posible la malrotación de manera definitiva.

P-18 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA PARAESTOMAL EN ILEOSTOMÍA TIPO BRICKER

Merino Peñacoba, Luis María; de Andrés Asenjo, Beatriz; Moreno Racionero, Francisca; Gómez López, Juan Ramón; Benavides de la Rosa, Diana Fernanda; Legido Morán, Patricia; Casadiego Matarranz, Laura; Beltrán de Heredia Rentería, Juan.

OBJETIVOS:

Se presenta el caso de un paciente que presentó obstrucción intestinal secundaria a una hernia paraestomal de ileostomía tipo Bricker.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 72 años, monorreno funcional, intervenido cinco años antes por aneurisma de aorta (colocación de endoprótesis) y dos años antes por carcinoma urotelial (Cistoprostatectomía radical con linfadenectomía ilioobturatriz y derivación tipo Bricker). Ingresa en el Servicio de Urología por anuria, resuelta mediante nefrostomía. A las 48 horas del ingreso presenta intenso dolor asociado a distensión abdominal y vómitos. Se realiza TAC abdominal que informa de oclusión intestinal por brida y hernia paraestomal no complicada.

Se le interviene quirúrgicamente de forma urgente, hallándose oclusión de íleon, secundaria a estrangulación del mismo a través del orificio de la ileostomía tipo Bricker, y perforación puntiforme de la neovejiga. Se realiza resección del segmento isquémico y anastomosis latero-lateral manual, así como sutura de la perforación.

RESULTADOS:

El paciente evoluciona favorablemente tras la intervención, tanto desde el punto de vista digestivo, como del urinario, recibiendo el alta a los 10 días de la intervención.

CONCLUSIÓN:

La causa de obstrucción intestinal más frecuente pacientes operados son las bridas. Sin embargo, en nuestro caso, la intervención quirúrgica confirmó el verdadero origen de la obstrucción, una hernia paraestomal estrangulada.

Es relativamente frecuente que en los pacientes que han sido sometidos a cistoproctatectomía radical, se presenten complicaciones urológicas, que pueden aumentar la presión intraabdominal, y contribuir a la formación de hernias paraestomales.

Aunque diferentes estudios indican que las hernias paraestomales en ileostomías tipo Bricker se producen con una frecuencia similar que en el resto de ostomías (hasta 18,3% según las series), no hemos encontrado ningún caso de hernia estrangulada en la revisión de la literatura.

A pesar de que las publicaciones son confusas en cuanto a la verdadera incidencia de hernias paraestomales en las derivaciones Bricker, debe sospecharse esta etología ante un cuadro de obstrucción intestinal.

P-19 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A UNA HERNIA OBTURATRIZ.

León Miranda, Raquel; Vidal Doce, Oscar; De La Plaza Galindo, María; Reoyo Pascual, José Felipe; García Plata Polo, Esther Beatriz; Valero Cerrato, Xandra; Álvarez Rico, Miguel Ángel; Gil Laso, Iván; Zambrano Muñoz, Rocío; Seco Gil, Juan Luis.

INTRODUCCIÓN:

La hernia obturatriz es una entidad rara, que causa obstrucción de intestino delgado. Suele aparecer en mujeres delgadas, ancianas y multíparas. Debido a que los signos y síntomas son inespecíficos, el diagnóstico y el tratamiento suele retrasarse. Se debe a una disminución del tejido graso y linfático preperitoneal que ocupa el canal obturador. Aquellas situaciones que incrementan la presión abdominal, como la delgadez extrema, caquexia, embarazo y multiparidad, EPOC, estreñimiento crónico, cifoescoliosis, ascitis, etc son factores predisponentes. Son más frecuentes en el lado derecho, debido a que el colon izquierdo cubre el agujero obturador izquierdo, y en un 50-60% de los casos son hernias tipo Richter. Normalmente el saco contiene intestino delgado (íleon), pero también se ha descrito la presencia del colon, apéndice, ovario, trompa de Falopio, epiplón y vejiga.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 86 años que ingresa en nuestro servicio procedente de Urgencias por dolor abdominal y vómitos. A la exploración presenta dolor abdominal generalizado, timpanismo, sin defensa ni irritación, parece palparse tumoración en pelvis, medial a la región inguino-crural, sin poder descartar herniación. Entre las pruebas complementarias encontramos en la analítica, leucocitosis, con elevación de PCR. En las pruebas de imagen se confirma obstrucción intestinal secundaria a hernia obturatriz con signos de sufrimiento intestinal. Realizamos laparotomía media, encontrando dilatación de todas las asas de intestino delgado proximales a la hernia, y distalmente con un calibre normal, un segmento de asa de intestino delgado con signos muy avanzados de isquemia, por lo que realizamos resección y anastomosis T-T manual. La paciente evolucionó satisfactoriamente.

DISCUSIÓN:

La inespecificidad de los signos y síntomas, asociados a que en general son personas de edad avanzada y con un deteriorado estado de salud, nos lleva a realizar una TAC lo antes posible, para asegurar el diagnóstico. En general, se considera suficiente un cierre primario del orificio en el caso de hernias de pequeño tamaño, pero en grandes defectos herniarios no siempre es posible. Algunos autores utilizan flaps de fascia peritoneal, pared de vejiga o fundus uterino, sin embargo, la tendencia actual es la reparación del defecto usando material protésico cubriendo correctamente la malla con peritoneo.

CONCLUSIONES:

El retraso en el diagnóstico de este tipo de hernias se asocia a un incremento de las tasas de estrangulación herniaria y mortalidad. Un diagnóstico y tratamiento precoces son esenciales para reducir la tasa de estrangulación y mortalidad.

P-20 OCLUSIÓN INTESTINAL POR... HERNIA OBTURATRIZ

Velasco López, Rosalía; Martínez Díaz, Ruth; Gonzalo Martín, Marta; Rodríguez López, Mario; Mambrilla Herrero, Sara; Otero Roussel, Raúl; Blanco Álvarez, José Ignacio; Pérez Saborido, Baltasar; Asensio Díaz, Enrique

OBJETIVOS:

Las hernias obturatrices suponen el 0,05-1,4% de las hernias y causan el 0,2-1,6% de las oclusiones intestinales. Son más frecuentes en mujeres ancianas y delgadas. Su diagnóstico es difícil y suelen descubrirse tras un episodio de estrangulación, en forma de oclusión intestinal aguda, por lo que presentan una elevada morbimortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón, de 88 años de edad, intervenido previamente de hernia inguinal bilateral y prótesis de cadera bilateral, que acude a urgencias por dolor abdominal de 24h de evolución, junto con vómitos y ausencia de emisión de heces y gases. A la exploración, presenta distensión abdominal, con timpanismo, dolor difuso a la palpación y ruidos hidroaéreos disminuídos. No se palpan hernias. Al tacto rectal, la ampolla se encuentra vacía. Analíticamente se observa una leve neutrofilia sin leucocitosis, creatinina de 2,46 y lactato de 2,3. En la radiología simple de abdomen se evidencia dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos en su interior. Ingresa en el servicio de Cirugía con el diagnóstico de oclusión intestinal y se inicia manejo conservador con soporte hidroelectrolítico y colocación de SNG. Al día siguiente, dada la no mejoría del paciente, se solicita TC abdominal, que se informa como oclusión de intestino delgada secundaria a hernia obturatriz derecha.

RESULTADOS:

Se realizó laparotomía urgente, con reducción de la hernia tras la disección del saco y colocación de malla. La evolución posterior fue favorable, siendo dado de alta a los 8 días del ingreso.

CONCLUSIONES:

Las hernias obturatrices raramente se palpan como una masa en la región femoral, percibiéndose a veces en el tacto vaginal. La equimosis del triángulo de Scarpa supone un signo tardío en relación al sufrimiento intestinal. El signo de Howship-Romberg, caraterizado por la compresión del nervio Obturador, que ocasiona un dolor que se irradia desde la cadera o la ingle hasta la cara medial del muslo y la rodilla, se considera patognomónico, así como el signo de Hanningtong-Kiff, que consiste en la abolición del reflejo aductor. La escasa incidencia de este tipo de hernias hace que pocas veces se piense en ellas como diagnóstico, y más en nuestro caso, tratándose de un varón. Pero la ausencia de cirugías abdominales previas que justificaran la oclusión y la no palpación de otras hernias, hizo que la TC fuera clave en el establecimiento del diagnóstico etiológico, ya que muchas veces con la ecografía no se logra objetivar el saco herniado.

P-21 ILEO BILIAR COMO CAUSA DE INDICACIÓN QUIRÚRGICA URGENTE

Rodrigo Amador, Vidina; Martín Acebes, Fernando; Novotny Canals, Sergio; Palomo Luquero, Alberto; Parra López, Romina; Gil Laso, Iván; González Martínez, Lucía; Valero Cerrato, Xandra; Zambrano Muñoz, Rocío; Seco Gil, Juan Luis

OBJETIVO:

Presentar un caso de ileo biliar como causa de abdomen agudo y necesidad de realizar intervención quirúrgica urgente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso de una mujer de 83 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso de 24 horas de evolución, náuseas y vómitos. A la exploración el abdomen muestra signos de peritonismo. El TAC describe asas de intestino delgado distendidas, con contenido en su interior y movimientos en vaivén; alguna de las asas presenta leve engrosamiento de la pared, fundamentalmente a nivel de yeyuno. Se decide realizar intervención quirúrgica urgente y encontramos líquido purulento en gran cantidad. El intestino delgado se encuentra muy dilatado desde el ángulo de Treizt hasta la válvula ileo cecal. Existe una perforación de intestino delgado a nivel yeyunal por un cálculo de gran tamaño. Además plastrón inflamatorio a nivel colecisto-duodenal. Realizamos resección intestinal del segmento perforado. La paciente evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN:

Un ileo biliar es un tipo de obstrucción provocada por un cálculo biliar. Su origen se encuentra en una fístula colecisto-duodenal y en menor frecuencia colecisto-gástrica. Su diagnóstico no es sencillo ya que en la mayoría de los casos la clínica se interpreta como un cólico biliar o colecistitis aguda. Los pacientes asocian distensión abdominal, dolor y vómitos. En las radiografías y/o TAC a veces se visualiza la imagen del cálculo; en nuestro caso analizando las imágenes se puede intuir su presencia. El tratamiento será quirúrgico y no se recomienda tratar simultaneamente la enfermedad vesicular.

CONCLUSIONES:

El ileo biliar es una entidad muy poco frecuente, pero que puede presentarse de forma aguda. Habrá que realizar un buen diagnóstico diferencial para efectuar el tratamiento adecuado.

P-22 LINFANGIOMA QUÍSTICO MESENTÉRICO COMO CAUSA DE OCLUSIÓN INTESTINAL

Mambrilla Herrero, Sara; García-Abril Alonso, José María; Torres Nieto, María Ángeles; De la Cuesta De la llave, Carmen; Martínez Díaz, Ruth; Gonzalo Martín, Marta; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Tapia Herrero, Ana María; Pérez Saborido, Baltasar

INTRODUCCIÓN

El linfangioma quístico es una entidad rara. Es diagnosticado en su mayoría durante la infancia, preferentemente en cabeza y cuello. En la edad adulta la mayoría se presentan como linfangiomas cutáneos o intraabdominales, siendo la proporción hombre: mujer de 3 a 1. Se cree que son resultado de una malformación congénita más que de una neoplasia linfática aunque su etiología y diagnóstico diferencial están en discusión.

CASO CLINICO

Varón de 54 años en seguimiento por elevaciones esporádicas de la GGT con estudio ecográfico abdominal normal en 2009. Acude a urgencias en 2012 e ingresa por cuadro de dolor en hemiabdomen inferior de 3 horas de evolución, de inicio súbito y rápidamente progresivo. En la exploración física, el abdomen es doloroso a la palpación profunda y sin signo de Murphy. La ecografía abdominal muestra dilatación de la vía excretora izquierda y de un asa de intestino delgado así como una formación ecogénica de límites imprecisos en el mesenterio. En el TAC se comprueba la presencia de una tumoración mesentérica de 10 cm de diámetro, que no realza con CIV, que comprime los vasos mesentéricos existentes en su interior, con atrapamiento de asas de intestino delgado y dilatación de las mismas, observándose también adenopatías satélites. Con diagnóstico radiológico de sospecha de linfoma intestinal se realiza una BAG guiada de la masa, sugiriéndose el diagnóstico anatomopatológico paniculitis mesentérica. Evolucionó favorablemente y en la cirugía se halla una masa mesentérica de 12x8 cm adherida a asa yeyunal, bien delimitada con áreas de aspecto necrótico. Se secciona mesenterio y se realiza una anastomosis yeyuno-yeyunal. El postoperatorio cursó sin incidencias dando de alta al paciente al séptimo día.

El estudio anatomopatológico mostró una tumoración mesentérica adherida a intestino delgado, constituída por múltiples estructuras vasculares revestidas por células endoteliales D2-40+, CD31+ y CD34 -, asociadas focalmente a células mioides marcadas con actina y desmina. Entre ellas existía abundante componente inflamatorio linfoplasmocitario, motivo por el cual en la biopsia por aguja se sugirió el diagnóstico de paniculitis mesentérica. El diagnóstico final fue de linfangioma quístico de mesenterio y con afectación de la pared intestinal.

CONCLUSIÓN

El linfangioma multiquístico pese a ser raro y de complicado diagnóstico hay que tenerlo en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de las masas abdominales por sus potenciales complicaciones. Los estudios macroscópicos, microscópicos e inmunohistoquímicos resultan indispensables para su diagnóstico. La escisión completa de la tumoración es el tratamiento de elección.

P-23 PERFORACIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LINFOMA DE BURKITT.

González Zunzarren, Mariana; Herrador, Jorge; Pozancos De Simón, Teresa; Coll Sastre, Magdalena; Abadía Barnó, Pedro; Housari, Gada; Mena , Antonio; Lobo Martinez, Eduardo

INTRODUCCIÓN:

La variante esporádica del linfoma de Burkitt representa menos del 2% de los linfomas en el adulto y su presentación más frecuente es como tumor abdominal pudiendo presentar complicaciones como obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o perforación.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 49 años, fumador y bebedor habitual, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso de comienzo súbito localizado en hipogastrio que se irradia al resto del abdomen asociado a náuseas y vómitos alimentarios. Niega fiebre. No cuenta síndrome constitucional. A su llegada a urgencias está hemodinámicamente estable y afebril pero taquicárdico y taquipneico y a la exploración física presenta defensa abdominal generalizada. En la analítica destaca leucocitosis de 18000 con un 93% de neutrofilia. Se realiza TAC urgente donde se observa una colección de aspecto necrótico en hipogastrio de 8x10x9 cm con abundantes burbujas de gas en su interior, líquido libre intrabdominal y neumoperitoneo. Ante estos hallazgos se realiza laparotomía exploradora urgente con hallazgo de peritonitis purulenta difusa y gran masa en íleon perforada que infiltra cara posterior de vejiga y pared abdominal anterior. Se realiza resección del segmento de íleon afecto con anastomosis primaria, resección parcial de cara posterior vesical y resección del peritoneo abdominal anterior infiltrado por la masa. La anatomía patológica es compatible con linfoma de Burkitt.

DISCUSIÓN:

Los linfomas de Burkitt son tumores muy agresivos, con una altísima tasa de replicación, duplicando su tamaño en 25 horas. El 90% de los linfomas de Burkitt esporádicos se presentan clínicamente como un tumor abdominal, afectando más frecuentemente al intestino, sobre todo al íleon terminal o a la región ileocecal aunque puede afectar a otros órganos intrabdominales. Los pacientes pueden presentar dolor abdominal, distensión abdominal o síntomas de ocupación abdominal así como complicaciones tales como obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o perforación intestinal. La perforación intestinal espontánea como primer síntoma de presentación en el linfoma de Burkitt es rara y existen pocos casos descritos en la literatura. La perforación intestinal tras recibir tratamiento con quimioterapia del linfoma de Burkitt es más frecuente. Complicaciones tales como obstrucción intestinal o hemorragia se observan con mayor frecuencia.

CONCLUSIONES:

Aunque la perforación intestinal espontánea en el linfoma de Burkitt no diagnosticado que no ha recibido quimioterapia previa es una complicación muy infrecuente hay que sospecharla. Lo más importante es la extirpación completa del tumor durante la intervención quirúrgica e iniciar tratamiento quimioterápico postoperatorio con la mayor brevedad posible.

P-24 ISQUEMIA EN CONTEXTO DE ALTO RIESGO HEMORRÁGICO

Valero Cerrato, Xandra; Reoyo Pascual, José Felipe; Alonso Alonso, Evelio; González Martínez, Lucía; Zambrano Muñoz, Rocío; León Miranda, Raquel; Gil Laso, Iván; Palomo Luquero, Alberto; Rodrigo Amador, Vidina; Parra López, Romina

OBJETIVOS:

La enfermedad de Rendu-Osler-Weber o telangectasia hemorrágica hereditaria es una enfermedad autosómica dominante caracterizada por alteraciones vasculares que presentan tendencia a la hemorragia, afectando característicamente a piel y mucosas (telangectasias mucocutáneas, epistaxis), pero que pueden afectar potencialmente a cualquier órgano, especialmente el pulmón (hemoptisis, hemotórax…), el cerebro (ACV, AIT…), el hígado (telangiectasias, aneurismas de arteria hepática, shunts…) y el tubo digestivo (HD alta o baja). Paradójicamente y en muy pocos casos, se ha descrito el ángor intestinal, probablemente por disminución del flujo mesentérico causado por presencia de shunts hepáticos o hipertrofia de tronco celiaco y/o arteria hepática.

Nuestro objetivo es la presentación de un caso clínico relacionado con esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 69 años de edad con los únicos antecedentes de enfermedad de Rendu-Osler y una proctalgia por atrapamiento de nervio pudendo, sufre un cuadro de shock séptico de origen inicialmente desconocido, que tras ser intervenido urgentemente ante hallazgos en TAC de importante alteración a nivel intestinal, se confirma que es de origen abdominal, con afectación isquémica masiva no recuperable.

