

Para las otras variables estudiadas RH/HER2, no se encontró asociación estadísticamente significativa.

Afectación axilar en pacientes con quimioterapia neoadyuvante por cáncer de mama y respuesta radiológica completa.

Luis Alberto Martínez Insfran, Rioja Torres, Torres Lorite
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Introducción: Actualmente se indica tratamiento quimioterápico neoadyuvante en pacientes con carcinoma de mama localmente avanzados para disminuir el tamaño y hacer posible una cirugía completa conservando la glándula. Por otro lado, podría darnos más información sobre cómo se comporta el tumor frente a la quimioterapia, si es o no sensible a ella. El objetivo del presente estudio es comparar la afectación axilar ganglionar en pacientes con respuesta radiológica axilar completa postquimioterapia neoadyuvante.

Método: Estudio retrospectivo observacional que involucra a todas las pacientes que han tenido una respuesta radiológica axilar completa, independientemente de la respuesta del tumor mamario, luego de ser sometidas a quimioterapia neoadyuvante, planteándose la Biopsia Selectiva del ganglio centinela intraoperatoria (BSGC-IO) cuando la respuesta sea completa en la mama y axila, e indicándose el vaciamiento axilar (VA) en casos de respuesta radiológica parcial o tumores mamarios mayores a 3 cm. Una vez realizado el VA, se realizan comparaciones respecto a la afectación de ganglio en el estudio anatomopatológico (AP) definitivo. Se excluye del trabajo pacientes que hayan recibido quimioterapia neoadyuvante previamente a la implantación del la BSGC-IO para este supuesto, en el protocolo de nuestro servicio.

Resultados: Desde marzo del 2013, 47 pacientes que recibieron quimioterapia neoadyuvante, fueron sometidas a sesión multidisciplinaria para valorar la realización de la BSGC-IO. De ellas, 22 tuvieron una respuesta radiológica axilar completa, de las cuales 7 (33%) tuvieron una BSGC-IO negativa y por ello, no se les realizó el VA. De las restantes 14 pacientes (67%) a quienes se les realizó el VA, 9 (70%) no presentaron ningún ganglio afecto en el estudio anatomopatológico, en cambio, a 6 (30%) pacientes se les detectaron adenopatías afectas. Realizando una tabla de contingencia se constata que de las 9 pacientes (70%) que tuvieron un VA sin ganglios afectados en la AP, 6 tenían una regresión radiológica completa de la mama, en cambio, solo 3 tuvieron una regresión parcial. Por otro lado en el grupo de las 6 pacientes (30%) con ganglios afectados en la AP, 4 de ellas tenían una respuesta radiológica parcial y solo dos una respuesta completa.

Conclusiones: A pesar del pequeño tamaño muestral de nuestro estudio, la asociación entre la respuesta radiológica, tanto mamaria como axilar y la escasa afectación ganglionar en la AP, puede reorientar la evidencia científica existente a fin de indicar adecuadamente el VA en pacientes tratadas con quimioterapia neoadyuvante, evitando así, secuelas y complicaciones derivadas de dicha técnica.

COMUNICACIONES ORALES DE HÍGADO Y PÁNCREAS

Aplicación de los principales predictores de mortalidad en la cirugía de la pancreatitis aguda evolucionada

Rodríguez Silva, Cristina; Aranda Narváez, Jose Manuel; González Sánchez, Antonio Jesus; Gámez Córdoba, María Esther; Prieto Puga Arjona, Tatiana; Montiel Casado, Custodia; Titos García, Alberto; Santoyo Santoyo, Julio
Hospital Regional Carlos Haya de Málaga

Introducción: La pancreatitis aguda grave es una patología prevalente en nuestro medio con gran morbimortalidad asociada. Aunque el manejo inicial es fundamentalmente médico, existen situaciones en las que el tratamiento continúa siendo quirúrgico, como en el caso de las necrosis pancreáticas sobreinfectadas y/o pacientes en los que el drenaje percutáneo de colecciones no es efectivo.

Objetivo: Análisis de los principales factores predictores de mortalidad en pacientes intervenidos por pancreatitis aguda necrosante en el seno de una Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias.

Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo, desarrollado entre los años 2008-2013, de pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda, que han precisado tratamiento quirúrgico durante la historia natural de su enfermedad. Para objetivar la severidad del proceso, utilizamos los scores de morbimortalidad de APACHE II y POSSUM. Análisis estadístico con SPSS.

Resultados: Se intervinieron 18 pacientes, con edad media de 63 años (rango 24-77) y predominio del sexo masculino (61,1%). El 44,4 % presentaban un ASA II. El 94,4% se trataban de pancreatitis grado E de Balthazar, siendo el 83,3% de etiología biliar. La causa más frecuente de indicación de tratamiento quirúrgico fue la necrosis sobreinfectada (77,8%) seguido en frecuencia del síndrome compartimental abdominal (11,1%). Se intentó siempre demorar la indicación de cirugía por encima de la primera semana de evolución (66,7%), excepto en casos en los que se asociaran complicaciones que precisaran cirugía urgente (33,3%). El procedimiento quirúrgico más realizado fue la necrosectomía (72,2%). En el 88,9% se realizó un abordaje abierto, utilizándose el abordaje mínimamente invasivo sólo en dos casos. Previamente, en el 44,4% de pacientes intervenidos, se había realizado un drenaje percutáneo. El 77,8% precisó de una única intervención quirúrgica para la resolución de la complicación que la motivó. En el 16,7% de pacientes intervenidos, realizamos un cierre abdominal temporal, siendo 4 la media de revisiones en quirófano hasta conseguir el cierre abdominal definitivo. La morbimortalidad global fue del 50%, fundamentalmente tipo Clavien I. La estancia media en UCI fue de 33,12 días, siendo en planta de hospitalización de 66,56 días. La mortalidad global

fue del 38%, constituyendo el fallo multiorgánico la causa más frecuente. Asimismo, se observa que la mortalidad fue mayor en aquellos pacientes intervenidos durante la primera semana del proceso (50% Vs 33,3%). La morbimortalidad media esperada según los índices POSSUM y APACHE II fue superior en aquellos pacientes que finalmente fallecieron (POSSUM morbilidad 84 % Vs 76%; POSSUM mortalidad 39% Vs 33%; APACHE II 17 Vs 14).

Discusión: La necrosis pancreática sobreinfectada se considera tradicionalmente como una indicación indiscutible de tratamiento quirúrgico. La necrosectomía precoz está asociada a una mayor morbimortalidad, recomendándose demorar la cirugía. El drenaje percutáneo constituye una alternativa eficaz, en consonancia con enfoques tipo Step-up con escasa morbilidad asociada. La severidad y complejidad de la entidad clínica ante la que nos encontramos, exige una indicación quirúrgica selectiva por cirujanos entrenados específicamente en el seno de una Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias.

Resección hepática laparoscópica por hepatocarcinoma.

Tatiana Prieto-Puga Arjona, Beatriz García Albiach, Esther Gámez Córdoba, Laura Romacho López, Miguel Ángel Suárez Muñoz, Belinda Sánchez Pérez, Francisco Javier León Díaz, José Luis Fernández Aguilar, José Antonio Pérez Daga, Julio Santoyo Santoyo.

Hospital Regional Universitario, Málaga

Introducción: La cirugía hepática laparoscópica se ha afianzado ya como abordaje para la resección de ciertas lesiones hepáticas. La primera cirugía hepática por laparoscopia en el mundo se realizó en 1993, sin embargo en España esta no tuvo lugar hasta el año 2000.

Materiales y métodos: Estudio Observacional descriptivo retrospectivo de todos los pacientes intervenidos en nuestro centro para someterse a una resección hepática por hepatocarcinoma mediante un abordaje laparoscópico entre el 2003-2013. Variables del estudio: edad, sexo, tamaño, tasa de conversión, Pringle, tiempo de Pringle, tasa de complicaciones, tasa de mortalidad, supervivencia. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS.