RESULTADOS:

El paciente fallece a las 24 horas. Tras la revisión del caso, se observa en el TAC importante dilatación de porta especialmente llamativa y un trayecto retroportal de arteria hepática como variante de la normalidad, hallazgos que sugieren shunt arterioportal, lo que probablemente ocasionó una disminución del flujo mesentérico causante del cuadro de angor que sufrió nuestro paciente.

CONCLUSIONES:

La enfermedad de Rendu-Osler-Weber constituye una causa infrecuente de hepatopatía, pero cuando ésta aparece, sus consecuencias pueden hacer cambiar la característica fundamental de la enfermedad, que es la hemorragia, convirtiéndose en la principal causa de una isquemia, por lo que ante un contexto clínico adecuado (presencia de enfermedad y sintomatología abdominal), se deben buscar imágenes radiológicas que permitan su diagnóstico en una fase precoz.

P-25 ROTURA ATRAUMÁTICA DE BAZO

Blanco Alvarez, Carlos Alberto; Gutiérrez Conde, Fernando; Fernández García, Elsa

INTRODUCCIÓN

La etiología más frecuente de rotura de bazo, es la traumática pero también hay procesos infecciosos, hematológicos o tumorales que pueden afectar al sistema retículo-endotelial del bazo y producir su rotura de forma espontánea. De manera excepcional puede haber roturas espontáneas de bazo que no se incluyen en ninguno de los epígrafes anteriores, como es nuestro caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 62 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes personales de hipertensión arterial, exfumador, diabético tipo 2, hipercolesterolemia, intervenido de 2 hernias inguinales y de una resección local de seno piriforme con vaciamiento cervical funcional por carcinoma epidermoide de suelo de boca.

Acude a urgencias por dolor abdominal localizado a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo de inicio brusco.

A la exploración física, presentaba palidez mucocutánea. Hipotensión arterial.

En los análisis de laboratorio destacaba hemoglobina de 7.2 g/dl, hematocrito 21.3 %, con leucocitosis de 25.200 por microL.

AngioTACtoraco-abdominal: rotura espontánea de bazo. Se intervino de urgencias practicando esplenectomía sin incidencias.

DISCUSIÓN

La rotura espontánea de bazo en ausencia de patología concomitante, es excepcional; de ahí la singularidad de nuestro caso.

Dentro de las posibilidades terapéuticas, incluimos el tratamiento quirúrgico (85% de los pacientes) y el tratamiento conservador. En el acto quirúrgico se puede realizar una esplenectomía total, o una esplenectomía parcial. Y las opciones de tratamiento no quirúrgico son la observación (94% de los casos) y embolización arterial.

CONCLUSIONES

La rotura espontánea de bazo es una entidad poco frecuente en la práctica clínica pero que no ha de pasar desapercibida porque tiene una mortalidad elevada. Hay que actuar de una manera rápida y eficiente para proporcionar al paciente el tratamiento adecuado.

P-26 PERFORACIÓN INTESTINAL POR CATÉTER DE DERIVACIÓN VENTRÍCULOPERITONEAL

Merino Peñacoba, Luis María; López de Cenarruzabeitia, Íñigo; Gómez López, Juan Ramón; Moreno Racionero, Francisca; Benavides de la Rosa, Diana Fernanda; González Perea, Jesús Gabriel; Utiel Monsálvez, Estefanía; Espino García, Vera; Beltrán de Heredia Rentería, Juan

OBJETIVOS:

Presentamos un caso de perforación intestinal por catéter de derivación ventrículo-peritoneal (CDVP) de forma aguda y se realiza una revisión de la literatura y una discusión sobre el tratamiento actual.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 79 años, con antecedentes de apendicectomía, intervenido 24 horas antes para tratamiento descompresivo de hidrocefalia normotensiva mediante colocación de CDVP, que presenta dolor y distensión abdominal. Se realiza TC abdominal, donde se aprecian burbujas aéreas extraluminales en probable relación con perforación intestinal.

Se procede intervención quirúrgica urgente exteriorizando y seccionando el catéter a nivel cervical y, mediante laparotomía media, se comprueba la existencia del catéter atravesando de lado a lado un asa de íleon. Se realiza lisis de adherencias de íleon terminal a pared anterior, se retira el catéter en dirección caudal y se repara el intestino mediante sutura simple de los orificios y epiploplastia.

RESULTADOS:

A las 24 horas de la intervención presentó cuadro de distensión abdominal y dolor realizándose nuevo TAC abdominal que confirmaba la existencia de íleo funcional. Posteriormente evolucionó de forma favorable, recibiendo el alta a los cinco días de la intervención.

CONCLUSIONES:

Solo han sido descritos en la literatura 45 casos de perforación intestinal por CDVP (incidencia: 0.01% al 0.07%), ocurriendo el 75% de ellas en pacientes en edad pediátrica. La mayoría de ellas se presentan años después de la cirugía, siendo muy poco frecuentes las complicaciones inmediatas. La mortalidad de esta complicación supera el 15%.

En este caso el mecanismo de la perforación se vio favorecido por las adherencias que el íleon terminal presentaba como consecuencia de la apendicectomía previa.

Debido a que el paciente padecía hidrocefalia normotensiva, se pudo prescindir del catéter, y se optó por su retirada, que se realizó en dirección caudal, a través de la laparotomía, para evitar la infección del trayecto subcutáneo cervicotorácico, y su recolocación de manera diferida tras la resolución del cuadro agudo.

La colocación de CDVP no está exenta de complicaciones, y ante la aparición de sintomatología abdominal en estos pacientes, se deben realizar las pruebas diagnósticas necesarias para descartar la posibilidad de perforación intestinal, siendo la TC la técnica de elección.

Cuando este procedimiento se realiza en pacientes con cirugía abdominal previa, y debido a la posible presencia de adherencias intraabdominales, es recomendable utilizar mecanismos de visión directa o pruebas de imagen como ecografía durante la realización de la técnica.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

P-27 DIFERENTES PRESENTACIONES DEL SARCOMA PLEOMÓRFICO

Moreno Racionero, Francisca; De Andrés Asenjo, Beatriz; Benavides De La Rosa, Diana Fernanda; Merino Peñacoba, Luis; Gómez López, Juan Ramón; Legido Morán, Patricia; Herreros Rodríguez, José; Ortiz De Solórzano Aurusa, Javier; Rabadán Jiménez, José; Beltrán De Heredia Rentería, Juan.

OBJETIVO

El histiocitoma fibroso maligno (MFH), también denominado sarcoma pleomórfico indiferenciado, es el sarcoma de partes blandas más común en el adulto. La mayor incidencia se sitúa entre la 5ª y 7ª década de la vida. Se localiza principalmente en el muslo, la nalga y la ingle (46%) y rara vez se presenta en el tracto intestinal.

Presentamos una serie de casos diagnosticados en nuestro hospital entre 2010-2012 de sarcoma indiferenciado en diferentes localizaciones del cuerpo, dos de ellos con recidiva local por exéresis en cirugía menor de la tumoración sin biopsia previa y con curación completa en un segundo tiempo con cirugía radical (exéresis completa del grupo muscular afecto).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta cuatro pacientes con fibrohistiocitoma pobremente diferenciado. El primero fue una mujer de 50 años, dolor abdominal, acompañado de síncope y vómitos, abdomen distendido, doloroso y con signos de irritación peritoneal. La ECO vaginal mostró imagen de 6x5cm, bien delimitada, vascularizada y localizada posterior al útero y anejo derecho con líquido libre. Se programa intervención quirúrgica urgente, hallándose tumoración en la pared del sigma con sangrado activo realizándose resección segmentaria de sigma. El segundo se manifestó en una mujer de 85 años con tumoración pre-rotuliana en rodilla derecha, tumefacta y dolorosa que fue sometida a intervención quirúrgica realizándose exéresis de la misma. En el tercer enfermo se observó una masa localizada en el músculo dorsal ancho de 7cm de diámetro realizándose exéresis del grupo muscular afecto. El último caso presenta un cuadro de oclusión intestinal con abdomen distendido y vómitos de repetición, se decide intervención quirúrgica observándose una tumoración en sigma con resección en bloque de la tumoración y realización de un Hartmann.

CONCLUSIÓN

El patrón de crecimiento del sarcoma es por extensión local, infiltrando las estructuras y tejidos adyacentes. Las metástasis a distancia son tardías, siendo el órgano más frecuentemente afectado el pulmón, seguido del hígado y el hueso.

La base del tratamiento es la cirugía, que debe ser lo más radical posible, resecando todos los órganos afectados llegando incluso a la amputación en los casos localizados en las extremidades, en el tracto gastrointestinal es extremadamente raro, especialmente en colon y recto. Las recidivas locales deben ser tratadas del mismo modo, extirpando toda masa susceptible de ser resecada.

La radioterapia adyuvante se recomienda para los pacientes con sarcomas de alto grado. En la actualidad aún no está claro el papel de la quimioterapia adyuvante.

P-28 SECCIÓN CERRADA DE PARED ABDOMINAL, UN TIPO DE LESIÓN INFRECUENTE ASOCIADA AL CINTURÓN DE SEGURIDAD.

Trébol López, Jacobo; González Gómez, Carolina; Sánchez Jiménez, Raúl; Cecilia Mercado, Mari Carmen; González Sánchez, Juan Antonio; Hernández Gutiérrez, Francisco Javier

OBJETIVOS:

Describir un caso de sección traumática cerrada de pared abdominal por un dispositivo de seguridad pasiva (cinturón de seguridad) y revisar las lesiones asociadas al mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 19 años sin antecedentes relevantes que sufre accidente de tráfico de alta energía (colisión frontal contra pared) permaneciendo sujeta por cinturón de seguridad. Valoración: consciente y orientada, hemodinámicamente estable, refiere dolor abdominal difuso, equimosis cutánea dibujando en tramos disposición del cinturón, dolor a la palpación donde cruza la equimosis el esternón y defensa abdominal en cuadrante inferior derecho donde se palpa solución de continuidad parietal bajo la equimosis con sensación de palpación de asas. Analítica normal. TAC: fractura no desplazada cuerpo esternal, laceración esplénica mínima con discreto líquido libre circundante, dehiscencia de pared abdominal anterolateral derecha con líquido libre adyacente y fractura con desplazamiento mínimo espinosa C3.

RESULTADOS

Exploración quirúrgica mediante incisión pararrectal que objetiva sección transversal completa de planos musculares en FID de 10cm de longitud sin solución de continuidad peritoneal ni afectación de vaina rectal. Apertura de peritoneo para exploración de vísceras que descarta otras lesiones y reparación parietal por planos. Tratamiento conservador del resto de lesiones. Buena evolución siendo dada de alta sin complicaciones tras 10 días de observación. Tres años después asintomática y sin secuelas.

CONCLUSIONES

El cinturón de seguridad ha disminuido significativamente la morbimortalidad de los accidentes de tráfico aunque su utilización (especialmente cuando es incorrecta) puede producir lesiones graves (con un síndrome típico) que deben sospecharse ante la aparición de estigmas cutáneos.

El síndrome del cinturón de seguridad se produce por la desaceleración e incluye lesiones cutáneas equimóticas, lesiones óseas bajo el cinturón (clavícula, esternón, etc), lesiones intraabdominales por la compresión entre la pared abdominal y la columna y fracturas vertebrales (lumbares y cervicales) por hiperflexión. En el caso presentado se produjo una lesión compleja de la pared abdominal acompañada de lesiones viscerales y óseas moderadas.

En caso de accidente de tráfico, especialmente de alta energía, la presencia de hematomas en la piel subyacente a las bandas del cinturón obliga a descartar lesiones graves de la pared abdominal, lesiones viscerales y lesiones óseas como ilustra el presente caso.

Aunque el cinturón pueda causar lesiones graves, generalmente cuando aparecen ha habido tal intercambio de energía que probablemente el paciente no habría sobrevivido sin su protección.

COMUNICACIONES POSTER INFECCIONES:

P-13 ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA INFECCIÓN POR C. DIFFICILE EN UN HOSPITAL COMUNITARIO

Carmona Sáez, José Antonio; Cecilia Mercado, M Carmen; González Sánchez, Teresa; Sánchez Jiménez, Raúl; Trébol López, Jacobo; Borrego Galán, Milagros; Hernández Gutierrez, F Javier.

OBJETIVO

El C. difficile es generalmente considerado como un patógeno colónico y es una causa común de la diarrea y la colitis asociada a antibióticos. La infección por Clostridium difficile se asocia a una elevada morbilidad y mortalidad, aumento de la duración de la hospitalización, y un impacto económico notable.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes diagnosticados con infección de C. difficile entre 2002 – 2012

Criterios de inclusión: edad > ó =18 años, clínica compatible y detección de toxina A-B de C. difficile.

Se realizó un análisis univariante con las siguientes variables: sexo, edad, % de antibióticos previos, % retirada del antibiótico, corticoides, obesidad, hábito tabáquico, antidepresivos, IBP o antiH2, antiácidos, procedencia de centro sociosanitario, y servicio en el momento del diagnóstico, tratamiento quirúrgico, recidiva y mortalidad.

145 pacientes: 79 mujeres (54.48%) y 66 varones (45,51%), con una edad media de 79,5 años (18 – 94)

RESULTADOS:

Factores de Riesgo encontrados: IBP 78 %, Obesidad 75%, hospitalización > 72 h 59%, antidepresivos 35%, fumadores 33%, ambito Socio Sanitario 20%, Corticoides 29%, Tto Atb Previo 85%, retirada atb 27 %

Se identificaron enfermedades concomitantes en un alto porcentaje de pacientes y el antecedente de intervención quirúrgica del tubo gastrointestinal en los últimos seis meses antes de la infección 18 / 12,4% (sien dos de ellas cierres de ileostomía de derivación)

Se objetivó recidiva en 9 pacientes y exitus en 20 casos(13.79%)

Se han identificado algunos factores asociados a riesgo de mortalidad: Edad, Duración del tratamiento médico, Alteraciones en el estado mental, Necesidad de vasopresores en el momento de la cirugía, Desnutrición preoperatoria

(como factores de riesgo independientes asociados a mortalidad en pacientes que habían sido sometidos a IQ por ICD)

Y, sin embargo, no se asocian a mayor mortalidad: Antibióticos perioperatorios, Preparación Mecánica, Preparación antibiótica

CONCLUSIONES:

La infección por C. difficile presenta una mortalidad elevada que aumenta con algunos factores de riesgo identificados: edad, duración del tratamiento médico, alteraciones en el estado mental, necesidad de vasopresores en el momento de la cirugía, desnutrición preoperatoria

COMUNICACIONES POSTER
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR:

P-29 R-0172 LINFANGIOMA QUÍSTICO EN ADULTO

Gómez López, Juan Ramón; Herreros Rodríguez, José; Abril Vega, Carlos; Moreno Racionero, Francisca; Romero de Diego, Alejandro; Merino Peñacoba, Luis María; Benavides de la Rosa, Diana Fernanda; Zorrilla Matilla, Laura Patricia; Ferreras García, Carlos; Beltrán de Heredia y Rentería, Juan

OBJETIVO

El linfangioma quístico es una malformación congénita rara que suele aparecer en la infancia (siendo su diagnóstico más frecuente durante los primeros 2 años de edad. Su aparición en adultos es extremadamente rara y existen pocos casos documentados en la literatura. Con este caso se pretende incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de masas cervicales en adultos.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 67 años, con masa supraclavicular izquierda que nos remiten desde el Servicio de Medicina Interna para biopsia exéresis de tumoración sospechosa de linfangioma quístico.

RESULTADOS

Se programa al paciente para intervención quirúrgica y se realiza extirpación de masa supraclavicular izquierda quística y dependiente de canales linfáticos.

DISCUSIÓN

Existen pocos casos descritos en la literatura de linfangiomas quísticos en adultos. Su etiología es controvertida y parece deberse a una proliferación linfoide tras la existencia de traumatismos o de infecciones. Suelen ser asintomáticos y se presentan como una masa bien delimitada más frecuentemente en cuello. El diagnóstico correcto sólo se garantiza tras el análisis anatomo – patológico y el tratamiento debe ser la resección completa para evitar recurrencias. El diagnóstico diferencial de masas en cuello debe hacernos pensar en entidades como linfangiomas, schwanomas y otra serie de entidades raras.

COMUNICACIONES POSTER CIRUGÍA TORÁCICA:

P-30 HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN POSTOPERATORIO DE PLICATURA DIAFRAGMÁTICA

González Alcolea, Natalia; Córdoba Peláez, María del Mar; Crowley Carrasco, Silvana; Macías Sotuela, Lidia; Santana León, Agar; Varela de Ugarte, Andrés

OBJETIVOS

Presentar una dehiscencia de sutura tras plicatura diafragmática, que condiciona paso de estómago y epiplon a tórax, y su reparación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 83 años en estudio por disnea. En la radiografía de tórax llama la atención una elevación del hemidiafragma izquierdo no presente en placas previas. La TC muestra una masa en mediastino anterior de 63x46 mm con calcificación, con PAAF compatible con timoma. En la cirugía se observa tumoración tímica que invade grasa mediastínica, pleura y pulmón izquierdos, pericardio y nervio frénico izquierdo. Se realiza resección de la tumoración en bloque junto con grasa mediastínica, pericardio, pleura y segmentectomía atípica de lóbulo superior izquierdo. Dado que la parálisis frénica condiciona atelectasia con repercusión clínica, se realiza plicatura de diafragma izquierdo con endograpadora, requiriendo tres cargas. El tercer día postoperatorio comienza con náuseas sin vómitos y malestar general. La radiografía de tórax muestra burbuja gástrica en hemitórax izquierdo con atelectasia secundaria.

RESULTADOS

Se decide cirugía urgente por toracotomía lateral izquierda. Se objetiva líquido libre y dehiscencia parcial de la sutura mecánica sobre diafragma de aproximadamente 4'5-5 cm, en la confluencia de dos líneas de grapas, con paso de la totalidad del estómago y epiplon hacia el tórax. Se realiza reducción del estómago, resección del epiplon necrosado, y sutura del diafragma con dos cargas de TLH 60 que se refuerza con sutura continua con Prolene 0. El paciente evoluciona satisfactoriamente, pasando a planta el 7º día postoperatorio. Dado de alta con buena mecánica ventilatoria y buena tolerancia oral.

CONCLUSIONES

Las causas de parálisis frénica unilateral son variadas (infiltración tumoral, lesiones quirúrgicas, idiopática etc). En el caso de las parálisis izquierdas, el estómago puede invertirse bajo la cúpula diafragmática, con el riesgo de alteraciones en el vaciamiento gástrico, la disfagia o de vólvulo. Además, las vísceras abdominales comprimen el mediastino y el pulmón, y hay una alteración de la mecánica respiratoria, produciéndose una respiración paradójica, disnea y síndrome restrictivo.

La indicación quirúrgica solo se plantea en casos sintomáticos, y tiene como objetivo poner en tesnsión el diafragma. Clásicamente se describen dos técnicas quirúrgicas, la escisión-sutura de la cúpula y la frenoplicatura. La escisión-sutura (que actualmente se puede realizar con endograpadoras), es una técnica menos utilizada porque existe alto riesgo de ruptura secundaria de la sutura, como ocurre en nuestro caso. Así, actualmente se prefiere la realización de plicatura diafragmática sin sección, reforzada o no con una malla.

COMUNICACIONES POSTER CIRUGÍA COLORRECTAL:

P-31 IMPORTANCIA DE LOS NUEVOS MÉTODOS ENDOSCÓPICOS EN EL DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGÍA ONCOLOGICA DEL INTESTINO DELGADO: A PROPOSITO DE UN CASO

Rozo Coronel, Orlando; Aguilera Molina, Yari; Caraballo Angeli, Mariana; Fajardo; Laura; Angoso Clavijo, María; Sánchez Tocino, Juan; Alcazar Montero, José; Sanchez Casado, Ana; Muñoz Bellvis, Luis; García García, Jacinto.

INTRODUCCIÓN:
El diagnostico etiológico de la hemorragia digestiva oscura (HDO) supone un reto para el clínico y obliga a la utilización de pruebas diagnósticas que no siempre están disponibles en todos los centros.
Aunque no cabe duda que el uso de estas pruebas (capsula endoscópica, la enteroscopia con doble balón, TAC, RNM) constituyen una valiosa ayuda en el diagnóstico de la HDO, en muchas ocasiones sin embargo, este solo puede establecerse en el acto quirúrgico.
Presentamos un caso de HDO cuyo origen pudo ser establecido por CE y se discuten las indicaciones de cada una de estas pruebas para el diagnóstico de HDO

CASO CLÍNICO:
Mujer 51 años con antecedentes de ADC mucinoso ciego GII (T4aN2aM0) que requirió hemicolectomía derecha y tratamiento adyuvante (01/2012). A los 8 meses (10/2012) tumor Krukenberg (ovario izq.) que requirió histerectomía y anexectomía. A los 2 meses consulta por clinica de 1 semana dolor abdominal difuso de intensidad leve, asociado a melenas con rectorragias ocasionales y astenia. Analíticamente anemia microcítica que requirió transfusión. Colonoscopia con heces melénicas hasta región de anastomosis ileocólica y esofagogastroduodenoscopia y gammagrafía con hematíes marcados sin hallazgos. Buena respuesta a tratamiento conservador y alta posterior.
Reingresa a las 2 semanas por persistencia de melenas. Se repiten estudios endoscópicos sin hallazgos. Se decide utilizar la CE que evidencia tumoración en íleon terminal y zona ulcerada con sangrado activo. La laparotomía exploradora reveló tumoración a 20 cm de la válvula ileocecal que requirió resección intestinal de 20 cm aproximadamente. La anatomía patológica fue informada como lesión compatible con metástasis de ADC entérico mucinoso GII afectando serosa, muscular y submucosa con bordes quirúrgicos libres de tumor.

DISCUSIÓN:
Los tumores de intestino delgado (ID) primarios constituyen el 2% de los tumores gastrointestinales. Es muy rara la presencia de metástasis (MTX) en ID de un cáncer colorrectal (CCR) y no se conoce su verdadera incidencia en la literatura. Los síntomas son inespecíficos siendo predominantes la hemorragia digestiva y dolor.
Después de una resección con intensión curativa de un CCR el 10-40% de los pacientes desarrollarán MTX locales, 10-20% hepáticas, y 5-10% MTX pulmonares. La literatura no revela una tasa específica de MTX de cáncer colorrectal en ID; solo tres estudios multicéntricos de cáncer colorrectal metastásico en el intestino delgado han demostrado su incidencia variable (2 a 23%), resultados acordes en cuanto a variabilidad con los estudios de rendimiento diagnóstico de la CE y la EDB de las HDO secundarias a metástasis de CCR en intestino delgado.
Los nuevos métodos diagnósticos (CE, EDB etc.) han contribuido a facilitar y precisar el origen de la HDO aunque no está claro el momento de la indicación de cada una de ellas en los algoritmos diagnósticos publicados hasta la fecha.
De la revisión de la literatura parece desprenderse la mayor utilidad y rendimiento de la CE sobre otras modalidades aunque es difícil obtener conclusiones ya que faltan estudios que comparen la utilidad y el rendimiento de las diferentes técnicas diagnósticas.

P-32 UN CASO INESPERADO CAUSADO POR UN TUMOR DESMOIDE MESENTÉRICO

Rozo Coronel, Orlando; Aguilera Molina, Yari; Caraballo Angeli, Mariana; Sánchez Tocino, Juan; Angoso Clavijo, María; González, Carmen; Franch , Guzman; Bellido , Fernando; Rodríguez, Fernando; Muñoz Bellvis, Luis

INTRODUCCIÓN

Los tumores desmoides son proliferaciones de tejido fibroblástico (mesenquimal), con tendencia a la invasión y recurrencia local, sin metástasis a distancia. Estos tumores son extremadamente raros (0.03% de todos los tumores), aproximadamente 3 casos por millón /año. Aparecen en extremidades, cuello, pared torácica y abdominal, pero con una incidencia en mesenterio muy escasa (<8%). Pueden ser de tipo esporádico o asociados a la poliposis adenomatosa familiar (PAF). Dentro de los factores predisponentes se describe el trauma (especialmente cirugías previas) que ocurre en un 75% de los pacientes con PAF. Tienden a ser asintomáticos siendo diagnosticados de forma incidental con estudios radiológicos o en laparotomías exploradoras realizadas ante casos de abdomen agudo (afectación secundaria del tumor).

OBJETIVO

Describir un caso clínico inusual que requirió tratamiento quirúrgico urgente por presencia de un tumor desmoide mesentérico sin antecedentes predisponentes.

CASO CLÍNICO

Varón de 45 años intervenido 15 años atrás de un angioma de cavum requiriendo radio y quimioterapia sin otros datos de interés, que consulta por clínica de 10 días de evolución de dolor abdominal difuso, asociado a náuseas y vómitos biliosos que aumentaron progresivamente tanto en intensidad como en frecuencia. Ingresa con deshidratación moderada, dolor a la palpación difusa predominantemente epigástrica, y distensión sin signos de irritación peritoneal. Analítica sin alteraciones. Radiografía de abdomen con distensión de cámara gástrica y dilatación de asas de intestino delgado proximales. A través de sonda nasogástrica se evidencian débitos altos de contenido bilioso. TAC abdominal que evidencia dilatación gástrica y duodenal hasta 3º-4º porción (cambio de calibre), y una imagen compatible con tumoración que causa pseudoinvaginación de 3º porción duodenal y zona de engrosamiento mural a nivel yeyunal con signos de inflamación-isquémia (primario duodenal Vs Mesentérico). Se realiza enteroscopia que informa pseudoinvaginación de 3º porción duodenal por compresión extrínseca. Durante laparotomía exploradora se observa tumoración en raíz mesentérica adherida a 3º-4º porción duodenal y volvulando en forma parcial el yeyuno distal dando una forma en “omega”(a 70 cm del Treitz) Se descartó intraoperatoriamente linfoma, y se realizó reconstrucción. El informe histológico confirmó tumor desmoide mesentérico con bordes libres de tumor, con adhesión a serosa sin infiltración de pared entérica.

DISCUSIÓN

Los tumores desmoides intraabdominales y mesentéricos que suelen ser esporádicos presentan una incidencia extremadamente baja (0,5-1,5%). A pesar de su agresividad local, la mayor parte son indolentes, produciendo síntomas hasta que aumentan de tamaño lo suficientemente para alterar la morfología y función de las estructuras. Por lo tanto, la mayor parte de las veces el diagnóstico es incidental y tardío. La cirugía en estos casos tiende a ser diagnóstica y terapéutica a la vez, y aunque el tratamiento sistémico (QT y RT) es hoy utilizado con resultados variables, faltan estudios concluyentes en cuanto a su eficacia en los tumores desmoides intraabdominales.

P-33 MUCOCELES APENDICULARES. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Tortolero Giamate, L; Housari Martin, G; Herrador Benito, J; Apentchenko Eriutina, N; Sanjuanbenito Dehesa, A; Mena Mateos, A; Lobo Martinez, E

OBJETIVOS:

Describir datos diagnósticos, clínicos, anatomopatológicos y del tratamiento de mucoceles apendiculares.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo de 32 casos de mucoceles apendiculares operados en el Hospital Ramón y Cajal, durante el período comprendido entre los años 1999-2011.

RESULTADOS:

De los 32 pacientes 16 eran hombres y 16 mujeres con una edad media de 58,5 años, representando el 0,4% de las apendicectomías realizadas en nuestro centro. La principal forma de presentación fue dolor en fosa ilíaca derecha, seguido de hallazgo incidental mediante ecografía, escáner abdominal o laparotomía realizados por otras patologías. En 3 casos el mucocele fue un hallazgo casual durante laparotomía para resección de cáncer de colon sincrónico. Se diagnosticó el mucocele en el preoperatorio en el 44% de los casos. Del 66% restante, hubo sospecha intraoperatoria en el 45% de los casos. A 22 pacientes (69%) se le realizó apendicectomía cecal. De estos, solo un caso (5%) requirió una segunda intervención con hemicolectomía derecha, por diagnóstico histológico de cistoadenocarcinoma. En 6 se realizó una resección ileocecal, 3 hemicolectomía derecha, por presencia sincrónica de tumor en colon derecho en dos casos y en uno por eventración estrangulada. Por último, en un caso se realizó colectomía subtotal, por adenocarcinoma obstructivo en sigma. 2 pacientes recibieron tratamiento adyuvante posterior a la cirugía, en un caso por pseudomixoma peritoneal y en otro por tumor de colon sincrónico. La anatomía patológica reveló que 19% de apéndices cecales estaban perforadas, de las cuales 33% presentaban pseudomixoma peritoneal al momento de la primera intervención, mucocele simple en el 22%, hiperplasia mucosa en el 25%, cistoadenoma mucinoso en el 34%, cistoadenocarcinoma mucinoso en el 16% y tumor mucinoso border-line en el 3%. Se presentaron complicaciones en el 22% de los pacientes, 4 eventraciones, 2 infecciones de la herida quirúrgica y una fístula enterocutánea que terminó en exitus del paciente a los 45 días de la intervención.

CONCLUSIONES:

Ante el diagnóstico de mucocele apendicular, el tratamiento recomendado es el quirúrgico, ya que de otra manera no es posible determinar el grado de malignidad celular. Existe riesgo de perforación y con el posible desarrollo a mediano o incluso a largo plazo de pseudomixoma peritoneal por implantes peritoneales de moco. En nuestra serie, el estudio anatomopatológico reveló perforación apendicular en el 19% de los casos, con presencia de pseudomixoma peritoneal en la primera intervención, en el 33% de ellos.

P-34 ANASTOMOSIS COLOANAL MANUAL TRANSANAL COMO SOLUCIÓN TRAS EL FALLO TÉCNICO DE LA ANASTOMOSIS MECÁNICA COLORRECTAL DURANTE UNA RESECCIÓN ANTERIOR BAJA POR UN ADENOCARCINOMA DE RECTO MEDIO

Parra López, Romina; Eldabe Mikhail, Adel; Álvarez Rico, Miguel; Gil Laso, Iván; Rodrigo Amador, Vidina; Palomo Luquero, Alberto; González Martínez, Lucía; Valero Cerrato, Xandra; Zambrano Muñoz, Rocío; Seco Gil, Juan Luis

OBJETIVO:

Anastomosis coloanal manual transanal como solución tras el fallo técnico de la anastomosis mecánica colorrectal durante una resección anterior baja por un adenocarcinoma de recto medio.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de una paciente de 63 años, hipertensa en tratamiento farmacológico, que acude a nuestra consulta por rectorragias ocasionales. Mediante colonoscopia, TAC, RMN pélvica y ecografía endorrectal es diagnosticada de adenocarcinoma ulcerado de tercio medio de recto (a 7 cms de margen anal) estadio T4N2M0. Es sometida a terapia neoadyuvante con radioterapia concomitante con xeloda semanal durante cuatro semanas. Tras el reestadiaje, se obtiene una respuesta parcial, grado 2 de Watanabe (pT3N0).

Posteriormente, se decide tratamiento quirúrgico, realizando una resección anterior ultrabaja y una anastomosis colorrectal mecánica. Al introducir la máquina por el ano, y previa dilatación anal al haber detectado una estenosis en el mismo, sobreviene un desgarro del muñón rectal, lo que obliga a descolgar el ángulo esplénico del colon, ligar la vena mesentérica inferior a la altura de la tercera porción duodenal y la realización de una anastomosis coloanal manual transanal previa resección de la mucosa del muñón rectal desde la línea pectínea, dejando una ileostomía de protección.

RESULTADOS:

Tras seis ciclos de tratamiento citostático postoperatorio, se realiza un enema opaco a los cinco meses, apreciando un adecuado paso del contraste a través de la anastomosis sin evidenciar imágenes sugestivas de fuga. Actualmente la paciente se encuentra pendiente de la reconstrucción del tránsito intestinal.

CONCLUSIONES:

La anastomosis coloanal manual transanal en este caso, ha sido una opción resolutiva y eficaz ante el fracaso de la anastomosis mecánica. Después de pasar a un segundo plano con el desarrollo de las grapadoras mecánicas circulares, la anastomosis coloanal vuelve a tener su papel en la cirugía convencional del cáncer de recto medio-bajo. En pacientes que se niegan en rotundo a la cirugía de la amputación abdóminoperineal, siempre y cuando se haya comprobado de forma preoperatoria la funcionalidad y no afectación del aparato esfinteriano, permite librarse de una colostomía terminal.

P-35 CORDOMA SACRO. ABORDAJE POSTERIOR.

Peláez Barrigón, Rosa María; Esteban Velasco, María del Carmen; Alcázar Montero, José Antonio; Angoso Clavijo, María; Sánchez Tocino, Juan María; Sánchez Casado, Ana Belén; Fajardo Blanco, Laura Cecilia; Caraballo Angeli, Mariana; Muñoz Bellvis, Luis; García García, Jacinto

OBJETIVOS

Los cordomas sacros son tumores raros (1- 4% de las neoplasias óseas malignas) cuyo origen son las células notocordales (ectodermo) del esqueleto axial. Aunque son de crecimiento lento, la recurrencia local de estos tumores se correlaciona con la supervivencia a corto y largo plazo.

La morbilidad asociada a la resección sacra amplia es significativa ya que no se diagnostican hasta que los síntomas causados por el crecimiento extensivo son importantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de una paciente de 84 años intervenida por ADC colon sigmoideo. Histerectomía y DA por ADC de endometrio. Lobectomía inferior y media de pulmón derecho por metástasis. La paciente acude a la consulta por presentar tumoración en línea media posterior sacra de dos años de evolución con dolor a la compresión sobre la zona que le impide sedestación. (foto1)

En la ecografía solicitada se objetiva tumor coxígeo presacro con abundante vascularización. Se realiza PAAF: metástasis de ADC indiferenciado no microcítico.

RMN: tumoración sacra que afecta al músculo puborrectal en 1/3 superior y capa muscular rectal en 1/3 inferior.

Ecografía endoanal: tumoración con engrosamiento homogéneo muscular con plano de clivaje con recto hasta tercio inferior, donde parece contactar con la capa muscular y el esfínter interno. La mucosa y submucosa son normales.

Dado el mal estado general de la paciente no se considera candidata a amputación abdominoperineal y se opta por realizar exclusivamente un abordaje posterior ante la inminente ulceración de la tumoración sacra. Por esta vía se consigue la exéresis macroscópica de la tumoración extirpando coxis y ultima vértebra sacra conservando parcialmente el músculo puborrectal. El defecto cutáneo se cubre con una plastia cutánea de rotación (foto 2 y 3)

El resultado de la anatomía patológica: cordoma de 9x8x7cm con necrosis y Ki-67 de proliferación muy bajo. EMA, Cam 5.2, CK19, Vimentina, S-100 positivos. La resección fue R1.

CONCLUSIÓN

El cordoma es un cáncer óseo agresivo, localmente infiltrante y de mal pronóstico por la recurrencia. Los sitios más frecuentes de aparición son: sacro, base de cráneo y columna vertebral. El tratamiento consiste en resección en bloque del sacro con márgenes amplios y radioterapia post-operatoria.

Está en discusión el método de abordaje quirúrgico, bien anterior, posterior o combinado que depende del grado de afectación del recto.

El abordaje en prono permite mejor exploración de la invasión glútea, conservación de la inervación y facilita la reconstrucción sacra, además de disminuir el sangrado, el tiempo operatorio y mejorar la recuperación del paciente.

En nuestro caso se optó por el abordaje posterior exclusivamente que permitió la resección macroscópica del tumor dada la comorbilidad de la paciente mejorando su calidad de vida.