Resultados: Un total de 13 pacientes fueron recogidos. La edad media es de 60,9±11,6 años. La distribución en cuanto a sexos fue 2 mujeres (15,4%) y 11 hombres (84,6%). Excepto un paciente clasificado en ASA II, el resto se encontraban en el grupo ASA III. La media del tamaño de las lesiones fue de 4,5±1,5cm. La localización de las lesiones fue la siguiente: 2 en segmento II, 3 en segmento III, 2 en segmento IV, 4 en segmento V y 2 en segmento VI. En cuanto al número de trocares en 6 se usaron 5 trocares, en 5 se usaron 4, en 1 se usaron 6 y en otra 3 trocares. El tipo de resección realizada fueron 3 segmentectomías II+III y 10 resecciones atípicas. La tasa de conversión fue del 7,7% (solo 1 paciente). La maniobra de Pringle se realizó en 6 de los pacientes, con un tiempo medio de 48,17±25,77 min. En 8 pacientes fue necesaria la ampliación del trocar para extracción de la pieza, dos mediante

línea media y otro mediante una incisión de Pfannestiel. La media del tiempo quirúrgico fue 192,64±64,99 min. Se usó drenajes en 3 de los pacientes, y en ninguno de ellos sellantes biológicos; tampoco se precisó transfusión de concentrado de hemáties para ninguno de los pacientes. La tasa de complicaciones es del 23% (3 pacientes). Hay 3 exitus en la serie por progresión de la enfermedad con el paso del tiempo. La mediana de la supervivencia fueron 557 días, hasta el último día de revisión recogido o fecha de exitus.

Discusión: En 2008 en la reunión de Louisville, se establecieron las indicaciones de la cirugía hepática laparoscópica, en aquellos tumores menores de 5 cm, únicos y localizados en lóbulo hepático izquierdo anatómico y segmentos anteriores, para aquellas resecciones hepáticas más complejas (posteriores, segmentos centrales, próximos a los grandes vasos o resecciones mayores) se reservan para ser realizadas en centros especializados (3).

En conclusión, el abordaje laparoscópico para las lesiones hepáticas malignas es una técnica segura en manos expertas, con resultados oncológicos similares y con las múltiples ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

Estudio unicéntrico observacional retrospectivo sobre la lesión iatrogénica de la vía biliar. Diagnóstico, tratamiento y evolución según la escala dindo-clavien

Arroyo-Martínez, Quetzalihuít; Gómez Bravo, Miguel Ángel; Pareja Ciuró, Felipe; Marín Gómez, Luis Miguel; Jordán Cháves, Carlos; Peréa del Pozo, Eduardo; Prof. Padillo Ruíz, Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivo: Analizar la prevalencia de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar (LIVB) en nuestro Área sanitaria.

Materiales y métodos: Estudio unicéntrico observacional, retrospectivo y longitudinal. Los datos se obtuvieron mediante la revisión prospectiva de la base de datos del Área Sanitaria Virgen del Rocío, Sevilla. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a colecistectomía tanto laparoscópica como abierta con LIVB documentada en su historia clínica entre Ene'2010 y Dic'2013. Evaluamos el tipo de lesión según la clasificación de Strasberg, el tratamiento recibido, las complicaciones postoperatorias y durante el seguimiento ambulatorio según la clasificación de Dindo-Clavien, así como la mortalidad. Consideramos lesiones menores las de tipo A de Strasberg y mayores las de tipo B-E de Strasberg.

Resultados: Durante este periodo se realizaron 2728 colecistectomías. El 52,4% de las colecistectomías fueron laparoscópicas. El 59,5% de la serie corresponde a colecistectomías urgentes, donde la principal indicación fue la colecistitis aguda (61,9%). En la mayor parte de los pacientes el diagnóstico de la LIVB fue postoperatorio (72,6%) en forma de fístula biliar externa (62,5%) y coleperitoneo (25%). Se documentaron 42 casos de LIVB (prevalencia del 1,54%). De éstos, 29 casos (1,06% del global) fueron catalogados como lesiones menores y 13 (0,47% del global) fueron lesiones mayores. De los pacientes con lesiones menores, el 63% no requirió tratamiento adicio-

nal; el resto fue resuelto con sutura primaria +/- Kehr. Todos los pacientes con lesiones mayores requirieron tratamiento adicional quirúrgico, donde el 50 % de éstos precisaron tratamientos invasivos adicionales a lo largo de su evolución.

Valoramos la morbilidad postoperatoria según la clasificación de Dindo-Clavien, el grupo de lesiones menores fueron tipo I: 44,8%, II: 20,7%, III: 31 % y IV 3,4%. Con una estancia hospitalaria media de 15 días. Durante el seguimiento ambulatorio (media 209 días) fueron tipo III: 13,8%, el resto (86,2%) no requirieron tratamientos adicionales. En el grupo de lesiones mayores, la morbilidad postoperatoria la clasificamos como tipo II: 15,4%, III 61,6% y V: 23,1%. Con una estancia hospitalaria media de 22 días. Durante el seguimiento (media 366 días) fueron tipo III: 80%, no requiriendo nuevos tratamientos el restante 20%. Registramos 3 éxitos, por lo que la mortalidad cruda global por LIVB fue del 0,1%. Todos los casos de éxitos correspondieron al grupo de lesiones mayores.

Conclusiones: La prevalencia de lesiones mayores de la vía biliar de nuestra serie (0,47%) ha sido similar al resto de series publicadas (0,4%). El incremento global de LIVB ocurre a expensas de las LIVB de menor categoría de la clasificación de Strasberg. La morbilidad según la escala de Dindo-Clavien es mayor en los pacientes con LIVB mayores tanto durante el postoperatorio como durante el seguimiento ambulatorio. En todos los casos, la escasa mortalidad (0,1%) estuvo relacionada con LIVB mayor.

Cistoadenoma hepático. Caso clínico

Zambudio N; González S; Villegas T; Muffak K; Bacerra A; Fundora Y; Garrote D; Ferrón JA

Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Resumen: Presentación de un caso de cistoadenoma hepático en una mujer de 48 años y revisión de la literatura.

Mujer de 48 años que desde hace años presenta molestias abdominales inespecíficas. El dolor se localiza en epigastrio e hipocondrio derecho. Analíticamente: GGT 107 y FA 115. A la palpación se percibe una masa en hipocondrio derecho no dolorosa. En la TAC se aprecia tumoración quística hepática lobulada de 17 x 14 x 11 cm que ocupa parte del lóbulo derecho, de contornos bien delimitados con tabiques en su interior. Produce compresión de la vena cava inferior intrahepática, con dilatación secundaria de la vena cava inferior caudal, presencia de colaterales venosas y dilatación de la vena ácigos. Los hallazgos corresponden a cistoadenoma hepático. La RMN muestra una lesión quística intrahepática en lóbulo derecho de 15 x 11 x 17 cm, hipointensa T1 e hiperintensa T2, sin contenido de mucina y con un septo en su interior que experimenta captación progresiva de contraste intravenoso. La lesión descrita ejerce efecto de masa sobre estructuras adyacentes. Esta imagen sugiere cistoadenoma benigno hepático.

Se realiza laparotomía subcostal derecha ampliada encontrando tumoración quística de unos 15 x 20cm localizada en zona posterior de lóbulo hepático derecho que desplaza la porta y la vena cava a la derecha. La lesión se logra extirpar mediante enucleación de la misma, liberándola del parénquima adyacente. El estudio del líquido del mismo muestra unas

cifras de CA19-9 de: >400000. El curso post operatorio cursa de manera favorable por lo que es dada de alta al 7º día post operatorio.