P-36 EXTIRPACIÓN TRANSVAGINAL DE TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL RECTAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Herrador Benito, Jorge; González Zunzarren, Mariana; Pozancos De Simón, Teresa; Díe Trill, Javier; Morales Castiñeiras, Vicente; Lobo Martínez, Eduardo

INTRODUCCIÓN:

Los tumores del estroma gastrointestinal (GISTs en sus siglas en inglés) son el grupo más amplio dentro de los tumores mesenquimales del tracto gastrointestinal. La localización en el recto es infrecuente (3-5 %). Presentamos el caso de una paciente con un GIST situado en el recto y que fue extirpado por vía transvaginal.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 58 años. Refiere cuadro de unos 6 meses de evolución de molestias en canal anal, junto con dispareunia y rectorragia ocasional de sangre roja brillante. Entre los antecedentes personales destacan: poliartralgia reumática, fibromialgia y extirpación hace 38 años de ovario izquierdo con diagnóstico de cistoadenoma seroso. Tratamiento habitual: tramadol 50 mg cada 8 horas. Colonoscopia completa: tumoración aparentemente submucosa a unos 4-5 cm del margen anal, en cara anterior. No otros hallazgos. Ecografía endoanal: lesión submucosa de unos 2,5 cm sin infiltración de planos adyacentes. La resonancia magnética confirmó la existencia de una lesión submucosa compatible con GIST. Nivel de antígeno carcinoembrionario: dentro de la normalidad. Bajo anestesia general fue intervenida en posición de litotomía, realizándose una extirpación de la lesión por vía transvaginal, cerrando el defecto en dos planos con puntos sueltos de ácido poliglicólico. Fue dada de alta al día siguiente y no se produjeron complicaciones. El resultado anatomopatológico fue de tumor del estroma gastrointestinal de 2,3 cm y de tipo histológico fusocelular. Índice mitósico de 2 por 50 campos de gran aumento e índice de proliferación ki 67 del 5 %. Expresión positiva difusa de c-kit y de CD34. Riesgo según escala de Fletcher et al: bajo. Desde la intervención hace un año la paciente se mantiene asintomática y con estudios de seguimiento negativos.

DISCUSIÓN:

La localización rectal de los GISTs es una de las más infrecuentes (3-5 %). Con mayor frecuencia que los GISTs de otros tramos del tubo digestivo tienden a causar clínica, habitualmente tenesmo rectal, rectorragia, dolor o síntomas genitourinarios. En los casos de localización anterior, en pacientes mujeres, el abordaje transvaginal es una opción válida dada la preservación de la mucosa rectal que implica y el menor riesgo de fístula recto-vaginal.

CONCLUSIONES:

Los tumores GIST situados en el recto son muy infrecuentes y al igual que los localizados en otros segmentos del tubo digestivo pueden ser extirpados con mínima morbilidad y buen pronóstico si son detectados en un estadio precoz.

P-37 HERNIA PARAESOFÁGICA GIGANTE CAUSANDO PERFORACIÓN DE COLON DERECHO

González Zunzarren, Mariana; Pozancos De Simón, Teresa; Herrador Benito, Jorge; Abadía Barnó, Pedro; Coll Sastre, Magdalena; Pato , Julio; Die Trill, Javier; Lobo Martínez, Eduardo

INTRODUCCIÓN:

Las hernias paraesofágicas representan una pequeña proporción de todas las hernias de hiato y aunque frecuentemente son asintomáticas pueden presentar complicaciones graves como incarceración, vólvulo, estrangulación o perforación del órgano herniado.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 69 años, con hernia de hiato gigante conocida sin episodios previos de complicación, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal y ausencia de deposición y ventoseo de 48 horas de evolución. En la analítica destaca leucocitosis de 19800 con neutrofilia y acidosis metabólica. En la radiografía de abdomen se observa dilatación del colon derecho con escaso paso de contraste a colon izquierdo. Se realiza TAC donde se observa hernia diafragmática con herniación de asas de colon y grasa mesentérica a cavidad torácica con dilatación de colon derecho de hasta 7cm. Ante el deterioro clínico de la paciente en las primeras horas con aumento del dolor abdominal, peritonismo e inestabilización hemodinámica se decide intervención quirúrgica urgente con hallazgo de peritonitis purulenta difusa con colon derecho perforado y gran hernia de hiato con colon y estómago en su interior. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada, reducción de hernia de hiato con cierre de pilares y funduplicatura tipo Nissen y gastrostomía de Stamm. Tras la cirugía la paciente evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN:

Las hernias de hiato tipo IV están asociadas con una migración del estómago y otras vísceras intrabdominales como el colon y el intestino delgado a la cavidad torácica, siendo esto último infrecuente. La migración intratorácica solitaria del colon es muy rara en el contexto de una hernia paraesofágica y sólo se han descrito 5 casos en la literatura. Las hernias paraesofágicas tipo IV solo tienen indicación de tratamiento quirúrgico en el caso de que el paciente presente síntomas de reflujo gastroesofágico que no responden a tratamiento médico o desarrolle una complicación aguda como hemorragia, vólvulo gástrico, obstrucción intestinal, incarceración o perforación del contenido herniado. La tasa de mortalidad tras la cirugía programada de hernia paraesofágica no complicada es del 1,4% mientras que la probabilidad de desarrollar una complicación aguda que requiera cirugía urgente es del 1,1%, motivo por el cual raramente se tratan quirúrgicamente las hernias paraesofágicas no complicadas.

CONCLUSIÓN:

Las hernias de hiato gigantes pueden presentar complicaciones muy serias potencialmente mortales como es la perforación colónica por obstrucción del colon herniado. Es importante el diagnóstico precoz y descartar una complicación en un paciente con hernia de hiato gigante y dolor abdominal.

P-38 QUISTE QUILOSO MESENTÉRICO GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

González Martínez, Lucía; Martín Acebes, Fernando; Rodrigo Amador, Vidina; Parra López, Romina; Valero Cerrato, Xandra; Gil Laso, Iván; Zambrano Muñoz, Rocío; Palomo Luquero, Alberto; Seco Gil, Juan Luis

OBJETIVO:

Describir el caso de un quiste quiloso mesentérico gigante.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un paciente de 27 años que acude a Urgencias por un cuadro inespecífico dolor abdominal postprandial de unos tres meses de evolución, no acompañado de náuseas o vómitos, y sin cambios en su hábito intestinal. A la exploración parecía palparse una gran masa abdominal, por lo que se le realizó ecografía de urgencia, que informó de formación abdominal de unos 27 x 19 x 16 cm, de contenido líquido.

En TAC posterior se objetivó una masa de paredes finas, de medidas algo superiores a las observadas en la ecografía, con contenido líquido en su interior, que desplazaba las asas de intestino delgado, sin estar claro si era independiente de la pared del intestino grueso o dependiente del mismo.

Se decidió intervención quirúrgica para exéresis de la masa. Una vez abierta la cavidad abdominal, se encontró tumoración de gran tamaño englobada en el mesosigma, sin afectar a ningún nivel a las paredes intestinales. Para su extirpación fue necesario una disección altamente dificultosa, debido a que aparecía cubierta de numerosas capas que la englobaban y a su íntima relación con los vasos sanguíneos, de modo que la exéresis en bloque habría supuesto una resección colónica inevitable, al quedar parte del intestino grueso sin aporte sanguíneo.

RESULTADOS:

Los resultados de anatomía patológica informaron de ausencia de celularidad en las paredes de la masa; unido al análisis del líquido de su interior, se estimó que se trataba de un quiste quiloso mesentérico.

El quiste quiloso mesentérico es una entidad patológica muy rara en el adulto, suponiendo tan solo 1/140.000 ingresos en el servicio de Cirugía General. Habitualmente cursa con síntomas inespecíficos, por lo que su diagnóstico es tardío. La ecografía y el TAC son las técnicas de imagen de elección para la aproximación diagnóstica, aunque habitualmente el diagnóstico definitivo no puede establecerse hasta la intervención quirúrgica y el análisis anatomopatológico de la pieza.

CONCLUSIONES:

El tratamiento de elección de los tumores mesenquimales es la exéresis total de la masa, tanto si da síntomas como si se trata de un hallazgo incidental, dado que es necesario un estudio anatomopatológico para descartar su malignidad; las principales entidades malignas que deben descartarse son sarcomas y adenocarcinomas, de bajísima incidencia, pero de consecuencias fatales si no se procede a su tratamiento.

COMUNICACIONES POSTER CIRUGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA:

P-39 TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL MÚLTIPLE. UNA FORMA DE PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL.

Pozancos de Simón, Teresa; González Zunzarren, Mariana; Herrador Benito, Jorge; Coll Sastre, Magdalena; Abadía Barnó, Pedro; Yagüe Adán, Sandra; Pato Fernández, Julio; Ballestero, Araceli; López Buenadicha, Adolfo; Lobo Martínez, Eduardo

INTRODUCCIÓN:

Exponemos el caso de un tumor del estroma gastrointestinal múltiple esporádico que es una forma de presentación excepcional de estos tumores.

CASO CLÍNICO:

Varón de 44 años que acude a urgencias refiriendo melenas en unas 5-6 ocasiones asociado a sensación de mareo sin pérdida de conocimiento. Refiere haber tomado ibuprofeno y amoxicilina-clavulánico en los últimos días. Presenta una frecuencia cardiaca de 100 lpm y una hemoglobina de 8,9. Se realiza panendoscopia urgente donde se objetiva tumoración en fundus sugestiva de tumor estromal. En el TAC se observan defectos de repleción a la altura del fundus gástrico en relación con proceso neoformativo con una ligera esplenomegalia. Se interviene de forma urgente y se objetiva una tumoración submucosa polilobulada en cara posterior del fundus gástrico próxima a curvatura menor y se realiza una resección en cuña. En la anatomía patológica se trata de un tumor del estroma gastrointestinal multicéntrico de tipo histológico mixto (epitelioide/fusocelular) de localización gástrica con un tumor de 5,9 cm y otro de 0,4 cm de dimensión mayor. Los bordes quirúrgicos se encuentran libres de neoplasia. El índice mitósico es 5/50 c.m.g.a con c-kit positivo. En conclusión es un GIST multicéntrico de riesgo bajo de progresión de la enfermedad.

DISCUSIÓN:

Los tumores del estroma gastrointestinal son neoplasias mesenquimales específicas del tracto gastrointestinal que muestran diferenciación hacia las células intersticiales de Cajal o sus precursores. Suelen presentarse como lesiones solitarias en estómago, intestino delgado, intestino grueso, esófago o extra-gastrointestinales y de forma excepcional pueden presentarse como lesiones múltiples en el mismo o diferente órgano sin que ello comporte un mayor grado de agresividad. Los GIST múltiples pueden presentarse en tres contextos clínicos diferentes: tumoraciones esporádicas (del adulto o pediátricos), síndrome familiar propio (con herencia autosómica dominante) o como componente adicional de ciertos síndromes (triada de Carney, síndrome de Carney-Stratakis o neurofibromatosis tipo I). Este caso es una tumoración múltiple esporádica del adulto que suelen presentarse como 2 o 3 lesiones, generalmente sincrónicas, más frecuentemente gástricas aunque pueden aparecer en el mismo o en diferentes órganos, principalmente en varones y sobretodo en adultos de edad avanzada. Suelen presentar celularidad fusiforme, CD117 y CD34 positiva y presentar alteraciones moleculares diferentes en el mismo gen Kit o en los genes Kit y PDGFRA.

CONCLUSIONES:

Ante la presentación multicéntrica de esta neoplasia habría que pensar, en ausencia de otros hallazgos hasta el presente, que se trate de un GIST multicéntrico esporádico pero debería excluirse que forme parte de: GIST familiar multicéntrico, triada de Carney, Síndrome de Carney-Stratakis o neurofibromatosis tipo I.

P-40 LAPAROSCOPIA EXPLORADORA PARA EL ESTADIAJE DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Reoyo Pascual, José Felipe; Martínez Castro, Rosa Mª; Valero Cerrato, Xandra; León Miranda, Raquel; Moral Moral, Gregorio; Reguilón Rivero, Mª Carmen; Viana Miguel, Mar; Vidal Doce, Óscar; Zambrano Muñoz, Rocío; Seco Gil, Juan Luis

INTRODUCCIÓN

La laparoscopia exploradora vuelve a cobrar importancia en el estadiaje previo a la neoadyuvancia del cáncer gástrico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos nuestra experiencia con la laparoscopia exploradora en el cáncer gástrico localmente avanzado previo a la neoadyuvancia del mismo. Valoramos las indicaciones , técnica quirúrgica y resultados del tratamiento consecuente.

RESULTADOS

Desde la implantación del protocolo de neoadyuvancia en el tratamiento del adenocarcinoma gástrico en el año 2012, han sido 6 los pacientes a los que se ha aplicado esta técnica. Gracias a dicha intervención, se logró discernir entre los candidatos a neoadyuvancia de los casos de quimioterapia paliativa, evitando una cirugia innecesaria no exenta de complicaciones. Valoraremos resultados de la técnica y la evolución desde el punto de vista oncológico de los pacientes intervenidos.

CONCLUSIONES

La laparoscopia exploradora desempeña un papel primordial en el estadiaje preoperatorio de los cánceres gástricos localmente avanzados, permitiéndonos mediante un gesto quirúrgico sencillo adecuar el estadiaje para aplicar el tratamiento oportuno (neoadyuvancia/ quimioterapia paliativa).

P-41 DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS DEL GIST. CASO CLÍNICO.

González Martínez, Lucía; Martínez Martínez, Ángel; Rodrigo Amador, Vidina; Parra López, Romina; Valero Cerrato, Xandra; Gil Laso, Iván; Palomo Luquero, Alberto; Seco Gil, Juan Luis

OBJETIVO:

Describir el caso de una paciente con GIST de diagnóstico complicado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 83 años ingresada por cuadro de tres días de evolución de dolor abdominal, fiebre de 38ºC, astenia e hipotensión, con anemia intensa (Hb: 4'1, Hto: 14'8%).

La ecografía informó de tumoración hipoecogénica en FID, en íntimo contacto con las asas de intestino delgado, sugestiva de neoplasia.

El TAC concluyó de que se trataba de una lesión compleja a nivel de FID, aparentemente en relación con malformación vascular del territorio venoso mesentérico.

Se realizó arteriografía, identificándose malformación vascular a nivel cecal, dependiente de una rama distal de la arteria ileocólica.

Con estos hallazgos, y ante la imposibilidad de realizar embolización por mala colaboración de la paciente, se decidió intervención quirúrgica. Se encontró tumoración de 6cm de diámetro a nivel de asa de intestino delgado (ID) que engloba tambien ileon terminal, con una zona purulenta adherida a peritoneo parietal. Se realizó extirpación de asa de intestino delgado de 15 cm adherida a la tumoración y anastomisis ileo-ileal L-L terminalizada, y hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-cólica L-L terminalizada.

La anatomía patológica fue de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de intestino delgado con características histológicas de alto riesgo de comportamiento agresivo.

Tras buena evolución postoperatoria, la paciente sigue tratamiento quimioterápico, sin evidencia de enfermedad pasados 8 meses de la cirugía.

RESULTADOS:

Los tumores de ID son poco frecuentes, con sintomatología generalmente inespecífica, lo que supone un diagnóstico tardío de los mismos. Los GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo; son la segunda neoplasia más frecuente en ID, con una incidencia estimada de 1-2 casos por cada 100.000 habitantes y año. El tratamiento de elección es la exéresis de la tumoración. Hay controversia respecto a la necesidad de amplia resección del territorio ganglionar, dado que pueden presentar un comportamiento local muy agresivo, pero no es habitual su diseminación a distancia. Un 40% de los GIST son benignos, y el 60% son clasificados como malignos, con supervivencia a 5 años de un 95% para los GIST de bajo grado, y prácticamente del 0% para los de alto grado.

CONCLUSIONES:

Los GIST requieren un alto índice de sospecha. Ante el diagnóstico de malformación arteriovenosa intestinal, no debemos conformarnos con su embolización, sino que es necesario llevar a cabo alguna técnica de biopsia para descartar malignidad de la lesión, y proceder la su resección quirúrgica si fuera necesario.

P-42 LOS TUMORES GIST Y SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL – UN TUMOR DE GIST GÁSTRICO

Rodrigo Amador, Vidina; Moral Moral, Gregorio; Novotny Canals, Sergio; Palomo Luquero, Alberto; Parra López, Romina; Gil Laso, Iván; González Martínez, Lucía; Valero Cerrato, Xandra; Zambrano Muñoz, Rocío; Seco Gil, Juan Luis

OBJETIVO:

Profundizar en el conocimiento de los tumores GIST y advertir la importancia de la inmunohistoquímica para su diagnóstico diferencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer 75 años. Melenas y anemización progresiva. En seguimiento por probable leiomioma gástrico. TAC: tumoración bien definida, con crecimiento exofítico (9x5.7 cm) dependiente de pared posterior de curvatura menor y antro gástrico, densidad heterogénea. Crecimiento significativo respecto a estudio previo. Endoscopia: desde incisura angularis, ocupando la luz gástrica, compresión extrínseca que afecta a curvatura mayor y cara posterior del antro. En zona central: úlcera de 2 cm. sin signos de sangrado activo. Anatomía patológica: ausencia de malignidad. Ecoendoscopia: Tumoración submucosa dependiente de capa 4 (muscular propia), sin sobrepasarla, con áreas de distinta ecogenicidad. Dado que el tumor muestra crecimiento progresivo, en el contexto de sangrado digestivo crónico, y al no poder confirmar su histología, se decide intervenir a la paciente. Se aprecia gran tumoración redondeada en antro gástrico (10x5cm). Se realiza gastrectomía subtotal que nos asegura márgenes libres con seguridad. Anatomía patológica: tumor de GIST predominantemente submucoso con infiltración focal de capas musculares. Riesgo intermedio (5 mitosis por cada 50 campos). Evolución favorable.