El cistoadenoma hepatobiliar es un tumor quístico raro que aparece en el parénquima hepático y supone el 5% de los quistes hepáticos. Se han publicado sólo algunos casos clínicos y pequeñas series sobre esta patología. La clínica es similar en todos los casos; dolor en hipocondrio derecho o difuso (75%) y masa abdominal (53%). En algunos casos también ictericia (32%). Las pruebas de imagen deben diferenciarlo de un quiste simple. En la ECO aparece como una imagen hipoecoica con paredes engrosadas irregulares y ocasionalmente ecos en su interior que son debidos a detritus y a la modularidad de la pared. En la TAC se muestran con baja intensidad, uni o multiloculares o con septos en si interior y paredes engrosadas y/o irregulares. La RMN es útil para evaluar las características del contenido intraquístico. Se recomienda no puncionar la cavidad por la baja sensibilidad diagnóstica y el riesgo de diseminación. El tratamiento quirúrgico de elección es la escisión completa del tumor. La escisión parcial y drenaje de la masa de lugar a recurrencia de la misma. Suelen ser tumores de 3-24 cm multilobulados, multiloculados y con líquido en su interior. Los marcadores de este líquido suelen estar elevados, especialmente el CA19-9.

Empleo de colecistostomía percutánea en pacientes no candidatos a cirugía urgente: análisis retrospectivo

Camacho Marente, V; Ramallo Solis, I, Flores Cortes, M, Tinoco González, J, Martín García, C, López Bernal, F, Cañete Gómez, J, Alarcón del Agua, I, Sacristan, C, Pareja Ciuró, F, Padillo Ruiz, FJ

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La colecistitis aguda representa aproximadamente entre el 20-30% de las consultas por abdomen agudo en urgencias. El tratamiento de elección en la mayoría de pacientes es una colecistectomía laparoscópica precoz. Pero en función del grado de colecistitis y de las comorbilidades del paciente el procedimiento terapéutico puede ser no quirúrgico de entrada. La colecistostomía percutánea se presenta como una alternativa eficaz en los pacientes con colecistitis aguda grado II y III, y en pacientes con grandes comorbilidades, ya que puede considerarse como un tratamiento definitivo, un puente para la cirugía, o un medio hacia otras terapias mínimamente invasivas. **Objetivo:** Analizar los resultados en nuestro grupo tras someter a 18 pacientes en los últimos 2 años a colecistostomías percutáneas. Realizar un análisis de la supervivencia y complicaciones de los mismos.

Material y método: Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de colecistitis aguda grado II-III (clasificación de Tokyo) sometidos a una colecistostomía percutánea urgente durante los años 2012-13 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se analizan las siguientes variables: Edad media, tipo de colecistitis, grado de colecistitis, APACHE e índice de Kar-

nosfsky al ingreso y al alta, comorbilidades del paciente (enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias invalidantes, neoplasias irrecesables e inoperables), estancia hospitalaria, mortalidad del procedimiento, morbilidad del paciente, supervivencia del paciente al año, recidiva de colecistitis al año, tiempo del mantenimiento del catéter, colecistectomía laparoscópica diferida, morbimortalidad tras la cirugía diferida, estancia hospitalaria postoperatoria. Los datos continuos se han informado como medias \pm DS. Las estimaciones de supervivencia se han calculado utilizando el método de Kaplan-Meier. El valor de p inferior a 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Utilizamos para el análisis de los datos el programa IBM SPSS Statistics versión 20.

Resultados: Los 18 pacientes revisados presentaban una edad media de $69,1 \pm 19,6$ años (29-97) y con comorbilidad importante. Fueron 10 mujeres y 8 hombres. El 66% (12) presentaron una colecistitis grado III y el 33% grado II. El 87,5% presentaban un ASA III o superior. El PPOSUM-Morbilidad medio fue de $71,6 \pm 25,6\%$, y un PPOSUM-Mortalidad del $27,6 \pm 27,7\%$. El APACHE medio al ingreso fue de $11,5 \pm 5,4$ (66,6% entre 7-14, y 22,2% >14); el índice Karnofsky medio al ingreso fue de $58 \pm 19\%$. El 84% (15 pacientes) presentó leucocitosis. El 55% ingreso con fiebre, el 95% (17) presentaba dolor en hipocondrio derecho, 16% (3) asociaba coledocolitiasis, por lo que hubo que asociar CPRE al tratamiento. 39% (7) ingresan con criterios de inestabilidad hemodinámica. El 55% (10) fueron diagnosticadas ecográficamente de colección perivesicular y en 2 de ellas había una solución de continuidad en la pared. El 100% presentó mejoría clínica, y el 66% mejoría analítica y radiológica a las 48 horas de realizar el procedimiento, siendo alta hospitalaria a los $9,78 \pm 10,3$ días de media. El 20% precisó catéter permanente tras el alta, 47% se retiró en consulta y en el 33% fue posible retirarlo en planta durante el mismo ingreso. Tras la resolución del cuadro agudo, el 41,2% se sometieron a colecistectomía laparoscópica diferida sin mayores incidencias. Hubo 2 exitus en el seguimiento, uno por shock hemorrágico durante el ingreso, y otro por evolución de un cáncer gástrico). Al analizar la función de supervivencia al mes sobrevive el 94,4%, a los 3 meses y 6 meses el 94,4%; al año y dos años el 88,5%.

Conclusiones: La colecistostomía percutánea se presenta como una opción terapéutica adecuada en casos de colecistitis aguda en pacientes graves, de edad avanzada y con alto riesgo anestésico y quirúrgico (ASA III-IV). Su empleo conlleva una eficacia y una seguridad razonables en términos de curación del episodio agudo.

Manejo de la colecistitis aguda en el paciente anciano. ¿Tratamiento quirúrgico o conservador? Revisión de la literatura. Exposición de un caso.

Inmaculada Lendínez Romero, Adela Sáez Zafra, Alonso García Sandra, Clotilde Moreno Cortés, Cristina González Puga, Jose Antonio Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio, Granada

Introducción: La colecistectomía laparoscópica se considera

hoy en día el tratamiento de elección para la colelitiasis sintomática, aunque su aplicación generalizada en los casos de colecistitis aguda no está aún ampliamente aceptada. Entre los factores que se relacionan con tratamiento conservador de la colecistitis aguda destacan la edad del paciente, los antecedentes personales y el tiempo de evolución, estando en íntima relación con la morbimortalidad del proceso quirúrgico agudo. Se presenta un caso de una mujer de 90 años de edad, con diagnóstico clínico y ecográfico de colecistitis aguda, en la que se indicó tratamiento médico conservador con antibioterapia. Se analizan las diferencias entre el tratamiento quirúrgico y el tratamiento conservador con antibiótico y/o colecistostomía en este grupo de edad.

Material y métodos: Paciente mujer de 90 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, Hipertensión pulmonar, alérgica a penicilina e intervenida de peritonitis secundaria a apendicitis aguda. Ingresa, de forma urgente a cargo de cirugía por cuadro de dolor en hipocondrio derecho de 2 días de evolución irradiado a región dorsolumbar y epigastrio, vómitos y fiebre de $38,5^{\circ}\text{C}$. A la exploración presenta hepatomegalia con Murphy positivo. La analítica muestra un aumento de PCR, leucocitos y neutrofilia con coagulación alterada (actividad de protombina del 50%). La ecografía informa de colecistitis aguda litíásica, sin dilatación de la vía biliar intra hepática ni extrahepática. Resultados: Se decide iniciar tratamiento conservador antibiótico, siendo dada de alta, al octavo día del ingreso. Se programa para colecistectomía.

Discusión: Se ha demostrado que en la colecistectomía laparoscópica urgente del paciente anciano se encuentran aumentadas la tasa de conversión, las complicaciones postoperatorias, la estancia hospitalaria y la mortalidad. Es necesario analizar por tanto las diferencias entre el tratamiento quirúrgico y el tratamiento conservador (antibiótico y/o colecistostomía) en este grupo de edad, dado que la incidencia de la litiasis biliar y la colecistitis aguda se encuentran aumentadas en el anciano, la expectativa de vida poblacional se ha incrementado y dado que la colecistectomía es unas de las intervenciones abdominales más frecuentemente realizadas. Según un metaanálisis de Tamim Siddiqui, la colecistectomía laparoscópica precoz (la realizada en menos de 72 horas), reduce el tiempo de ingreso sin aumentar las tasas de conversión ni las complicaciones postoperatorias, evitando el riesgo de colecistitis o pancreatitis recurrente. Sin embargo, en la población anciana son características la mayor morbilidad por enfermedad de base y una evolución más larga, hallando más frecuentemente colecistitis evolucionada, incrementándose las complicaciones postoperatorias y la conversión a cirugía abierta. Por estas razones, algunos autores abogan por el tratamiento médico en pacientes ancianos con colecistitis aguda. La colecistostomía percutánea está solamente indicada en los casos de gravedad extrema y en pacientes de edad avanzada cuya morbilidad o gravedad contraindique el acto quirúrgico. No obstante, existe un porcentaje de pacientes que no responden al tratamiento conservador, con una tasa de complicaciones entre 6%-10%. El tratamiento conservador, bien mediante antibioterapia o colecistostomía percutánea, puede ser una forma rápida, fácil y eficaz tratamiento para la aguda fase de la colecistitis en an-

cianos pacientes y en estado crítico. Pese a todo, el tratamiento quirúrgico, y en concreto laparoscópico, continúa siendo el tratamiento de elección de la colecistitis aguda, siempre que el paciente que no presente elevado riesgo quirúrgico.

¿Constituye la edad un factor limitante para la cirugía hepática?

Laura Romacho López, Belinda Sánchez Pérez, M^a Esther Gámez Córdoba, Cristina Rodríguez Silva, Tatiana Prieto -Puga Arjona, Juan Antonio Blanco Elena, José Carlos Vilches Jiménez, José Luís Fernández Aguilar, José Antonio Pérez Daga, Francisco Javier León Díaz, Miguel Angel Suárez Muñoz, Julio Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario, Málaga

Introducción: La población anciana aumenta de forma progresiva constituyendo en la actualidad el 60% de toda la demanda quirúrgica. La mejor calidad de vida de edades más avanzadas y los progresos en las técnicas quirúrgicas y en cuidados perioperatorios, permiten el acceso a procedimientos de alta complejidad como la cirugía hepática. Sin embargo, en la práctica médica diaria, la edad continúa siendo un factor condicionante a la hora de tomar decisiones clínicas complejas. El objetivo de este estudio es evaluar si el límite de 70 años es un factor de riesgo significativo tras las resecciones hepáticas.

Material y método: Presentamos un estudio de cohortes prospectivo que incluye 251 resecciones hepáticas realizadas entre 2009 y 2013. La muestra fue dividida en dos grupos tomando como punto de corte la EDAD 70 AÑOS: <70 años (G<70): 197 pacientes y >70 años (G>70): 42 pacientes. El objetivo principal del estudio fue comparar la morbimortalidad entre los dos grupos, y confirmar si la edad por sí misma constituye un factor de riesgo para la cirugía hepática.

Resultados: El G>70 constituye el 17,6% de la muestra, y presentó mayor ASA (III-IV: 64%; p0,001) y comorbilidades (73,5%). En el G>70 se indicó cirugía fundamentalmente por enfermedad neoplásica (95,2%: metástasis (76,2%) y neoplasias biliares (14,3%) frente a la patología benigna (25%), CHC (8,1%) y metástasis (60,4%) en el G<70 (p0,012). No hubo diferencias significativas respecto a la vía de abordaje (laparoscópica G<70 13,7% vs G>70 9,5%), el tipo de resección hepática (Resección hepática mayor (RHM): G<70 45,2% vs G>70 38,1%), el tiempo quirúrgico intraoperatoria (G<70 225 min vs G>70 227 min), la necesidad de transfusión (Sí: G<70 9,7% vs G>70 11,4%), ni en la estancia en UCI. La morbilidad global fue similar en ambos grupos (G<70 28,3% vs G>70 33,3%), y respecto a las complicaciones con trascendencia clínica, Clavien III-IV, tampoco encontramos diferencias (G<70 11,7% vs G>70 4,8%). La mortalidad también fue similar para ambos (G<70 3% vs G>70 2,4%). Las causas de muerte fueron: insuficiencia hepática (3 pacientes) y shock séptico (4 pacientes); todos con diagnóstico preoperatorio de patología neoplásica maligna. La estancia postoperatoria (G<70 6,8 días vs G>70 9,1 días) fue ligeramente mayor en G>70 años pero no alcanzó diferencias (p0,08). En el estudio multivariante, observamos que los factores pronósticos asociados a las complicaciones eran: patología maligna (p0,03), RHM (p0,02) y necesidad de transfusión (p0,02). La complicación Clavien>III se relacionaron con la patología maligna

(p0,001), T. Klastkin (p0,001) y la necesidad de transfusión (p 0,045).

Conclusiones: La edad mayor de 70 años no supone un factor pronóstico independiente para el desarrollo de complicaciones. Por el contrario, la patología maligna, las resecciones hepáticas mayores y la necesidad de transfusión si tienen una relación directa con su incidencia. Por lo tanto, una adecuada selección de los pacientes mayores de 70 años junto a una técnica quirúrgica depurada, permitirá obtener unos resultados seguros y similares a los de los pacientes más jóvenes.

¿Sigue teniendo cabida el tratamiento quirúrgico en los tumores hepáticos benignos? Incidencia en un hospital de tercer nivel.

Cristina Rodríguez Silva, Belinda Sánchez Pérez, Laura Romacho López, M^a Esther Gámez Córdoba, Tatiana Prieto -Puga Arjona, Juan Antonio Blanco Elena, José Luís Fernández Aguilar, José Antonio Pérez Daga, Francisco Javier León Díaz, Miguel Angel Suárez Muñoz, Julio Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario, Málaga

Introducción: Los tumores hepáticos benignos (THB) son lesiones que asientan en general en pacientes sin patología hepática previa. Su diagnóstico discurre, generalmente, de forma incidental durante la realización de alguna prueba radiológica. Las tendencias más recientes indican una clara actitud conservadora ante estos pacientes. Sin embargo, todas las grandes series publicadas siguen presentando porcentajes de THB entre sus diagnósticos preoperatorios y sus resecciones.

Objetivos: Analizar la incidencia de THB intervenidos en los últimos cinco años en un hospital de tercer nivel. Conocer las principales indicaciones de tratamiento quirúrgico y confirmar el grado de concordancia clínico-radiológica, respecto a las lesiones sólidas.

Material y método: Presentamos un estudio descriptivo prospectivo acerca de la incidencia de intervenciones quirúrgicas por THB desde Enero 2009 a Marzo 2014, incluyendo un total de 52 pacientes. Las indicaciones de tratamiento quirúrgico se distribuyeron en tres grupos: sintomatología clínica, duda diagnóstica y cancerofobia en el paciente. Se ha realizado un seguimiento activo de los pacientes mediante revisiones periódicas en consulta y posteriormente, mediante contacto telefónico anual para verificar el grado de satisfacción tras la cirugía.

Resultados: Nuestra serie presenta un predominio del sexo femenino (68%) y edad media de 47 años (rango 20-74). El 54% presentaban un ASA II preoperatorio. La TAC y RNM abdominal fueron la base del diagnóstico preoperatorio. El 10% de los pacientes presentaban biopsia preoperatoria. La principal causa de indicación quirúrgica fue la sintomatología del paciente (68%) seguida de la cancerofobia (16%). Las patologías más intervenidas fueron: Quiste hepático simple (27%), hemangioma (25%) e hidatidosis hepática (23%). Realizándose 14 resecciones mayores, 21 resecciones menores y 14 detechamientos, todos ellos laparoscópicos. En tres casos no fue posible la exéresis debido a condiciones locales. El 46% de

los procedimientos se realizaron vía laparoscópica, siendo resecciones menores y detechamientos. El tamaño medio de las lesiones fue de 6 cm (rango 4-12 cm). La evolución postoperatoria fue favorable en todos los casos, con mortalidad nula. Tres casos (5,7%) presentaron complicaciones postoperatorias con Clavien > III: una fistula biliar (hidatosis central), un hematoma infectado (hemangioma gigante) y un derrame pleural encapsulado tras un detechamiento hepático que precisó una videotoroscopia. La estancia media postoperatoria fue de 4 días (rango 2-30). Reingresaron los tres pacientes descritos.