DISCUSIÓN:

Los GIST son neoplasias originadas en las células intersticiales de Cajal del tracto digestivo. Se ha encontrado su causa en dos mutaciones génicas que codifican receptores tirosin-quinasa: KIT (75-80%) y PDGFRA (7%). El 15% restante no presenta ninguna y es tipo agresivo. Son potencialmente malignos, por ello es importante un buen diagnóstico diferencial basado en anatomía patológica e inmunohistoquímica. Lo debemos realizar con: leiomioma – leiomiosarcoma, tumor desmoide, schwannoma, linfoma, adenocarcinoma, carcinomatosis peritoneal, tumor carcinoide y/o metástasis. Principales marcadores y frecuencia en que aparececen: CKIT/CD117 (50-90%), CD34 (60-70%), SMA (20-40%), S100 (5%). Recientemente anticuerpo DOG1.1. En nuestro caso, sin tener un resultado anatomo – patológico claro, la lesión se cataloga de leiomioma y se decide vigilancia. Del resultado final, debemos concluir que, sin un criterio histológico, la presunción de que una lesión gástrica se trate de un tumor benigno no es correcta. En tumores GIST, asociado a cirugía, el inhibidor de los receptores tirosin quinasa, Imatinib, constituye la primera línea de tratamiento. Nuevos hallazgos han demostrado que los tipo agresivo y los que presentan una mutación KIT en exón 9 responderán mejor al Sunitinib.

CONCLUSIONES:

El correcto diagnóstico diferencial basado en histopatología e inmunohistoquímica de los tumores GIST, es de gran importancia para procurar un tratamiento completo, y así mejorar el pronóstico de la enfermedad.

P-43 TUMOR DE KRUKENBERG: SU DIAGNÓSTICO PRECOZ; A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodrigo Amador, Vidina; Novotny Canals, Sergio; Sánchez García, Manuel; Palomo Luquero, Alberto; Parra López, Romina; Gil Laso, Iván; González Martínez, Lucía; Valero Cerrato, Xandra; Zambrano Muñoz, Rocío; Seco Gil, Juan Luis

OBJETIVO:

Describir la importancia del diagnóstico precoz en el tumor de Krukenberg.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer 52 años. Se realiza gastrectomía total por adenocarcinoma gástrico. Rechaza tratamiento citostático adyuvante a pesar del estadio (pT3, N2). Seguimiento posterior a la gastrectomía: semestral primeros 5 años. 11 años después debuta con una tumoración gigante ovárica bilateral. Se realiza ooforectomía bilateral e histerectomía. Anatomía patológica: extenso adenocarcinoma metastático con células “en anillo de sello” en ambos ovarios, linfangitis carcinomatosa en hilios ováricos (tumor de Krukenberg bilateral gigante: Ovario derecho 25 cm y 2367 g. Ovario izquierdo 22 cm y 1406 g). Revisando la biopsia del adenocarcinoma gástrico: totalmente superponible. Metástasis ganglionares en 6/6. Evolución favorable y rechaza de nuevo tratamiento quimioterápico adyuvante. Reevaluada a los seis meses sin encontrar hallazgos significativos. A los 10 meses ingresa por astenia, deterioro de estado general y disnea mínimos esfuerzos. Fallece al poco tiempo.

DISCUSIÓN:

El tumor de Krukenberg se refiere a una metástasis ovárica maligna cuyo tumor primario es gástrico difuso en el 70% de los casos. Representa el 1-2% de los tumores ováricos y la probabilidad de desarrollarlo tras padecer un adenocarcinoma gástrico es del 4.4-6.7%. Afecta a mujeres jóvenes (40-50 años) y tiene muy mal pronóstico. Una vez se diagnostica, la esperanza de vida es de 1 año. En la literatura se documentan varios factores que influyen en la aparición de metástasis ováricas. Relacionados con la paciente: edad temprana, estado hormonal premenopáusico y presencia de embarazo. Relacionados con el tumor: tipo de tumor primario (más frecuentes en el adenocarcinoma gástrico), estadio avanzado, invasión vásculo – linfática presente, mal grado de diferenciación celular y afectación pélvica en el momento de la cirugía. El diagnóstico precoz, y la citorreducción completa son los dos pilares fundamentales que mejoran la supervivencia. El diagnóstico precoz se realiza en primer lugar con exploración pélvica en el momento de la cirugía y se continuará con seguimiento estrecho, teniendo en cuenta las variables de riesgo descritas. Salvo que se haya optado por una ooforectomía profiláctica, es obligado realizar periódicamente ecografía ginecológica – TAC abdomen y marcadores tumorales.

CONCLUSIONES:

Las mujeres con factores de riesgo, intervenidas de adenocarcinoma gástrico, son de especial atención a la hora de realizar seguimiento ginecológico estrecho, puesto que el diagnóstico precoz de un tumor de Krukenberg mejorará significativamente su supervivencia. El periodo libre de enfermedad puede ser largo, por lo que no deberá suspenderse el seguimiento en base a ello.

P-44 PERFORACIÓN IATROGÉNICA EN ANGIODISPLASIA DE DIVERTÍCULO DUODENAL

Moreno Racionero, Francisca; Pelaz Salomón, Alejandro; Merino Peácoba, Luis; De Andrés Asenjo, Beatriz; Benavides De La Rosa, Diana Fernanda; Legido Morán, Patricia; Gómez López, Juan Ramón; Abril Vega, Carlos; Rabadán Jiménez, José; Beltrán De Heredia Rentería, Juan

OBJETIVO

Presentamos el caso de una perforación iatrogénica de un divertículo duodenal. Los divertículos duodenales (DD) son lesiones adquiridas formadas por una saculación de la mucosa y submucosa que se hernian a través de un defecto muscular, descritos por primera vez en 1845 por Boyd.

La incidencia de DD en las series autópsicas varía entre el 6-22% y son un hallazgo casual en el 5% de las exploraciones baritadas del tracto digestivo superior. Son poco frecuentes en pacientes menores de 30 años y tienen su mayor incidencia entre los 50 y 65 años de edad. Sólo el 5% de los pacientes presentan síntomas debido a la compresión de órganos vecinos, entre ellos destaca colestasis, hemorragia, inflamación o perforación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Varón de 66 años con antecedentes de infarto de miocardio que acude al Servicio de Urgencias por presentar abdomen agudo “vientre en tabla” tras realización 24 horas antes de ablación por angiodisplasia en un divertículo en la tercera porción duodenal. Analíticamente presentaba leucocitosis con desviación izquierda y reactantes de fase aguda elevados.

Se realiza intervención quirúrgica urgente observándose peritonitis biliar localizada con perforación a nivel del divertículo duodenal hacia retroperitoneo. Se realizó diverticuléctomía, sutura directa y drenaje localizado en el sitio de la resección.

DISCUSIÓN

Los DD constituyen un reto diagnóstico y terapéutico debido a su presentación inespecífica. Generalmente se establece su presencia mediante estudios de endoscopia, series esofagogastroduodenales con bario y duodenografía y también como hallazgo transoperatorio.

Ciento sesenta y dos casos de DD perforados se han reportado en la literatura. La supuesta causa de la perforación en el 57% de los pacientes se debe a procesos isquémicos secundarios a la distensión provocada por la retención de alimentos en los divertículos. Otras causas son ulceraciones, enterocolitis, trauma abdominal cerrado y perforación debida a la CPRE.

Cuando se produce una perforación duodenal la localización más frecuente es a nivel de la segunda y tercera porción duodenal. El manejo quirúrgico adecuado sigue siendo objeto de debate. Un abordaje quirúrgico es generalmente defendido. Sin embargo, algunos grupos prefieren un enfoque más conservador, demostrando que el tratamiento no quirúrgico es una alternativa segura.

En términos quirúrgicos, existen varias opciones, que van desde la escisión local hasta la realización de un Whipple. Por otra parte, también se han realizado diverticulectomía laparoscópica con buenos resultados. Thorson et al. revisaron la diferentes opciones quirúrgicas y encontraron que la diverticulectomía es el tratamiento más común (49%).

P-45 DIVERTICULITIS DUODENAL: TRATAMIENTO CONSERVADOR

González Alcolea, Natalia; Lucena de la Poza, José Luis; Farhangmehr Setayeshi, Neda; De Gregorio Muñiz, Lucía; García Pavía, Arturo; Cuiñas León, Karina; Laíz Diez, Beatriz; Serrano González, Javier; Jiménez Garrido, Manuel C; Sánchez Turrión, Victor

OBJETIVOS:

La diverticulitis duodenal es una entidad poco prevalente, cuyo abordaje inicial más frecuente es quirúrgico. Presentamos el caso de un varón de 73 años con diverticulitis duodenal tratada de forma conservadora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 73 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a urgencias por cuadro de tres días de evolución de dolor en hipocondrio derecho, fiebre de 38ºC y náuseas, con Murphy negativo y sin otros signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca leucocitosis con marcada neutrofilia y elevación de PCR, sin alteraciones en el perfil hepático. Con la sospecha de colecistitis aguda se realiza ecografía y TC abdominal, que es informada como "lesión retroperitoneal en miga de pan de 4 cm, que parece comunicar con la tercera porción del duodeno, asociando burbujas extraluminales retroperitoneales, afectación de la grasa mesentérica y retroperitoneal, dilatación de la vía biliar y aerobilia". Los hallazgos son sugestivos de patología infecciosa -inflamatoria, incluyendo como diagnósticos diferenciales divertículo duodenal complicado, úlcera duodenal perforada, y menos probable patología primaria de la vía biliar (coledocolitiasis complicada, ya que la vesícula biliar no muestra alteraciones).

RESULTADOS

Dada la estabilidad del paciente y la ausencia de signos de peritonismo, se realiza tratamiento conservador con dieta absoluta, nutrición parenteral, analgesia y antibioterapia empírica con Piperacilina-tazobactam durante 8 días. En TC de control se confirma la presencia de divertículo a nivel de tercera porción duodenal, de tres centímetros de diámetro, con desaparición del patrón en miga de pan, de forma que se comunica libremente con la luz duodenal y desaparición de la neumatosis de la pared, de las burbujas extraluminales y de los cambios inflamatorios, sin formación de colecciones. En el seguimiento en consultas el paciente permanece asintomático.

CONCLUSIÓNES

La diverticulosis duodenal es una condición relativamente común y asintomática; no así sus complicaciones (principalmente sangrado, diverticulitis o perforación), infrecuentes y que requieren un diagnóstico diferencial con otras causas más comunes de dolor en hemiabdomen superior tales como la úlcera duodenal perforada o la colecistitis aguda. Al ser un cuadro excepcional, no están bien definidas las recomendaciones de tratamiento, aunque se suele realizar un abordaje quirúrgico (diverticulectomía o exclusión duodenal). Sin embargo, en pacientes con perforación encubierta (sin neumoperitoneo) que estén estables y sin signos de irritación peritoneal, como ocurre en el presente caso, el tratamiento conservador podría ser una opción aceptable.

COMUNICACIONES POSTER CIRUGÍA HEPATO-BILIO-PANCREÁTICA:

P-46 DIFICIL DIAGNÓSTICO DE MASA SOBRE HIGADO SANO: HEPATOCARCINOMA

Mambrilla Herrero, Sara; Perez Saborido, Baltasar; Martínez Díaz, Ruth; Gonzalo Martín, Marta; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Asensio Díaz, Enrique; Labarga Rodriguez, Fernando; Blanco Álvarez, José Ignacio; Barrera Rebollo, Asterio.

INTRODUCCIÓN

Los adenomas hepáticos son una proliferación benigna de hepatocitos que se presenta más frecuentemente en mujeres que en hombres. Cuando se sospecha la existencia de un adenoma está indicada su exéresis por su riesgo de malignización. La activación de la proteína beta-catenina se asocia a incremento del riego de malignización y la aparición de hepatocarcinoma sobre hígado sano es muy infrecuente siendo menos del 10%.

Presentamos un caso de tumoración hepática, sospechosa de adenoma hepático con degeneración beta-catenina. Se extirpó realizando una segmentectomía V-VIII, finalmente se diagnosticó como hepatocarcinoma sobre hígado sano.

CASO CLÍNICO

Varón de 68 años con antecedentes de enfisema pulmonar. En seguimiento por nódulos milimétricos en pulmón derecho de años de evolución. Intervenido quirúrgicamente se realizó hemicolectomía derecha por adenoma displásico 1 año antes y colecistectomía.

Durante su seguimiento en consulta se aprecia moderada elevación de enzimas hepáticas por lo que se le realiza un Eco doppler que describe una LOE en segmento hepático de aproximadamente 4 cms, descrito como sospechoso de metástasis hipervascular sin comportamiento típico. Se realiza un TAC que observa una lesión misma zona con características metastásicas. Ante las dudas diagnósticas se realiza una resonancia, donde se visualiza una lesión hiperintensa en T1 y T2, tras la administración de contraste la lesión realza en la periferia en fase arterial con lavado central en fase venosa y de equilibrio persistiendo pequeño anillo hiperintenso. Estos hallazgos son sugestivos de adenoma con degeneración beta-catenina sin poderse descartar un hepatocarcinoma bien diferenciado. Se propone intervención quirúrgica para resección, se realiza ecografía intraoperatoria que sitúa la vena suprahepática media medial a la lesión y la bifurcación portal derecha inferior a la misma. Se decide realizar una subsegmentectomía V-VIII con margen de seguridad, no requiriéndose ampliación de las zonas de resección. Se consideró la segmentectomía mejor opción terapéutica que la hepatectomía derecha para minimizar el riesgo de insuficiencia hepática. La anatomía patológica de la pieza fue informada como hepatocarcinoma moderadamente diferenciado con márgenes libres y con afectación vascular. El postoperatorio cursó satisfactoriamente sin presentar signos de insuficiencia hepática, por lo que recibió el alta, para valorar tratamiento coadyuvante ambulatorio.

RESUMEN

La diferenciación del adenoma hepático del hepatocarcinoma moderadamente-bien diferenciado sobre hígado no cirrótico es difícil. La resección hepática de los adenomas evitar complicaciones y su trasformación maligna, la existencia de dudas diagnósticas reafirma la resección hepática como mejor método terapéutico.

P-47 S. VIRIDANS COMO AGENTE CAUSANTE DE ABSCESO HEPÁTICO MONOMICROBIANO. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Peláez Barrigón, Rosa María; Esteban Velasco, María Carmen; Iglesias Iglesias, Manuel José; González Muñoz, José Ignacio; Sánchez Casado, Ana Belén; Aguilera Molina, Yari Yuritzi; González Sánchez, María del Carmen; González Fernández, Luis Miguel; Muñoz Bellvis, Luis

OBJETIVOS:

Analizar la escasa frecuencia de este germen en el contexto de una infección intraabdominal y su planteamiento como diagnóstico diferencial en las causas de absceso hepático monomicrobiano.

Discusión de la capacidad patogénica del S. Viridans presente en la flora comensal orofaríngea pudiendo llegar a causar un shock séptico en pacientes neutropénicos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso clínico de una mujer, 80 años, antecedentes de: dislipemia, hipertensión, artrosis, colecistectomizada y en tratamiento con antihipertensivos y estatinas. Acude a la urgencia por fiebre 38ºC de 4 días de evolución, diarrea, malestar general, dolor abdominal difuso y disuria. Exploración física: hipotensión, taquicardia y saturación O_2 89%, con un abdomen doloroso difusamente sin signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias: alteración urinaria, plaquetopenia, leucopenia, Cr 2.08, LDH 257, K^+ 2.5. PCR 33.29mg/dl, PCT 51.2ng/ml, lactato 5.2 y radiografía tórax normal. Se realizan urino y hemocultivo en urgencias, repitiéndose el hemocultivo en la UCI, donde ingresa con diagnóstico de Shock séptico. Se instaura tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam + metronidazol.

TAC abdominal: absceso en lóbulo hepático izquierdo de 8cm y líquido libre perihepático. Se realiza punción percutánea por Radiología intervencionista, no siendo efectiva, por lo que se decide cirugía urgente: drenaje del absceso, toma de muestras para cultivo y lavado de cavidad abdominal.

Cultivo del absceso: Cocos gram+ anaerobios, coincidentes con hemocultivo de UCI: S.Viridans. IgE específica Echinoccoccus negativa. Ecocardiogramas transtorácico y transesofágico negativos para endocarditis. Después de 8 días de tratamiento con piperacilina-tazobactam, se sustituye por penicilina G sódica, siendo la paciente dada de alta al 16º día de ingreso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

S. Viridans es un coco gram+, anaerobio facultativo, catalasa y coagulasa-, α-hemolítico, presente en tracto digestivo y respiratorio alto formando parte de la flora comensal humana.

Se ha demostrado que S. Viridans es un agente microbiano muy poco frecuentemente aislado en el contexto de infección intraabdominal, siendo el primer germen causante de endocarditis y el tercero en la peritonitis bacteriana secundaria.

Aunque su patogenicidad es baja, la repercusión de una bacteriemia puede ser importante, causando shock séptico en pacientes neutropénicos y endocarditis por su adherencia a las válvulas cardiacas.

No hay casos recogidos en la literatura de que S. Viridans cause absceso hepático monomicrobiano sin una puerta de entrada/foco previo, no demostrado en nuestra paciente.

El diagnóstico temprano mediante tinción Gram es fundamental para instaurar tratamiento antibiótico empírico sabiendo que, hasta un 61% de los hemocultivos positivos aislados tempranamente, responden al tratamiento con Penicilina.

Menú Comunicaciones Orales Menú Comunicaciones Vídeos Menú Comunicaciones Póster

P-48 COMPLICACIÓN TRAS BIOPSIA HEPÁTICA: FÍSTULA BILIOPLEURAL

González Alcolea, Natalia; Crowley Carrasco, Silvana; Valdivia Concha, Daniel; Macías Sotuela, Lidia; Hoyos Mejía, Lucas; Campo-Cañaveral de la Cruz, José Luis; Gómez de Antonio, David; Moradiellos Díez, Javier; Naranjo Gómez, José Manuel; Varela de Ugarte, Andrés

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente trasplantado hepático con fístula biliopleural tras biopsia hepática, que se trató de forma conservadora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 66 años, trasplantado hepático por cirrosis por VHC y hepatocarcinoma, con recidiva precoz de VHC en el injerto. Tras biopsia hepática de control presenta hemotórax iatrógeno que requiere drenaje transtorácico. Tras el alta, acude a urgencias una semana más tarde por fiebre, tos seca y dolor torácico. La radiografía de tórax muestra derrame pleural derecho. En la analítica destaca PCR 66'4mg/l y GGT 142U/l, con bilirrubina 0'6mg/dl. Se inicia antibioterapia (Piperacilina-tazobactam y vancomicina) y se coloca drenaje endotorácico. Se toman muestras para microbiología y bioquímica: proteínas 3'7g/dl, colesterol 85mg/dl, triglicéridos 61mg/dl, amilasa 16U/l, bilirrubina 7'2mg/dl. Inicialmente el débito del drenaje es serohemático, evolucionando posteriormente a un aspecto claramente bilioso.