El grado de concordancia entre el diagnóstico radiológico y el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue del 88%. El 12% restante eran lesiones sólidas, en algunos casos sugerentes de malignidad y/o que suscitaban dudas diagnósticas. Actualmente el 100% de casos se encuentran asintomáticos, expresando el 98% un elevado grado de satisfacción con los Resultados: Conclusiones: Aunque la actitud conservadora debe ser la línea argumental en el tratamiento de la inmensa mayoría de los THB. La escasa morbilidad y nula mortalidad de esta cirugía nos abren la puerta a una actitud quirúrgica fundamentalmente en casos de sintomatología clínica, duda diagnóstica o cancerofobia de los pacientes, consiguiendo una franca mejoría en la calidad de vida de estos pacientes.

Impacto del abordaje laparoscópico en la resecciones pancreáticas distales

M^a Esther Gámez Córdoba, Belinda Sánchez Pérez, Cristina Rodríguez Silva Laura Romacho López, Tatiana Prieto -Puga Arjona, Juan Antonio Blanco Elena, J. L. Fernández Aguilar, José Antonio Pérez Daga, F. J. León Díaz, Miguel Ángel Suárez Muñoz, J. Santoyo Santoyo
Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El empleo de la vía laparoscópica para las resecciones pancreáticas distales ha aumentado de forma exponencial en la última década. Las ventajas de la pancreatectomía distal laparoscópica, además de las inherentes a esta vía, radican fundamentalmente en la disminución de pérdidas sanguíneas intraoperatorias y en una menor estancia hospitalaria. Sin embargo, todavía no existen evidencias de superioridad en las tasas de morbimortalidad, principalmente fistulas pancreáticas postoperatorias. Además, esta técnica exige un adecuado adiestramiento técnico con una curva de aprendizaje demandante sobre todo en las técnicas con preservación de vasos esplénicos.

Métodos: Presentamos un estudio de cohortes prospectivas, que incluye 28 pacientes sometidos a pancreatectomía distal con o sin preservación esplénica entre 2009 y 2013. Se intervinieron con abordaje laparoscópico (CL) 11 pacientes y 17 pacientes por vía convencional (CC). El objetivo del estudio fue comparar los resultados entre las dos vías de abordaje mediante: tiempo quirúrgico, necesidad de transfusión, morbi-mortalidad, estancia hospitalaria y reingresos. Además quisimos evaluar si la Introducción: de la vía laparoscópica modificó el perfil de las lesiones pancreáticas con indicación quirúrgica.

Resultados: El grupo de pacientes sometidos a CL presentó una media de edad inferior al grupo con CC (50,27 vs 58,65; $p<0,05$), predominio femenino (90% vs 52%; $p<0,03$) y menor ASA (ASA III 9,1% vs 37,5%; $p<0,09$). Hubo homogeneidad en el empleo de TC y RM para el diagnóstico en ambos grupos. Como diagnóstico preoperatorio, predominó el adenocarcinoma de páncreas en el grupo CC (41,2%) frente a las tumoraciones quísticas en CL (63,6%) ($p<0,05$). La tasa de reconversión en el grupo de CL fue de 4 pacientes, aunque 3 de ellos se agruparon en los primeros casos del estudio (en 3 de los casos por sangrado IO) En el CC el 70,6% de las resecciones pancreáticas asociaron esplenectomía, frente al sólo 27,3% en CL ($p<0,025$). No se encontraron diferencias en el tiempo quirúrgico (220min CC vs 210min CL), ni en la necesidad de transfusión (2 casos en cada grupo). Cuatro pacientes presentaron complicaciones postquirúrgicas con un Clavien>III: CC 2 pacientes (Colección intraabdominal y reingreso en UCI por insuficiencia respiratoria, 11,8%), CL 2 pacientes (coleciones intraabdominales, 18,2%). Hubo tan sólo un éxitus (3,5%) secundario a una disfunción multiorgánica en el grupo de CL. No encontramos diferencias en la tasa de fistulas pancreáticas grado B-C (3 casos en cada grupo), ni en la tasa de reingresos. La estancia postoperatoria fue similar (7 días en ambos grupos). El estudio histopatológico reveló un predominio de lesiones malignas en CC (52,9% vs 0%), frente a tumoraciones quísticas en CL (54,5% vs 5,9%) ($p<0,011$). Asimismo se observó como el tamaño tumoral es mayor en el grupo CC (5,43cm vs 2,98cm, $p<0,04$).

Conclusiones: Aunque la experiencia es limitada y aún preliminar, el abordaje laparoscópico presenta unos resultados similares a la vía convencional. Con una adecuada selección de pacientes basada en los modernos medios de imagen y con un adecuado adiestramiento, la vía laparoscópica es actualmente la técnica quirúrgica de elección de los tumores localizados en cuerpo y cola de páncreas.

Un diagnóstico infrecuente, con una localización excepcional: tumor fibroso solitario primario de páncreas

Gámez Córdoba ME, Sánchez Pérez B, Jironda Gallegos MC, Fernández Aguilar JL, Pérez Daga JA, Pérez Daga JA, León Díaz FJ, Romacho López L, Miguel Ángel Suárez Muñoz, Santoyo Santoyo J.

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: El tumor fibroso solitario, descrito inicialmente como tumor pleural, localizado y benigno, es una entidad infrecuente que puede presentarse con localización extrapleural hasta en un 45% de los casos. Es excepcional su localización pancreática, existiendo sólo 10 casos en la literatura. Presentamos un caso de tumor fibroso solitario pancreático primario intervenido en nuestro centro.

Caso clínico: Mujer de 68 años con clínica de dolor abdominal postprandial y vómitos. Palpación de masa dura dolorosa en mesogastrio. En la TC se visualiza lesión sólido-quística a nivel de cuerpo pancreático de 6,1 x 3,9 cm con calcificación en su interior que desplaza la vena esplénica sin infiltrarla. Se

interviene realizándose pancreatocetomía corporocaudal con preservación esplénica sin complicaciones postoperatorias. El informe histopatológico describe tumor fibroso solitario con positividad a Vimentina, CD34+, Bcl-2, CD99 y actina focal, y negatividad a Prot S-100, C-Kit y desmina.

Discusión: El tumor fibroso solitario es una entidad infrecuente que se origina a partir de células estromales fibroblásticas CD34+. A pesar de una localización pleural en el 65%, puede proliferar en cualquier órgano o tejido del organismo. Son neoplasias de crecimiento lento con escasas recidivas o metástasis. Macroscópicamente bien delimitados, sésiles o pediculados, de superficie lisa y consistencia dura. Su patrón histológico es variable. Se consideran criterios de malignidad un tamaño ≥ 10 cm, invasión de estructuras vecinas, > 4 mitosis/10 campos, zonas de hemorragia y necrosis, o pleomorfismo con un patrón sarcomatoso o epitelioides. Su tratamiento es la resección quirúrgica. En los casos con criterios de malignidad y afectación de bordes de resección es recomendable un control radiológico periódico ya que pueden recidivar hasta en un 80%. A pesar de su ubicuidad, son excepcionales los tumores fibrosos solitarios pancreáticos primarios. Tan sólo existen 10 casos publicados. Ocho de ellos son mujeres. Las edades oscilan entre 41 y 78 años. Todas las lesiones afectan a cabeza o cuerpo pancreáticos, con tamaños entre 2 y 13 cm. Cinco casos se presentaron de forma indolente, y los otros con dolor abdominal o pérdida de peso. Éstas características epidemiológicas, similares al resto de localizaciones, se cumplen también en nuestro caso. En las imágenes radiológicas se presentan como lesiones bien delimitadas con realce en fase arterial que pueden incluir contenido quístico, con patrones similares a otros tumores pancreáticos. Es típico el desplazamiento de estructuras vasculares sin infiltración, como ocurría en nuestro caso. No presentan un marcador inmunohistoquímico específico, sin embargo, es característico la positividad a Vimentina, CD34+, Bcl-2 y CD99, y negatividad a Proteína S-100.

Conclusiones: El tumor fibroso solitario pancreático es una entidad muy infrecuente, con patrón radiológico e histológico variable y similar a otros tumores de localización pancreática, siendo fundamental la histoquímica para su diagnóstico definitivo. Su diagnóstico preoperatorio podría permitir abordajes quirúrgicos menos invasivos. En casos con signos histológicos de peor pronóstico se debe hacer seguimiento radiológico periódico.

Análisis global del daño renal agudo tras trasplante hepático en la era moderna.

Irene Gómez, Rubén Ciria, Juan Ruiz, Miriam Cortés, Manuela Torres, Shirin Khorsandi, Anny Sofia Cadenas, Araceli Moreno Navas, P. López Cillero, John O'Grady, M. de la Mata, Nigel Heaton, J. Briceño

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Introducción: El fracaso renal agudo (AKI) tras el trasplante hepático (TH) es un problema frecuente con un manejo complejo. Nuestro objetivo principal- analizar el efecto específico de los CNI sobre el AKI en una numerosa cohorte de pacien-

tes. Secundario- analizar el perfil de las categorías de AKI según la escala RIFLE en el período post-trasplante ajustando su impacto sobre la supervivencia post-trasplante.

Material y método: Análisis retrospectivo sobre 400 pacientes (entre 2007-2012) consecutivos trasplantados en el Hospital Reina Sofía de Córdoba y en el Hospital King College de Londres. Los criterios de exclusión fueron los trasplantes pediátricos, fallecimiento en < 14 días y los regímenes de inmunosupresores (CNI). Se recogieron diversas variables peri-trasplante. Los objetivos finales fueron: desarrollo de AKI (RIFLE-Risk-Injury-Failure) y la supervivencia a un año. Se realizaron análisis univariante, multivariante y modelo lineal general.

Resultados: Se incluyeron un total de 330 pacientes. La incidencia de AKI (Risk-Injury-Failure) en las primeras dos semanas post-trasplante fue de 59,8%, 34,3% y 8,4%, respectivamente. El desarrollo de cualquier tipo de AKI no tuvo impacto/relación en la supervivencia global al año. En el análisis multivariante, las transfusiones intraoperatorias (OR=1,15[1,04-1,3]), pico de transaminasas post-trasplante (OR=2,9[1,01-8,77], eGFR pre-trasplante (OR=10,54[1,88-59,1]) y la terapia con dosis normales de CNI (OR=0,29[0,14-0,61]) fueron predictores independientes de AKI-Risk. Del mismo modo, el pico post-trasplante de transaminasas (OR=3,3[1,39-7,8]) y las terapias con dosis normales de CNI (OR=0,31[0,15-0,62]) fueron predictores de AKI-Injury. Sólo el pico de transaminasas post-trasplante (OR=6,8[2,6-16,8]) fue predictor de AKI-Failure. En el modelo lineal general, las terapias de protección renal con bajas dosis de CNI fueron solo útiles para prevenir el deterioro grave en pacientes que presentan cifras extremadamente bajas de eGFR pre-trasplante (< 30 ml/min/1,73 m²), siendo inútil en el resto (P $< 0,05$).

Conclusiones: AKI es frecuente que se presente tras el TH. La transfusión, función hepática post-trasplante, función renal pre-trasplante e inmunosupresores son factores que predicen AKI leve. Sin embargo, solo el pico de transaminasas predice AKI severo. AKI sucede de forma similar en todos los grupos del estatus de eGFR pre-trasplante. Regímenes de bajas dosis de CNI son útiles en pacientes con presencia de cifras pre-trasplante de eGFR severamente deteriorados siendo inútiles cuando la función renal pre-trasplante está preservada.

Resección hepática por metástasis de cáncer colorrectal. Experiencia en nuestro centro.

González Benjumea, P. Rodríguez Padilla, A. Bejarano González-Serna, D. Tallón Aguilar, L. Espinosa Guzmán, L. Balongo García, R.

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva

Introducción: El carcinoma colorrectal (CCR) afecta aproximadamente a un millón de personas en el mundo, representando el 4º cáncer más común, con unas 500.000 muertes/año. Aproximadamente el 65% de los CCR desarrollan metástasis a distancia, siendo el hígado el órgano más frecuentemente afectado. El 50% de los pacientes con CCR presentan metástasis hepáticas en algún punto del curso de la

enfermedad. La resección quirúrgica de las metástasis hepáticas representa actualmente la mejor opción de tratamiento potencialmente curativo, con una tasa de supervivencia global a 5 años de entre el 25% y el 37%, con 24-40 meses de supervivencia media. El objetivo de este estudio es analizar las características de la población sometida a resección de metástasis hepáticas de CCR en nuestro centro, así como los resultados obtenidos tras las mismas en cuanto a supervivencia y progresión de la enfermedad.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo que analiza las resecciones hepáticas realizadas entre Enero de 2008 y Junio de 2013 en el Hospital Juan Ramón Jiménez, con un total de 44 pacientes, de los cuales se excluyen 10 (2 por primario gástrico y 8 por pérdida en su seguimiento), estudiándose variables como localización del tumor primario, número y tamaño de las metástasis, intervención quirúrgica, afectación de márgenes de resección, progresión de la enfermedad y tiempo libre de enfermedad.

Resultados: Serie de 34 pacientes, 14 mujeres y 20 hombres, con edad media de 66,23 años, a los que se realizó resección hepática por metástasis de CCR. El 52,94% de los pacientes (n=18) presentaron primario en Sigma, el 23,52% (n=8) en recto, el 17,64% (n=6) en colon ascendente, y en colon transverso y colon descendente 2,94% en ambos. El 58,82% (n=20) de los pacientes presentaban metástasis única, el 26,47% (n=9) presentaron 2, un 8,82% (n=3) tenía 3 metástasis y el 5,88% restante (n=2) presentaba más de 3. El 23,52% (n=8) fueron sincrónicas y el 76,47% (n=26) metacrónicas con un ILE de 21,23 meses tras resección del tumor primario. La localización más frecuente de las metástasis fue el hígado derecho (n=24, 70,58%) y el tamaño medio de las metástasis fue 2,46 cm (0,3 cm – 5,5 cm).

Se realizan 34 resecciones hepáticas: 12 segmentectomías, 9 metastasectomías, 8 bisegmentectomías, 3 lobectomías izquierdas, 1 hepatectomía izquierda y 1 hepatectomía derecha. Se consiguió resección macroscópica en el 100% de los casos con un 35,29% de afectación de márgenes de resección.

En cuanto a las complicaciones quirúrgicas, estas se presentaron en 14 pacientes (41,17%).

Tras un seguimiento medio de 33,44 meses, el 85,29% (n=29) permanecen vivos (4 pacientes (11,76%) fallecen por causa oncológica y 1 paciente (2,94%) por causa no oncológica) y el 50% (n=17) permanecen libres de enfermedad. El 50% de los pacientes del estudio presentaron recaída tumoral, siendo exclusivamente hepática en el 23,52% (n=8) de los casos y asociada a enfermedad extrahepática en el 8,82% (n=3). La media del ILE fue 20,91 meses. La supervivencia a 1, 2 y 5 corresponde al 64,5%, 49,1% y 44,1% respectivamente, con un tiempo medio de supervivencia de 37,8 meses (IC 95% 25,5-49,1).

Conclusiones: El cáncer colorrectal es uno de los más frecuentes en nuestro medio y al menos la mitad de los pacientes desarrollan metástasis hepáticas en algún momento de su enfermedad.