RESULTADOS

Con la sospecha de fístula biliopleural se solicita Eco-HIDA, sin evidencia gammagráfica de fuga biliar; y colangioRMN, que objetiva colección subfrénica y hemotórax de localización subpulmonar asociado a derrame con niveles hidroaéreos sin demostrar fuga biliar. Ante estos hallazgos se decide iniciar tratamiento con urokinasa intrapleural y CPRE, que muestra una vía biliar normal sin fístula ni fuga de contraste a ningún nivel. Se realiza esfinterotomía biliar y colocación de prótesis plástica. Tras CPRE y una semana de tratamiento fibrinolítico presenta disminución progresiva del débito del drenaje, de aspecto serohemático, con reexpansión completa pulmonar.

CONCLUSIONES

La fístula biliopleural es una entidad poco frecuente. Su etiología incluye los traumatismos hepáticos, enfermedades parasitarias, abscesos subfrénicos, obstrucción biliar o de causa iatrogénica, como migración de stents biliares, postcolecistectomía, biopsia hepática o ablación por radiofrecuencia de lesiones hepáticas. La TC y ecografía pueden identificar colecciones biliares y torácicas, pero es menos frecuente que demuestren el trayecto fistuloso. El diagnóstico definitivo se puede realizar mediante toracocentesis que muestra la presencia de bilis (cociente bilirrubina líquido pleural/ bilirrubina sérica mayor de 1), Eco-HIDA con acumulación de radioisótopo en espacio pleural, o demostrando el trayecto fistuloso mediante CPRE. Esta última es la modalidad de elección, ya que además puede ser terapéutica al permitir la realización de esfinterotomía y colocación de prótesis.

El tratamiento conservador consiste en la colocación de un tubo de drenaje endotorácico con o sin drenaje de la vía biliar y antibioterapia. El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos casos en los que el tubo de tórax no sea efectivo o en casos de larga evolución.

P-49 HIPERTROFIA HEPÁTICA TRAS LIGADURA PORTAL COMO TRATAMIENTO PREVIO A METASTASECTOMÍA

Del Barrio Anaya, Sandra; Etreros Alonso, Javier; Monge Ropero, Nicolás; Malavé Cardozo, Luis; Serra Lorenzo, Rubén; González Fernández, Ana; Oquillas Izquierdo, Diana; Jimenéz Torquemada, María; Aís Conde, Guillermo

OBJETIVO:

Presentamos un caso de neoplasia de colon izquierdo con metástasis hepáticas bilobares al que se realizó una hepatectomía en dos etapas con previa hipertrofia hepática. Dicha técnica es relativamente novedosa, ya que fue desarrollada por Adam en el 2000. Este procedimiento consiste en resecar en un primer tiempo la enfermedad del lado menos afectado, ligadura portal del más comprometido (con primario ya resuelto o en forma simultánea) y realizar en un segundo tiempo la resección potencialmente curativa, basándose en la regeneración compensatoria del futuro hígado.

CASO CLÍNICO:

Se presenta una paciente de 57 años de edad, que tras un mes con epigastralgia y episodios diarreicos aislados es diagnosticada de tumoración de colon de ángulo esplénico con múltiples metástasis hepáticas: lesión de 11 cm en lóbulo derecho hepático junto con lesiones en III y IVb de 3 cm de diámetro.

La paciente fue intervenida en un primer tiempo, realizándose colectomía derecha, metastasectomía del III y ligadura de la rama portal derecha. Tras un mes se realiza nuevo TAC donde se objetiva el gran crecimiento del hígado izquierdo. Vuelve a ser intervenida en un segundo tiempo, realizándose una hepatectomía derecha ampliada al segmento IV. Cuarenta días posteriores a la última intervención se realiza nuevo TAC de control, donde se observa un parénquima hepático suficiente y libre de metástasis. En el momento actual la paciente continúa asintomática y sin objetivar patología metastásica.

CONCLUSIONES:

Debemos tener presente que las indicaciones quirúrgicas para las metástasis hepáticas tras neoplasia colorrectal están en plena evolución, ya que hace pocos años esta paciente no habría sido intervenida. Se debe tener en cuenta la mejoría significativa en la sobrevida de un grupo de pacientes con metástasis hepáticas colorrectales múltiples bilaterales que de otra manera recibirían sólo un tratamiento paliativo. A pesar de todo, debemos ser cautos y esperar a nuevos estudios que muestren resultados a largo plazo.

P-50 HEPATOPTOSIS

Benavides de la Rosa, Diana Fernanda; García-Castaño Gandiaga, Juan; López de Cenarruzabeitia, Íñigo; Merino Peñacoba, Luis María; Moreno Racionero, Francisca; Gómez López, Juan Ramón; Gómez Carmona, Zaira; Revuelta del Peral, Marielli; Beltrán de Heredia y Rentería, Juan

INTRODUCCIÓN

La hepatoptosis se define como una excesiva movilidad del hígado, causado por anormalidades en la fijación hepática, ya sea por laxitud de los ligamentos hepáticos o por aumento de la relajación diafragmática. Puede ser congénita, pero más comúnmente es adquirida, debido a la relajación de los medios de soporte con las maniobras de liberación del hígado en algunos procedimientos.

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente de 72 años con hallazgo de hepatoptosis durante el control radiológico en el seguimiento de tumor de GIST intervenido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 72 años intervenido de tumor del intestino delgado tipo GIST en el 2004. En los estudios radiológicos de control de la enfermedad no se informaban signos de extensión metastásica, aunque si se reportaba alteración del parénquima hepático, sin otras alteraciones reseñables a nivel hepatobiliar. En enero de 2012 se solicita Resonancia magnética nuclear por sospecha de metástasis hepáticas. La RMN informa acerca de cambios en relación con hepatectomía derecha, (no se identifica arteria hepática derecha). Existe además lo que parece una relajación diafragmática derecha con un ascenso del hemidiafragma ipsilateral. Debido posiblemente al ascenso del diafragma el ángulo hepático del colon ocupa gran parte del hipocondrio derecho entre el hígado y la vesícula y la pared. El TAC abdominal de la misma fecha informa hígado con morfología distorsionada como variante de la normalidad, sin que se aprecien alteraciones en su densidad. Se aprecia vesícula contra pared lateral derecha y lóbulo izquierdo rotado hacia adelante. El paciente se encuentra asintomático y continúa en controles por el servicio de radiología.

CONCLUSIONES

La hepatoptisis es una entidad muy infrecuente y existe muy poca bibliografía acerca este raro transtorno. Además de las causas descritas, la debilidad de la pared abdominal anterior que depriva al hígado del soporte de los intestinos, está en relación con el descenso o rotación anormal desde su posición inicial. En un gran número de casos es un hallazgo incidental en el estudio abdominal, con frecuencia de obstrucción intestinal, aunque puede diagnosticarse de manera incidental, en un control postoperatorio, como en nuestro caso. El manejo debe ser conservador si no hay clínica manifiesta, aunque hay descritas técnicas de pexia para los casos sintomáticos.

P-51 AGENESIA DE LA VESÍCULA BILIAR Y DEL CONDUCTO CÍSTICO: REPORTE DE UN CASO.

Tortolero Giamate, L; Tortolero Gaida, F; Arens Arens, M; Avarado Areas, A

INTRODUCCIÓN:

La agenesia de la vesícula biliar (AVB) y del conducto cístico, sin atresia de la vía biliar, es una alteración congénita infrecuente. La mayoría se presenta de forma asintomática, sin embargo, hasta un 23% de los pacientes desarrollan síntomas sugestivos de patología biliar, en algunos casos indistinguibles de la colelitiasis.

CASO CLÍNICO:

Varón de 34 años que acude a la consulta de Cirugía General por presentar dolor cólico en hipocondrio derecho desde hace 12 meses, asocia náuseas, dispepsia e intolerancia a grasas. La exploración física y analítica son normales.

Durante su estudio se realizan tres ecografías hepatobiliares, por diferentes radiólogos. En dos describen vesícula de paredes delgadas y en otra la pared anterior engrosada, hiperecoica, sugestiva de vesícula escleroatrófica. En dos observan imágenes sugestivas de colelitiasis, mientras que en una no. Los tres informes concuerdan con que la vía biliar intra y extrahepática es de calibre normal. En la colangioresonancia se evidencia la vía biliar no dilatada, el colédoco de trayecto y calibre normal. No se visualiza vesícula biliar. La panendoscopia es normal.

En vista de que los hallazgos no son concluyentes, se realiza laparoscopia exploradora. Se encuentran adherencias laxas en el área biliar que se liberan, en el lecho vesicular hepático se observa banda fibrosa sin conexión con hilio hepático. Disección e identificación de vías biliares extrahepáticas sin evidencia de vesícula biliar en situación ectópica. Se realiza colangiografía intraoperatoria, confirmándose la AVB y del conducto cístico. Además, parte proximal de la vía biliar extrahepática dilatada, sin litiasis y vaciado biliar normal. En el postoperatorio el paciente tiene una buena evolución con ausencia de loas síntomas.

DISCUSIÓN:

Se ha sugerido una similitud fisiopatológica entre la AVB y la dilatación del conducto biliar postcolecistectomía. Los conductos biliares dilatados servirían de almacenamiento biliar, compensando la ausencia de la vesícula biliar. Esto podría condicionar la aparición de síntomas por disquinesia biliar o cálculos en la vía biliar. Los síntomas también pueden presentarse por patologías no biliares, como la esofagitis o duodenitis, las cuales fueron descartadas en nuestro caso. Además, concordamos con Waisberg *et al*, en que las adherencias en el cuadrante superior del abdomen y el espacio periportal pueden estar implicadas en la aparición de síntomas.

El ecografista puede interpretar los pliegues peritoneales subhepáticos como una vesícula biliar contraída, esclerótica. Aunque la colangioresonancia es una prueba altamente específica para la AVB, el diagnóstico no se considera certero hasta la laparotomía.

P-52 VESÍCULA IZQUIERDA: RARA VARIANTE ANATÓMICA Y CAUSA DE CONVERSIÓN EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Herrera Kok, Johnn Henry; Barra Valencia, Vanessa; Eguía Larrea, Marta; Sanjosé Santa Marta, Henar; de Castro Monedero, Paola; Suero Rodríguez, Carlenny; Fernández Rodríguez, José Alberto; Chana Abad, Laureano; Louredo Méndez, Ángel Martín; Álvarez Conde, José Luis

INTRODUCCIÓN:

La vesícula izquierda es una variante anatómica muy poco frecuente en la que la vesícula se sitúa a la izquierda del ligamento redondo (lecho del segmento III). Puede aparecer en tres circunstancias: situs inversus, vesícula biliar ectópica a la izquierda del ligamento redondo y vesícula izquierda propiamente dicha. Puede asociar anomalías portales y biliares (el conducto cístico puede desembocar a la derecha o a la izquierda del conducto hepático común o directamente en el conducto hepático izquierdo). Su diagnóstico clínico es difícil porque su sintomatología no difiere de la colelitiasis sintomática en una vesícula normoposicionada. La ecografía abdominal tampoco suele detectar esta variante anatómica por lo que suele ser un hallazgo casual durante la cirugía. Si se sospecha preoperatoriamente se debe completar el estudio mediante TAC abdominal con contraste y Angio-Colangio RMN para descartar posibles anomalías anatómicas asociadas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente varón de 38 años de edad con antecedentes de cólicos biliares de repetición de un año de evolución con un episodio de colecistitis aguda litiásica no complicada y litiasis renal bilateral. Pruebas complementarias: analítica sin alteraciones y ecografía abdominal que muestra colelitiasis múltiple, vía biliar de calibre normal y litiasis renal bilateral no obstructiva. Con el diagnóstico de colelitiasis sintomática se decide colecistectomía laparoscópica. Durante la intervención se identifica vesícula biliar a la izquierda del ligamento redondo, colelitiasis múltiple y signos de colecistitis crónica. Ante la presencia de una variante anatómica se decide la conversión. Se realiza disección e identificación de los elementos del triángulo de Calot evidenciándose litiasis impactada en el infundíbulo vesicular y arteria cística (anteroinferior al conducto cístico) probablemente procedente de arteria gastroduodenal. Se disecó la unión cístico-coledociana (Desembocadura del cístico a la derecha del conducto hepático común), colecistectomía retrógrada y colangiografía intraoperatoria transcística objetivándose buen paso de contraste a duodeno, buen relleno de la vía biliar intra y extrahepática con un calibre en el límite alto de la normalidad y sin defectos de replección, Wirsung de calibre normal.

RESULTADOS:

Postoperatorio sin incidencias. Histología: Confirma colecistitis crónica.

CONCLUSIÓN:

La vesícula izquierda es una rara variante anatómica cuyo diagnóstico clínico es difícil por lo que suele ser un hallazgo intraoperatorio lo que obliga a una disección cuidadosa de los elementos del triángulo de Calot y de la unión císticocoledociana, a la realización de una colangiografía intraoperatoria para valorar la vía biliar en caso de duda y a conversión a laparotomía si es necesario.

P-53 FÍSTULA COLECISTO-DUODENAL CON CÁLCULO ENCLAVADO EN DUODENO

Calvo Espino, Pablo; Gimenez Alvira, Lui; Serrano González, Javier; García Pavía, Arturo; Cuiñas León, Karina; Farhangmehr Setayeshi, Neda; De Gregorio Muñiz, Lucía; Artés Caselles, Mariano; Jiménez Garrido, Manuel; Sánchez Turrión, Victor

OBJETIVOS

Presentación de tres casos de Síndrome de Bouveret (obstrucción duodenal o gástrica por cálculo procedente de la vesícula biliar debido a una fístula colecisto-duodenal), intervenidos en nuestro centro en los últimos 3 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: mujer de 84 años con antecedente de íleo biliar por cálculo enclavado en yeyuno, operada para extracción del cálculo un mes antes de volver a Urgencias por vómitos. Se realizó TC abdominal: estómago de retención secundario a un cálculo enclavado en duodeno, pared engrosada, fístula colecisto-duodenal y aerobilia. Intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía: colecistectomía, duodenotomía sobre el cálculo enclavado por la imposibilidad de fraccionamiento, duodenorrafia, exclusión duodenal y gastro-yeyunostomía transmesocólica.

Caso 2: varón de 82 años que acude a Urgencias por vómitos tras las ingestas. TC abdominal: cálculo en primera porción duodenal con dilatación gástrica; gastroscopia: confirmación de estos hallazgos, sin poder lograr su extracción. Laparotomía programada: pequeña gastrotomía, con colecistectomía y cierre del orificio fistuloso píloro-duodenal mediante piloroplastia tipo Heinecke-Mikulicz.

Caso 3: mujer de 88 años que presenta vómitos intensos. TC abdominal: cálculo obstructivo localizado en primera porción duodenal. Se realizó cirugía urgente consistente en duodenotomía para extracción del cálculo, duodenorrafia y colecistectomía.

RESULTADOS

Las complicaciones postoperatorias fueron las siguientes: una de las pacientes (caso 1) presentó hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera duodenal con vaso visible, en el postoperatorio y requirió intervención quirúrgica urgente para hemostasia. Otro paciente (caso 2) presentó infección de la herida quirúrgica. No hubo otras complicaciones y los pacientes fueron dados de alta hospitalaria en el 14º, 13º y 8º días postoperatorios.

CONCLUSIONES

El síndrome de Bouveret es una variante infrecuente de íleo biliar, más frecuente en personas mayores de 65 años, con predominio en sexo femenino. Suele cursar con dolor abdominal, náuseas y vómitos; y se diagnostica mediante radiología simple, TC abdominal y endoscopia digestiva alta. El tratamiento inicialmente tiende a ser conservador, intentando extraer el cálculo con endoscopia. Si ésta es inefectiva, se trata mediante cirugía. El estado del duodeno tras la extracción del cálculo condiciona la técnica quirúrgica a realizar que oscila entre duodenorrafia, cuando la pared duodenal está en buen estado, y exclusión duodenal cuando existe una gran afectación de la misma. Se discute la conveniencia de realizar la cirugía en uno o dos tiempos, posponiendo la colecistectomía, por lo que se individualiza la decisión en función de las características del paciente.

P-54 DEGENERACIÓN MALIGNA DE PATOLOGÍA QUÍSTICA DE LA VÍA BILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gonzalo Martín, Marta; Pérez Saborido, Baltasar;Díez González, Luis Miguel; Martínez Díaz, Ruth; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Mambrilla Herrero, Sara; Asensio Díaz, Enrique; Labarga Rodríguez, Fernando; Barrera Rebollo, Asterio

INTRODUCCIÓN.

Los quistes de colédoco o quistes biliares, son una patología poco frecuente en nuestro medio, con una incidencia calculada de 1:100.000/150.000; una mayor afectación del sexo femenino, 3-4:1, y una edad media entre 60 y 70 años. La clasificación de Alonso-Lej, posteriormente modificada por Todani, describe cinco tipos diferentes de quistes biliares. Su etiopatogenia exacta se desconoce. Pueden ser congénitos o adquiridos; se asocian a malformaciones anatómicas de la "unión biliopancreática" y el hecho de su elevada frecuencia en otras latitudes sugiere una predisposición genética o determinada por el ambiente. La mayoría de los pacientes serán diagnosticados antes de los 10 años de edad, aunque los casos en adultos se encuentran en aumento. En el niño, los signos más habituales son la hiperbilirrubinemia, el retraso en el crecimiento y hallazgo de masa abdominal, mientras que la clínica más registrada en edad adulta es el dolor abdominal, la ictericia intermitente, la colangitis de repetición, la masa abdominal o la pancreatitis. Al ser una patología rara, la sospecha ante una dilatación de la vía biliar es clave, especialmente sin indicadores de obstrucción. El diagnóstico se establece a través de las pruebas de imagen: TC, colangio-RM, CPRE y ecoendoscopia principalmente, colangiografía, escintigrafía... El tratamiento de elección será la cirugía, dado el alto riesgo de malignización, sobre todo en los quistes tipo I y IV (hasta un 50%, en aumento progresivo con la edad). Dicho riesgo disminuye con la resección del quiste, pero se mantendrá por encima de la población normal. La enfermedad intrahepática será susceptible de resección si es localizada, destechamiento, manejo percutáneo tras hepaticoyeyunostomía o, en casos excepcionales, trasplante hepático.