La tasa de supervivencia a 5 años en nuestra serie corresponde al 44,1% con un tiempo medio de supervivencia de 37,8 meses, resultados que pueden equipararse a series recientemente publicadas en la literatura que reportan tasas de supervivencia a 5 años del 40% con supervivencia media de 40 meses.

La resección hepática constituye la única alternativa potencialmente curativa para su tratamiento, siendo un procedimiento seguro y con resultados favorables en pacientes adecuadamente seleccionados.

La cirugía con intención curativa ofrece mejores resultados que la quimioembolización transarterial en pacientes cirróticos con hepatocarcinoma en estadio b de la bclc.

Juan Cabrera, Ana Belén Gallardo, Rubén Ciria, Antonio Luque, María Dolores Ayllón, José Luis Montero, Pedro López Cillero, Manuel de la Mata, Javier Briceño.

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Introducción: La clasificación de Barcelona (BCLC) está ampliamente aceptada como referente del tratamiento del paciente cirrótico con hepatocarcinoma (HCC). Sin embargo, en su estadio B, la quimioembolización transarterial (TACE) ofrece una mediana de supervivencia de 20 meses (guías EASL 2013).

Material y método: Análisis retrospectivo de la cohorte de pacientes en estadio B de la BCLC tratados mediante TACE o Qx entre enero 2006-diciembre 2012. Análisis comparativo T Student (variables cuantitativas-media(DS)) y chi-cuadrado (variables cualitativas-%). Análisis de supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad y recurrencia (comparaciones mediante log-rank test y análisis multivariante tipo Cox). SPSS 15,0. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: En el periodo de inclusión, 80 enfermos con HCC estadio B fueron tratados en nuestro centro (45 TACE y 35 Qx). La supervivencia media es de 774,54 días con una mortalidad global del grupo TACE frente a Qx del 55,5% vs. 31,4%, respectivamente. La supervivencia a 1-, 2- y 3-años del grupo TACE frente al de Qx es de 71,1%, 55,6% y 44,4% vs. 80%, 71,4% y 68,6%, respectivamente ($p = 0,011$). La tasa global de recidiva del HCC en el grupo TACE frente al grupo Qx es de 44,4% frente al 34%, respectivamente. El tiempo medio hasta la recidiva fue de 484,24 (428,57) días, con una media de tiempo libre de enfermedad para los grupos TACE frente a Qx de 360,58 (378,46) días vs. 643,23 (441,76) días, respectivamente ($p < 0,05$). El análisis multivariante con endpoint de supervivencia a 36 meses muestra que el tamaño del tumor (HR=1,146 [1,029-1,276]) y el uso de TACE (HR=4,048 [1,694-9,673]) fueron factores predictores de supervivencia global. El análisis multivariante con endpoint de supervivencia libre de enfermedad 36 meses muestra que únicamente la TACE (2,091 [0,995-4,395]) alcanzaría un valor cercano a la significación ($p = 0,052$). En el análisis multivariante específico de este subgrupo el factor de buena o moderada diferenciación sin invasión vascular se perfila como factor pronóstico de supervivencia (HR=8,774 [1,116-68,986]) y de recidiva (HR=10,733 [1,35-85,03]).

Conclusiones: El abordaje del estadio B de BCLC debe ser más complejo que el definido por la propia clasificación. La resección quirúrgica moderna ofrece una excelente supervivencia con adecuada seguridad postquirúrgica. Especialmente el grupo de pacientes con HCC bien o moderadamente di-

ferenciado sin invasión vascular obtendría un gran beneficio de la cirugía.

Importancia y significación clínica de las colecciones del sitio quirúrgico en el trasplante de páncreas-riñón: análisis por pérdida o disfunción de injerto

Juan Cabrera Bermón, Luis Martínez Insfran, Elena Navarro Rodríguez, Ana Belén Gallardo Herrera, Juan Ruíz Rabelo, Rubén Ciria Bru, Juan Manuel Sánchez Hidalgo, Álvaro Arjona Sánchez, Cristobal Muñoz Casares, Javier Briceño Delgado

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Objetivo: Describir aquellas colecciones del sitio quirúrgico en pacientes sometidos a trasplante simultáneo de páncreas-riñón. Como objetivo secundario se analizan aquellos factores pronósticos para pérdida de injerto o necesidades de insulina al año.

Material y método: Análisis prospectivo sobre 122 pacientes sometidos a trasplante simultáneo de páncreas-riñón entre 2001 y 2013. Se definió colección con significación clínica a las que se daban en pacientes que por fiebre, ileo, dolor o parámetros analíticos tuvieron sospecha de posible complicación en el sitio pancreático. Para la comparación de variables continuas se utilizó la prueba t de student y para variables categóricas se usó chi-cuadrado.

Resultados: Del total de 122 pacientes trasplantados se diagnosticaron por control ecográfico 33 casos con colecciones del sitio pancreático, de los cuales en 12 pacientes se confirmó asociación a fístula pancreática. En el análisis Kaplan Meyer la presencia de las colecciones no se asoció a una pérdida de páncreas estadísticamente significativa ($p=0,577$), ni siquiera en aquellas con fístula asociada ($p=0,168$). En el análisis multivariante, diagnóstico radiológico de colección un IMC receptor > 25 (OR=37,03; IC:1,216-1175,008; $p=0,038$) y necesidad de reintervención (OR=42,013; IC:1,312-186,175; $p=0,045$) fueron factores pronósticos de pérdida pancreática.

Conclusiones: Los pacientes con colecciones pancreáticas asociadas a fístula que requieren cirugía no presentan mayor riesgo de pérdida de injerto pancreático que aquellos sin colecciones. Sin embargo, aquellos que requieren una segunda intervención por dicho motivo pueden ser considerados como factor pronóstico de pérdida de injerto.

Análisis comparativo de la técnica laparoscópica vs abierta en cirugía electiva del bazo.

Triguero Cabrera J, Notario Fernández P, Álvarez Martín MJ, González Martínez S, Mogollón González M, Plata Illescas C, García Navarro A, Ferrón Orihuela JA.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Objetivos: La esplenectomía laparoscópica (EL) está indicada en la mayoría de los casos por enfermedad hematológica benigna, y cada vez más por enfermedad maligna, independientemente de la edad y peso corporal. El tamaño del bazo es la limitación más importante para el abordaje laparoscópico. Pretendemos describir nuestra experiencia en cirugía laparoscópica del bazo, comparando estos resultados con

los de los pacientes sometidos a esplenectomía abierta (EA); así como analizar la influencia del tamaño esplénico en la elección de la vía de abordaje y en el índice de conversión en cirugía laparoscópica.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes sometidos a esplenectomía programada laparoscópica y abierta en nuestro servicio, entre enero de 2005 y enero de 2014. Se han analizado datos epidemiológicos, indicación quirúrgica, tamaño del eje mayor esplénico en las pruebas de imagen preoperatorias, índice de conversión en EL, morbilidad postoperatoria y estancia media. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS v19,0. El nivel de significación se ha establecido en $p<0,05$ («t» Student para muestras independientes).