CASO CLÍNICO.

Mujer de 69 años. Antecedentes de asma bronquial, psicosis delirante y glaucoma. Estudiada en su Hospital de origen por abdominalgia con episodios diarreicos y escasa tolerancia oral. EN ecografía, se observa dilatación quística de vía biliar principal con estenosis biliar asociada de origen incierto. La TC y RM detectan una dilatación quística en colédoco de 22 mm. Mediante CPRE y colangiografía asociada, es diagnosticada de lesión quística de hepatocolédoco con estenosis en colédoco proximal de características benignas y se coloca prótesis plástica. Intraoperatoriamente, se observa quiste de colédoco tipo I que se reseca incluyendo zona de estenosis en colédoco distal, cuyo borde se biopsia con el resultado de colangiocarcinoma. Se realiza duodenopancreatectomía cefálica.

CONCLUSIÓN.

Los quistes de la vía biliar son una patología rara pero su elevado riesgo de malignización nos obliga a conocerla y sospecharla. El tratamiento se basará en la resección más hepaticoyeyunostomía, aunque deberá adecuarse individualmente según los hallazgos, como en el caso expuesto.

P-55 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL COLANGIOCARCINOMA SOBRE NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL BILIAR: APORTACIÓN DE DOS NUEVOS CASOS.

Pérez Saborido, Baltasar; Asensio Díez, Enrique; Martínez Díez, Ruth; Díez González, Luis Miguel; Pacheco Sánchez, David; Gonzálo Martín, Marta; Rodríguez López, Mario; Pinto Sánchez, Pilar; Madrigal, Beatriz; Barrera Rebollo, Asterio.

INTRODUCCIÓN.

La neoplasias papilares intraductales de los conductos biliares son una entidad de comportamiento similar a las a las neoplasias mucinosas intraductales pancreáticas con riesgo de degeneración maligna (hasta en un 80% se puede presentar un carcinoma invasivo). La hipersecreción de mucina se ve solo en un tercio de estos tumores. Se plantea el tratamiento quirúrgico agresivo por el riesgo de malignización y en los casos ya malignizados por el mejor pronóstico que el colangiocarcinoma.

OBJETIVO.

Presentación de dos nuevos casos tratados quirúrgicamente en los últimos 3 años.

PACIENTES Y MÉTODO.

Desde la creación de la Unidad de Cirugía HBP en 2010 de todas las resecciones hepáticas realizadas, en 2 casos se trató de una neoplasia papilar intraductal biliar. Los dos pacientes son varones, de 64 y 78 años.

RESULTADOS.

Los dos pacientes debutan con dolor en HCD, con elevación de GGT y el paciente de 78 años con un cuadro de colangitis aguda. El CA19.9 se encontraba elevado en los dos pacientes (170U/ml y 1937 U/ml respectivamente). La ECO mostraba dilatación de la VB izquierda en los dos. La colangio-RMN mostraba una dilatación de la VB izquierda en un paciente con lesión polipoidea en el origen del conducto hepático izquierdo y en el otro con una lesión quística ocupada por material hipointenso en T2 de 16x13 mm en segmento III. La CPRE fue diagnóstica en los dos pacientes, objetivado papilomatosis de la VB izquierda, en uno de ellos con estenosis del conducto hepático izquierdo y ocupación por material velloso y mucina. Se coloca endoprotesis biliar plástica temporal en los dos. La histología confirma el diagnóstico de neoplasia papilar intraductal con displasia de alto grado. El tratamiento fué quirúrgico en los dos pacientes, practicando hepatectomía izquierda y colecistectomía con sección de la vía biliar izquierda en la bifurcación descartada afectación a este nivel. En un caso se reseca el segmento I en bloque. La anatomía patológica confirma la existencia de malignización, el paciente de 60 años con colangiocarcinoma papilar e invasivo y el paciente de 78 años con un compomente microinfiltrante aislado y focal en rama distal del segmento III hepático, sobre papilomatosis extensa de la vía biliar. Solo se observa producción de moco en el segundo caso. No se realiza tratamiento adyuvante en ningún caso y con un segumiento de 3 años y 6 meses respectivamente, los dos pacientes se encuentran libres de enfermedad.

CONCLUSIONES.

Las neoplasias intraductales papilares de la vía biliar suponen una entidad diferenciada, con alto potencial de malignización, pero de mejor comportamiento que el colangiocarcinoma. Su tratamiento es quirúrgico con resecciones extensas pero sin necesidad de extirpar la via biliar principal si esta se encuentra indemne.

P-56 MASA PANCREÁTICA: SER O NO SER

Gonzalo Martín, Marta; Asensio Díaz, Enrique; Pérez Saborido, Baltasar; Martínez Díaz, Ruth; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Mambrilla Herrero, Sara; Blanco Álvarez, José Ignacio; Pinto Fuentes, Pilar; Pacheco Sánchez, David

INTRODUCCIÓN.

Pese al avance indiscutible de las técnicas diagnósticas, la filiación de las neoplasias pancreáticas sigue suponiendo un verdadero reto diagnóstico para el cirujano. El infausto pronóstico del cáncer de páncreas y la alta tasa de citologías falsamente negativas justifica la elección de tratamiento quirúrgico en los casos sospechosos de malignidad. Las dudas diagnósticas se incrementan en el seno de una pancreatitis crónica, donde la diferenciación entre tumoraciones inflamatorias y tumorales es con frecuencia imposible.

CASO CLÍNICO.

Paciente de 51 años. Fumador de 10 cigarrillos al día. Bebedor moderado. Ingresado por epigastralgia que precisa analgésicos opioides para su control de un mes de evolución.

En colangio-RM, se detecta masa en proceso uncinado pancreático de 3 x 2 cm, de bordes mal definidos, que presenta signos de infiltración de la vena mesentérica inferior. Dos ganglios peripancreáticos de 1,7 cm.

Se realiza ecoendoscopia, que revela un páncreas con signos de fibrosis y discreta lobularidad, compatible con pancreatitis crónica moderada. En proceso uncinado, LOE de márgenes mal delimitados, de 23 x 27 mm, sin límites externos definidos y con patrón micromultiquístico, sugestiva de cistadenoma seroso multiquístico, aunque siendo imposible descartar por completo malignidad. Adyacente a cuerpo pancreático, adenopatía de 17 mm, de aspecto patológico. Se aplica power-doppler-color, objetivándose hipervascularización de la lesión y añadiendo la duda diagnóstica de hemangioma.

En TC abdominal, se observa igualmente masa de 2,5 x 2 cm en cabeza - proceso uncinado pancreático sin plano graso de separación con pared duodenal ni con estructuras vasculares (vena mesentérica superior y eje porto esplénico) sospechoso de infiltración tumoral local duodenal y mesentérica.

Todas las PAAF realizadas son negativas para malignidad. Dados los hallazgos no concluyentes junto a datos radiológicos de infiltración, se decide laparotomía exploradora, encontrándose tumoración en cabeza pancreática de aspecto maligno, íntimamente adherida a duodeno y vena mesentérica superior. Se califica de neoplasia irresecable de páncreas y se deriva al paciente para tratamiento paliativo.

Tres meses después, el control mediante ecoendoscopia y TC abdominal, muestran la total desaparición de la masa pancreática. Los hallazgos se consideran compatibles con pancreatitis crónica.

CONCLUSIÓN.

Ante la sospecha de malignidad de una neoplasia pancreática, se justifica la elección de tratamiento quirúrgico pese a la negatividad de las biopsias. La sorprendente evolución del paciente expuesto, desde el desahucio quirúrgico a la desaparición de síntomas, nos muestra la dificultad diagnóstica que presentan estas lesiones aún hoy en día.

P-57 R-0039 QUISTE LINFOEPITELIAL PANCREÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Yagüe Adán, Sandra; Sanjuanbenito Dehesa, Alfonso; Luengo Pierrard, Patricia; Pato Fernández, Julio; Coll Sastre, Magdalena; González Zunzarren, Mariana; Lobo Martínez, Eduardo

INTRODUCCIÓN:

El quiste linfoepitelial pancreático es un tipo muy infrecuente de lesión quística. Suelen describirse en localizaciones como la glándula parótida, glándulas submandibulares, pulmón, región lateral del cuello y de forma muy inusual en el páncreas. A continuación se presenta el caso de un hombre joven al que se le diagnosticó de quiste linfoepitelial.

CASO CLÍNICO:

Varón de 47 años, sin antecedentes de interés, al que se le descubre en ecografía de rutina una lesión quística en la cola del páncreas, realizándosele posteriormente ecoendoscopia+PAAF. Acude 3 meses después al servicio de Urgencias por dolor brusco en hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo mientras montaba en bicicleta. A la exploración física destaca hipotensión que se recupera con sueroterapia. El abdomen es blando y depresible con dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio y flanco izquierdos. Se le realiza TAC en el que se visualiza la lesión ya conocida en cola del páncreas de 8 cms, bazo con parénquima heterogéneo, trombosis de vena esplénica y hematoma subcapsular, sin signos de sangrado activo. Ingresa en UVI por riesgo de rotura esplénica, se realiza nuevo TAC a la semana donde no se observan cambios y se decide intervención quirúrgica. Se realiza pancreatectomía distal, esplenectomía y resección parcial de curvatura mayor gástrica por contacto del quiste con la misma. Evolución sin complicaciones. El posterior informe anatomo-patológico revela que la lesión es compatible con quiste linfoepitelial pancreático.

DISCUSIÓN:

El quiste linfoepitelial se define como una lesión quística uni o multilocular revestida por epitelio escamoso y rodeada por elementos linfoides no neoplásicos. El contenido consiste en queratina, detritus y cristales de colesterol. No presentan transformación maligna. Son más frecuentes en varones de mediana de edad y cuando se presentan en el páncreas la localización más frecuente es en la cabeza. Tienen la capacidad de penetrar en tejidos peripancreáticos y se cree que se trata de inclusiones epiteliales pancreáticas en un nódulo linfático peripancreático. Normalmente son asintomáticos o cursan con clínica inespecífica. Dado que en la mayoría de los casos se llega al diagnóstico al analizar la lesión en su conjunto histológicamente, y que es difícil diferenciarlo de otro tipo de lesiones malignas o premalignas, la actitud terapéutica consiste en la resección quirúrgica. Al ser una lesión benigna, el pronóstico tras la resección excelente.

P-58 TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS

Marco López, IM; Fernández Gutiérrez, C; Alcoba García, LM; González Herráez, L; Ballesta Russo, L; Díez González, P; Olmos Juste, V; Cavero Ibiricu, A; González De Francisco, T

INTRODUCCIÓN

Uno de los subtipos de tumores quísticos de páncreas, según la clasificación histológica WHO, es el tumor sólido pseudopapilar (SPNs) constituye el 3% de los mismos. Son tumores raros que aparecen típicamente en mujeres jóvenes menores de 35 años. Se localizan frecuentemente en cuerpo y cola del páncreas y pueden tener ambos componentes, sólido y quístico, ocasionalmente presentan calcificaciones (>20%). El síntoma más común es dolor abdominal, seguido de náuseas, vómitos y pérdida de peso.

La detección incidental de SPNs es cada vez más común por el amplio uso de técnicas de imagen. El hallazgo de lesión pancreática sólido-quística en TAC en mujer joven es sugestiva de SPN. En RNM pueden aparecer como tumores sólidos bien delimitados, baja señal de intensidad en T1 y alta en T2. Los marcadores histoquímicos más reactivos son: vimentina, alfa-1 antitripsina, enolasa neuroespecífica, receptores de progesterona y CD 10.

La malignidad potencial del SPNs no ha sido bien estudiada. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con intención radical. Los pacientes con enfermedad localizada habitualmente son curados con cirugía. Existen supervivencias a largo plazo en presencia de metástasis a distancia si son resecadas. Quimioterapia y radioterapia son usadas en raras ocasiones cuando la resección no es posible.

CASO CLÍNICO

Mujer de 19 años sin antecedentes de interés que presenta dolor abdominal inespecífico de un año de evolución.

En TC abdominal y ecoendoscopia se objetiva masa en cabeza de páncreas de 3,6 cm de diámetro, comprime colédoco y Wirsung provocando ligera dilatación de los mismos. En colangioresonancia masa pancreática en cabeza de páncreas con comportamiento sólido-quístico compatible con neoplasia pseudopapilar solidoquística de páncreas (tumor de Frantz). Se decide intervención quirúrgica objetivando gran tumoración en cabeza de páncreas de aspecto quístico íntimamente adherido a vena mesentérica superior y tronco portal con múltiples adenopatías peripancreáticas una de las cuales es biopsiada siendo negativa para malignidad. Se realiza duodenopancreatectomía cefálica con reconstrucción en Y de Roux.

La anatomía patológica viene informada como SPNs limitada a páncreas que respeta los bordes quirúrgicos de resección. Inmunohistoquímica: vimentina+, receptores de progesterona+, CD10+.

CONCLUSIÓN

El tumor sólido pseudopapilar de páncreas es una neoplasia rara que afecta principalmente a mujeres jóvenes y aunque en general tiene comportamiento benigno tiene capacidad de malignizarse.

Su tratamiento de elección es quirúrgico y tiene por objetivo la resección completa del tumor.

El pronóstico es bueno reportándose supervivencias en torno al 95% a los 5 años.

P-59 DEGENERACIÓN DE NEOPLASIA QUÍSTICA PANCREÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gonzalo Martín, Marta; Asensio Díaz, Enrique; Pérez Saborido, Baltasar; Martínez Díaz, Ruth; Rodríguez López, Mario; Velasco López, Rosalía; Mambrilla Herrero, Sara; Blanco Álvarez, José Ignacio; García-Abril Alonso, José María; Barrera Rebollo, Asterio

INTRODUCCIÓN:

Los tumores mucinosos papilares intraductales (TPMI), son neoplasias pancreáticas de escasa aunque creciente frecuencia con el desarrollo de técnicas diagnósticas. Suponen un 10% de los tumores productores de mucina y un 1% de los cánceres de páncreas. Se diagnostican más habitualmente en el sexo masculino, sobre la sexta década de vida, afectando comúnmente a la cabeza de la gándula. Existen dos tipos anatomopatológicos, la Ectasia Ductal Mucinosa, que implica más a los conductos secundarios, y la Neoplasia Papilar Intraductal, propia del conducto pancreático principal. Son lesiones premalignas o malignas, con mayor riesgo el segundo tipo mencionado. La sintomatología derivada es de inicio confuso, lo que implica un retraso diagnóstico, y es el dolor abdominal el síntoma más frecuente, seguido del hallazgo accidental y las pancreatitis de repetición. Las técnicas endoscópicas, CPRE y USE, son esenciales en el diagnóstico, ya que permiten la obtención de biopsias. La salida de mucina a través de la papila se considera signo patognomónico. El diagnóstico diferencial se realizará frente a los tumores quísticos mucinosos, pancreatitis crónica y adenocarcinoma ductal. El tratamiento es la resección quirúrgica, dado que el potencial maligno es un hecho constatado. La técnica (Whipple, pancreatectomía total), se adecuará según el grado de afectación.

CASO CLÍNICO.

Paciente varón, 77 años. Alérgico a pirazolonas y grupo PARA. Fibrilación auricular. Dislipemia. Nefrolitiasis. Remitido desde su Hospital de origen tras estudio por abdominalgia y síndrome constitucional, detectándose en ecografía y TC abdominal neoplasia quística en cabeza pancreática de 3 x 4 cm. Prótesis plástica preoperatoria. Se realiza duodenopancreatectomía cefálica. Se precisa ampliación de borde de resección pancreática por hallazgo de lesiones quísticas al seccionar. Se reconstruye en dos asas: gástrica y biliopancreática. El estudio anatomopatológico revela adenocarcinoma ductal bien diferenciado sobre neoplasia mucinosa papilar intraductal.

La evolución posoperatoria es tórpida, con reintervención por hemoperitoneo el día 15º. Durante su estancia en Reanimación, es diagnosticado de sepsis severa, insuficiencia cardíaca y precisa traqueostomía. Evolución posterior satisfactoria.

CONCLUSIÓN.

Los TMPI son neoplasias poco frecuentes pero más diagnosticadas en los últimos años. Es imprescindible su diferenciación con el resto de lesiones quísticas del páncreas. Su potencial de malignización (40%) implica un tratamiento de base quirúrgica, siendo resecables al diagnóstico hasta un 90%.

P-60 MANEJO INDIVIDUALIZADO DEL TUMOR MUCINOSO PAPILAR INTRADUCTAL DEL ISTMO DEL PÁNCREAS

Abadía Barnó, Pedro; Coll Sastre, Magdalena; Pozancos De Simón, Teresa; González Zunzarren, Mariana; Herrador Benito, Jorge; Pato , Julio; Yagüe , Sandra; Ballestero , Araceli; Cornejo , Marian; Lobo Martinez, Eduardo

INTRODUCCIÓN

Los tumores quísticos del páncreas corresponden tan solo al 10% de las lesiones quísticas y al 1% de las neoplasias pancreáticas. Entre ellas el tumor mucinoso papilar intraductal supone alrededor del 1% de los tumores pancreáticos.

Se caracteriza por ser una lesión quística premaligna, de localización en región cefálica o en proceso uncinado con dilatación secundaria del conducto pancreático principal o secundario, no tiene septos ni calcificaciones en su interior y tiene abundante secreción mucosa.

Se observa una mayor prevalencia en varones mayores de 50 años y una supervivencia media del 80% a los 5 años, si el tumor no es invasivo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años en seguimiento por el servicio de Gastroenterología del Hospital Ramón y Cajal, por hepatitis autoinmune crónica en estadio nodular desde el año 2005. Como hallazgo casual en ecografía de control se evidencia una tumoración quística en el istmo pancreático de 22x9 mm de diámetro.