Resultados: En dicho período fueron sometidos a esplenectomía programada 48 pacientes (29 mujeres y 19 varones): 24 (16 mujeres y 8 varones) mediante EL y 24 (13 mujeres, 11 varones) mediante EA. En el grupo de EL la indicación de la cirugía fue en 13 casos por PTI (54,2%), 7 por otras enfermedades hematológicas benignas, 3 por lesiones quísticas benignas (12,6%) y 2 (8,4%) por enfermedad hematológica maligna (tricoleucemia y síndrome linfoproliferativo crónico). En el grupo de EA, 6 casos fueron por linfoma esplénico (25%), 5 por lesiones benignas del bazo de gran tamaño (21%), 3 por PTI (12,5%), y el resto por otras enfermedades hematológicas. La edad media fue 47 y 52 años para el grupo de EL y EA respectivamente, y el IMC medio 27,5 y 25,6 respectivamente. Ningún paciente sometido a EL presentaba hipertensión portal (HTP), tan solo uno sometido a EA presentó esta alteración. El tamaño medio del eje mayor del bazo en el grupo de EL fue 13 cm (mínimo 8 cm y máximo 29 cm) y 20,5 cm (mínimo 13 cm y máximo 35 cm) en el de EA. En la EL, el bazo se extrajo en el 83% de los casos mediante una bolsa, previa fragmentación, y en el 16,7% (4 pacientes), mediante minilaparotomía. El índice de conversión a vía abierta fue 12,5% (3 casos), todos por sangrado incoercible. El índice de complicaciones en el postoperatorio inmediato fue del 4,2 % en ambos grupos, con 1 caso de reintervención urgente por hemoperitoneo en cada grupo. La estancia media fue de 4 y 6 días respectivamente. El 96% de los pacientes sometidos a EL permanecen vivos y sin complicaciones, con 1 paciente fallecido por causa ajena a la cirugía. El 87,5% de los sometidos a EA permanecen vivos y sin complicaciones, con 3 exitus por causas ajenas a la cirugía. Existen diferencias significativas en el tamaño del bazo respecto a la elección de la vía de abordaje ($p=0,001$), y al índice de conversión a vía abierta ($p<0,03$) con un tamaño medio del bazo en EL no convertida de 11 cm y de 17 cm en EL convertida a vía abierta.

Conclusiones: La EL presenta ventajas como una mejor exposición del campo quirúrgico, menor agresión quirúrgica y menor estancia media que en cirugía abierta, sin diferencias en morbilidad postoperatoria. El tamaño esplénico es un factor a tener en cuenta en la valoración preoperatoria pues es determinante del éxito de la técnica quirúrgica. En bazos de tamaño superior a 15 cm de eje mayor debe considerarse directamente un abordaje abierto o en su caso cirugía laparoscópica asistida con la mano. El sangrado intraoperatorio es la principal complicación y junto con el tamaño esplénico, las mayores causas de conversión a vía abierta.

COMUNICACIONES ORALES ESOFAGOGÁSTRICAS

Cirugía intragástrica por puerto único en el manejo de los tumores gástricos benignos y GIST

Aparicio Sánchez D, Morales-Conde S, Alarcón del Agua I, Socas Macías M, Cañete Gómez J, Navas Cuéllar A, Rubio Manzanares Dorado M, Cadet Dussort JM, Padillo Ruiz FJ y Barranco Moreno A.

HU Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: El tratamiento quirúrgico clásico para tumores benignos y GIST (>2cm sin diseminación) consiste en gastrectomías típicas y atípicas por vía laparotómica. Con los nuevos avances en cirugía mínimamente invasiva han surgido nuevas técnicas por vía laparoscópica convencional y por puerto único (PU) que nos ofrecen un amplio margen de oportunidades, respetando los criterios oncológicos.

Material y método: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica de clasificaciones para el manejo de estos tumores mediante abordaje laparotómico y laparoscópico. Creemos que estas clasificaciones previas no son adecuadas por los siguientes motivos: No contemplan la vía laparoscópica en tumores de más de 5 cm, los tumores de la unión gastroduodenal (UGD) y de la unión gastroesofágica (UGE) se tratan de forma diferente, se indican gastrotomías cuando es posible un abordaje menos invasivo, dividen grupos en los que indican vías de abordaje similares, etc. Posteriormente hemos combinado las ventajas de estas clasificaciones con la experiencia de la unidad en el tratamiento de los GIST y los tumores gástricos benignos.

Resultados: Ante los datos de la bibliografía y nuestra experiencia proponemos una estrategia basada en la localización del tumor y su tamaño. El grupo A lo componen tumores exofíticos que se subdivide en AII para tumores de la UGD y de la UGE y AI para el resto. El grupo B lo forman tumores intramurales e intragástricos. Distinguimos el BI que comprende UGD, UGE y pared posterior, el BII que comprende curvatura menor y el BIII para el resto. En aquellos que componen el grupo BI hemos desarrollado el denominado I-EASI (Intragastric Endoscopic Assisted Single Incision Surgery) que supone el abordaje en una nueva cavidad (intragástrica) de los tumores benignos y los GIST.

Conclusión: La nueva clasificación en el manejo del tratamiento de los tumores gástricos benignos y GIST que presentamos realizada a través de nuestra experiencia y las clasificaciones previas encontradas en la bibliografía pretende ser una guía para el consenso en el abordaje de este tipo de tumores. La I-EASI (Cirugía por puerto único asistida por endoscopia intragástrica) ofrece las ventajas de la cirugía laparoscópica por puerto único junto con las aportadas de la endoscopia intraoperatoria presentando una mejora en el postoperatorio. Puede emplearse preferentemente en de tumores benignos y

GIST localizados en cara posterior gástrica o en la UGD o la UGE. La clasificación que presentamos es flexible y está sujeta a nuevas variaciones según la experiencia futura.

Gastrectomía vertical laparoscópica en un hospital de tercer nivel: nuestra experiencia en los últimos 5 años

Rodríguez Silva, Cristina; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Rodríguez Cañete, Alberto; Prieto-Puga Arjona, Tatiana; Gámez Córdoba, María Esther; López Rueda, Blas; Bondía Navarro, Jose Antonio; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción: La cirugía bariátrica es el único tratamiento aceptado actualmente basado en la evidencia clínica, consiguiendo una pérdida de peso sostenida en el tiempo así como la mejora de las comorbilidades. La gastrectomía vertical laparoscópica (Sleeve o manga gástrica), introducida en un primer momento como el procedimiento inicial en el superobeso y/o obesos con elevado riesgo quirúrgico, ha conseguido actualmente establecerse como un procedimiento bariátrico por sí mismo, cada vez más popular debido a su baja incidencia de complicaciones y excelentes resultados.

Objetivo: Analizar las características y resultados de nuestra serie de pacientes, intervenidos en los últimos 5 años en nuestro centro. Correlacionar nuestros hallazgos con los estándares quirúrgicos publicados hasta la fecha.

Material y método: Realizamos un estudio descriptivo prospectivo acerca de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en nuestro centro entre 2009 y 2013, centrandó nuestra atención en los que se ha realizado gastrectomía vertical laparoscópica. Los pacientes son seleccionados siguiendo el protocolo establecido en nuestro hospital, así como los criterios de inclusión recogidos en las guías de práctica clínica actuales. Se realiza un seguimiento activo: revisiones en consulta durante el primer año y telefónico los siguientes.

Resultados: Durante el período de tiempo mencionado, hemos intervenido a un total de 166 obesos mórbidos, de los cuales, en 73 casos se realizó gastrectomía vertical laparoscópica. Centraremos a continuación, nuestro análisis sobre estos últimos. Existe un predominio del sexo femenino (71,23 %). La edad media fue de 45,21 años (rango 17-67). El peso medio fue de 138,83 kg (rango 97- 239 kg), siendo la talla media de 164,66 cm (rango 150 – 186 cm). El IMC medio fue de 52,03 kg/m² (rango 37,30 – 88,10). El 46,57 % de los pacientes presentaba 3 o más comorbilidades durante el proceso de selección, siendo la hipertensión arterial la más frecuente. El 61,64 % presentaban cirugía abdominal previa, siendo la cesárea la más frecuente (19,17%). El 17,80 % de los casos, presentaban hernia abdominal previa a la cirugía, realizándose en el 11% hernioplastia concomitante. Con respecto a la incidencia de complicaciones intraoperatorias, destaca un único caso, consistente en hemorragia procedente de trócar. Analizando las complicaciones postoperatorias, constituyen un 2,73%: un caso de fistula postoperatoria (Clavien IV) y un absceso intraabdominal (Clavien IIIa), ambos resueltos tras manejo conservador. Por último, mencionar que no hemos