Se realiza ecoendoscopia donde se observa lesión quística hipoecoica con refuerzo posterior y con finos tabiques en su interior sin proyecciones papilares, la PAAF es compatible con tumoración quística de páncreas sin celularidad ni componente sólido, rico en líquido proteináceo e histiocitos vacuolados. Los niveles intraquísticos de amilasa son mayores de 10.000 y el CEA es de 1.283, siendo los niveles sanguíneos de ambos marcadores normales.

Se programa intervención quirúrgica por crecimiento de 1 cm en el último año y por estar en íntima relación con el conducto pancreático principal. Se realiza por vía abierta enucleación de la lesión y ligadura del conducto pancreático secundario, y se deja drenaje en celda pancreática.

El resultado de la anatomía patológica definitiva es de neoplasia mucinosa papilar intraductal de rama secundaria, de tipo predominante foveolar gástrico con displasia leve, sin focos de neoplasia infiltrante.

Es dada de alta a la semana, asintomática, y con el drenaje intraabdominal por fístula pancreática de bajo débito, se retira a los 15 días sin posteriores complicaciones en el seguimiento.

DISCUSIÓN

El manejo quirúrgico del tumor mucinoso papilar intraductal es en muchas ocasiones la duodenopancreatectomía cefálica o la resección pancreática. Sin embargo, en lesiones que preoperatoriamente no poseen características de malignidad, una alternativa es la resección en bloque de la lesión y ligadura del conducto pancreático, a la espera del diagnóstico definitivo de la anatomía patológica. Esta alternativa permite una cirugía menos invasiva, y en ocasiones, como en el caso que se expone, resulta ser el tratamiento definitivo, sin precisar más intervenciones quirúrgicas o un tratamiento adyuvante.

P-61 PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON PRESERVACIÓN DUODENAL

Rodrigo Amador, Vidita; Martín Acebes, Fernando; Sánchez Manuel, Javier; Novotny Canals, Sergio; Palomo Luquero, Alberto; Parra López, Romina; Gil Laso, Iván; González Martínez, Lucía; Valero Cerrato, Xandra; Seco Gil, Juan Luis.

OBJETIVO:

Presentación de un caso de cistoadenoma microquístico de cabeza pancreática en el que realizamos una pancreatectomía cefálica con preservación duodenal

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 48 años estudiada por dolor epigástrico. En TAC de abdomen se evidencia una tumoración de aspecto quístico en cabeza pancreática de 3.6 x 3.1 x 2.7 cm. y que sugiere un cistoadenoma seroso microquístico como primera posibilidad y más raramente macroquístico, mucinoso, mucinoso papilar intraductal o pseudoquiste pancreático. Contacta con arteria hepática, vena porta y confluencia esplenoportal. Se realiza punción por ecoendoscopia y se determina amilasa 2869 y CEA 31.5. En la cirugía encontramos la neoplasia quística en cabeza pancreática y se procede a la pancreatectomía cefálica con preservación duodenal. Reconstrucción con anastomosis pancreato-yeyunal término-lateral tipo Blumgart en Y de Roux. La pieza de anatomía patológica (intraoperatoria) confirma se trata de un cistoadenoma microquístico pancreático con ausencia de signos histológicos de malignidad. La paciente evoluciona de forma favorable tras la intervención.

DISCUSIÓN:

El cistoadenoma microquístico o cistoadenoma seroso es en la mayor parte de los casos benigno. Un 30 % se diagnostican de forma casual. En su tratamiento puede existir controversia dada la dificultad diagnóstica y naturaleza de los tumores quísticos pancreáticos. Normalmente se recomienda resecar estos tumores cuando son sintomáticos, sea cual sea su diagnóstico más probable. En pacientes asintomáticos podemos optar por vigilancia, siempre y cuando se haya descartado un tumor mucinoso tras el análisis del líquido intraquístico. El pronóstico del cistoadenoma seroso es muy bueno, y si optamos por su tratamiento quirúrgico, la resección completa resultaría suficiente.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico diferencial de las neoplasias quísticas pancreáticas es fundamental para su posterior tratamiento. El cistoadenoma seroso pancreático es un tumor benigno cuyo tratamiento quirúrgico está indicado en los pacientes sintomáticos. Su resección sería curativa.

P-62 LAPAROTOMÍA URGENTE TARDÍA TRAS PANCREATECTOMÍA CAUDAL LAPAROSCÓPICA CON PRESERVACIÓN DE VASOS ESPLÉNICOS: HALLAZGOS Y COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA PRIMARIA

Zambrano Muñoz, Rocío; Sánchez Manuel, Javier; Juez Juez, Jose María; Paolomo Luquero, Alberto; Reoyo Pascual, Jose Felipe; Rodrigo Amador, Vidina; León Miranda, Raquel; Parra , Romina; Gil Laso, Iván; Seco Gil, Juan Luis

OBJETIVO:

El infarto esplénico es una rara complicación de la pancreatectomía caudal laparoscópica con preservación de vasos esplénicos (PCL-PVE). Presentamos el caso de una paciente que requirió una esplenectomía urgente por infarto esplénico tras dicha cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 77 años hipertensa, diabética y con antecedente de rotura aneurismática cerebral. En tratamiento con hipotensor y antidiabético. Es sometida a PCL-PVE por neoplasia quística de la cola del páncreas. Dos meses después la paciente es reintervenida por sangrado de una rama colateral de la arteria esplénica, que se sutura sin ligadura de vasos. En el postoperatorio aparecen nuevos signos de sangrado con arteriografía urgente que resulta normal en territorio mesentérico pero no pudiendo visualizar el tronco celíaco; y el TAC revela una estenosis del tronco celíaco, líquido intraabdominal e infartos esplénicos. Dado que las zonas infartadas son amplias y la paciente presenta dolor abdominal, leucocitosis y febrícula que no se controlan adecuadamente de manera conservadora, se realiza laparotomía urgente, encontrando abundante líquido hemorrágico libre, hematoma en la trascavidad epiploica e infartos esplénicos, con buen estado del páncreas y otras estructuras.

RESULTADO:

La complicación temprana más frecuente tras la PCL-PVE es la fístula pancreática (35%), siendo ésta clínicamente significativa (grados B y C) en un 16%. La complicación tardía más frecuente es la trombosis de los vasos esplénicos y la aparición de varices perigástricas con infrecuente sangrado digestivo alto. Se acepta que la trombosis vascular es más frecuente en la vena que en la arteria esplénica, relacionada con sangrados quirúrgicos repetidos, manipulación excesiva de los vasos durante la disección de los mismos del páncreas, la cercanía del bisturí eléctrico, la ausencia de capa muscular en la pared venosa o la presencia de fístula pancreática que irrite la pared vascular o colección infectada en el lecho de resección.

El infarto esplénico es una rara complicación (5%) tras ésta cirugía. En éste caso, el contexto de fiebre, dolor y leucocitosis obligó a una esplenectomía urgente, que reveló una fístula pancreática asintomática.

CONCLUSIÓN:

La preservación del bazo es una opción en auge por las posibles secuelas hematológicas e inmunológicas de la esplenectomía. Está indicada en tumores pequeños (<4 cm) benignos o de bajo grado en el cuerpo o cola del páncreas, y la aparición asintomática posterior de varices paraesofágicas es esperable. El infarto esplénico es un evento excepcional cuya aparición debe ser manejada de forma conservadora mientras éste no se torne sintomático.

P-63 INUSUAL ASOCIACIÓN DE DOS NEOPLASIAS SINCRÓNICAS EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN´S

Caraballo Angeli, Mariana; Rozo Coronel, Orlando; Aguilera Molina, Yari; Esteban Velasco, María Carmen; Iglesias Iglesias, Manuel; González Fernández, Luis; Muñóz Bellvis, Luis

INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroendocrinos de páncreas, son una rara entidad y representan alrededor del 1-2% de todos los tumores de páncreas. Su incidencia es del 1 x 100000 personas/ año. Son más frecuentes entre la 4ta y 6ta década de la vida. Pueden ser funcionantes o no funcionantes, según su clínica. El somatostatinoma (funcionante) es el más raro de todos con una incidencia de 1 por cada 40 millones de personas, y su correlación con la NF-1 es bien reconocida en la literartura (31%). Al asociarse la presencia de GIST, no se conoce estadísticamente esta correlación ya que hasta el 2013 se describen 5 reportes de casos.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico extremadamente inusual de 2 neoplasias sincrónicas en un paciente con Enfermedad de Von Recklinghausen´s.

CASO CLÍNICO

Mujer de 51 años, con antecedentes familiares de padre con cáncer de colon, madre con cáncer de mama e hijo con enfermedad de von Recklinghausen's (NF1) y astrocitoma cerebral. Antecedentes personales de NF1, hipotiroidismo e histerectomía más doble anexectomía, por neoplasia ovárica borderline y miomatosis uterina. Durante un control por ginecología, en una TAC abdomino-pélvica, de manera incidental se evidencia, un nódulo de 10 mm en papila duodenal que condiciona dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, sugerente de tumor neuroendocrino. Se realizó gastroscopia donde se visualizó la lesión y se biopsió (PAAF), informando el resultado anatomopatológico tumor neuroendocrino productor de somatostatina. En la ecoendoscopia se evidencia tumoración papilar delimitada hasta la submucosa. Se realizó duodenopancreatectomía cefálica. Intraoperatoriamente se observan dos tumoraciones a nivel ampolla de Vater: conducto principal y menor, y una lesión en yeyuno, decidiéndose biopsia de ésta última, que es informada como tumor estromal gastrointestinal (GIST). El estudio histológico de la pieza informó: Tumor neuroendocrino en ampolla de Vater de 1,4 cm, grado 1 (1 mitosis X 10 CGA y Ki67 < 2%). Tumor neuroendocrino en papila menor 0,6 cm, grado 2 (1 mitosisi X CGA y Ki67: 3-4%). Intestino delgado: GIST.

DISCUSIÓN

Alrededor de un 5-10% de los tumores neuroendocrinos son hereditarios, por lo que su desarrollo está asociado a la presencia de mutaciones germinales en genes mayores de susceptibilidad. Se conoce la asociación de estos tumores con síndromes hereditarios. La NF1 es una enfermedad autosómica dominante con una incidencia aproximada de 1 en 2600-3000 individuos; aproximadamente en la mitad de los casos hay antecedentes familiares. El riesgo de padecer un tumor neuroendocrino pancreático aumenta con respecto a la población general si se padece de enfermedad NF1 en un 31%. Los tumores neuroendocrinos ampulares productores de somatostatina asociados a la enfermedad de von Recklinghausen's tienden a localizarse en el área periampular, manifestándose clínicamente como ictericia indolora, no siendo éste el caso de nuestra paciente. Sin embargo la asociación de la NF1 y un tumor estromal gastrointestinal (GIST) es extremadamente rara (7%) y aún más infrecuente la asociación de un somatostatinoma y un GIST de forma simultánea en una paciente con NF1, encontrándose pocos casos reportados en la literatura internacional (hasta ahora 5 casos).

P-64 R-0122 SINDROME DE ABERNETHY COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL

Benavides de la Rosa, Diana Fernanda; Moreno Racionero, Francisca; Gómez lópez, Juan Ramón; Merino Peñacoba, Luis María; Gómez , Zaira; Zorrilla Matilla, Laura Patricia; Juárez Martín, Moisés; López de Cenarruzabeitia, Íñigo; García-Castaño Gandiaga, Juan; Beltrán de Heredia y Rentería, Juan

INTRODUCCION

La Malformación de Abernethy (MA) es la ausencia congénita de vena porta con shunt cavo-mesentérico secundario. Existen dos tipos: I: Shunt término-lateral (ausencia total de flujo portal intrahepático) II: shunt latero-lateral (con flujo portal parcialmente conservado). El tipo I, más frecuente, se presenta predominantemente en mujeres y se asocia a malformaciones como poliesplenia, malrotación y cardiopatía.

OBJETIVO

Presentar el caso de mujer con MA como diagnóstico diferencial de un cuadro de dolor abdominal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 23 años que consulta a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 72 horas de evolución, de inicio insidioso, asociado a vómitos y deposiciones líquidas de repetición. No fiebre, no pérdida de peso. Ha presentado el mismo cuadro en ocasiones anteriores. Antecedentes de atresia esofágica, agenesia portal, hipermenorrea en tratamiento hormonal por ginecología, anemia microcítica seguida por hematología. Al ingreso regular estado general. Abdomen con defensa voluntaria en el hipocondrio derecho, hepatomegalia dolorosa, dolor en fosa iliaca derecha con Blumberg dudoso. Analítica sin alteraciones significativas en el hemograma ni en el perfil bioquímico incluyendo el hepático. Se solicitó ecografía, TAC abdominal y RMN hepática que describen la existencia de hepatomegalia a expensas del lóbulo derecho, agenesia de porta, shunt espleno-mesentérico-cava ya conocido y circulación colateral intrahepática abundante, en relación con ramas arteriales compensatorias. Masa ovalada dependiendo del segmento IV cuyo borde inferior llega a pelvis (lóbulo de Riedel), con semiología radiológica de hiperplasia nodular focal. Alteración de la eco-estructura difusa con imágenes de dilatación de las vías intrahepáticas, riñones en herradura, bazo accesorio de 1.5 cm. Se ingresa paciente por el servicio de digestivo, para control evolutivo y estudio. Mejoría clínica progresiva por lo cual es dada de alta. En el momento se encuentra en control por el Servicio de Digestivo.

CONCLUSIONES

La MA es una entidad rara que se diagnostica generalmente a edad temprana. La ecografía y RMN son sensibles en el estudio y seguimiento de estos pacientes en los que deben vigilarse signos de hipertensión portal y la aparición de tumores hepáticos que son frecuentes. En nuestro caso los hallazgos sugieren una hiperplasia nodular focal, aunque no se puede descartar un adenoma en relación con la toma de anticonceptivos y menos probable un hepatoblastoma. El tratamiento debe ser médico en todos los casos sin clínica, sin embargo, en la malformación tipo I, el trasplante constituye el único tratamiento descrito cuando este se vuelve sintomático.

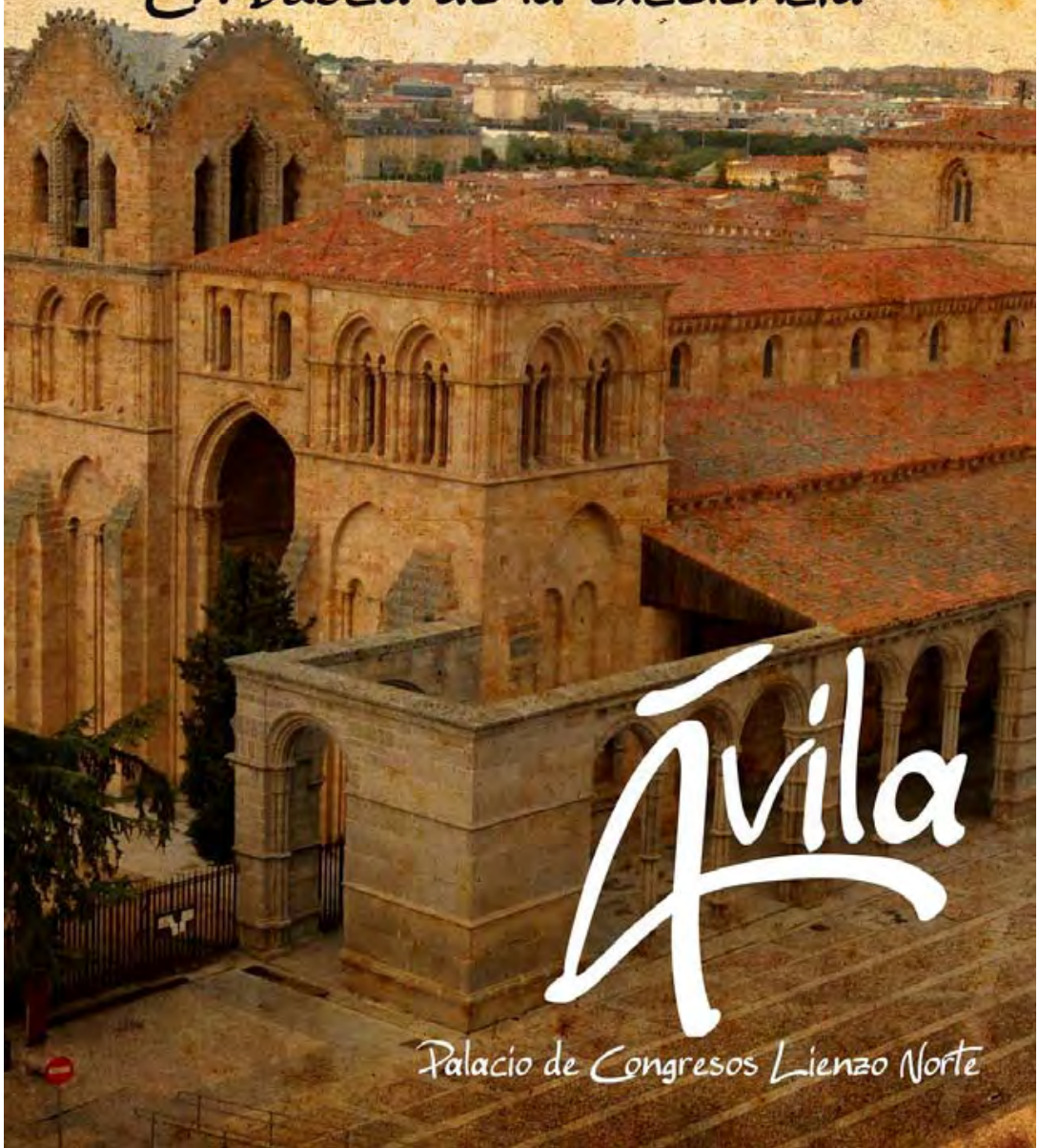
ACIRCAL

XV Congreso de la Asociación de Cirujanos de Castilla y León

13 y 14 de junio 2013

www.congresoacircal.com

"En busca de la excelencia"



Ávila

Palacio de Congresos Lienzo Norte