

IX REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE CIRUJANOS

GRANADA, 7, 8 Y 9 DE JUNIO 2006

C O M U N I C A C I O N E S

COMUNICACIONES ORALES

Malrotación intestinal en pacientes adultos. Revisión de una serie de 12 casos

J. M. Suárez Grau, J. García-Moreno, L. Talión, D. Domínguez, D. Molina, C. Sacristán, F. Docobo, J. Mena, J. A. Martín Cartes

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Las anomalías rotatorias ocurren como resultado de una detención de la rotación normal del intestino embrionario. Se asocian a menudo a otras anomalías gastrointestinales, particularmente a hernia diafrágica congénita o defectos abdominales de la pared. Sin embargo, la mal rotación intestinal puede también ocurrir en niños y presentarán los adultos que no tienen ninguna anomalía asociada. Se estiman para ocurrir entre 1/200 y 1/500 de los nacimientos vivos. La malrotación sintomática se estima en 1/6000 de los nacimientos vivos Tanto como 50% de niños con atresia duodenal y 33 por ciento de niños con atresia yeyunoileal puede tener una malrotación asociada.

Material, métodos, resultados: En un periodo de 5 años han sido atendidos por el servicio de cirugía un total de 12 pacientes con mal rotación intestinal o anomalías de fijación intestinal mayores de 18 años, 2 hombres y 10 mujeres. Solo 5 casos fueron tributarios de cirugía, en dos de ellos pro apendicitis aguda, realizando 'el diagnóstico de visu de la anomalía de la rotación intestinal, en un paciente pro necrosis segmentaria de sigma (realizando sigmoidectomía, apendicectomía y anatomosis terminoterminal), y en una paciente por quiste ovárico torsionado junto con apendicitis aguda, realizando además una pexia del ciego al parietocólico, sólo en un caso se resolvió el problema mediante laparoscopia por bridas congénitas en colon derecho. En la mayoría de los pacientes existían alteraciones del hábito intestinal. acompañado de fuertes dolores epigástricos y periumbilicales, pérdida de peso, y anemia crónica. En 3 de ellos existía hernia diafrágica asociada, en dos de ellos divertículos de colon distal, y sólo en uno cáncer de colon diagnosticado con biopsia por colonoscopia. En la totalidad de los casos se realizó un tránsito intestinal, en donde

se encontraron datos sugerentes de la patología rotatoria intestinal. Sólo en 6 casos se realizó una TAC, donde sólo en un caso fue diagnóstico el estudio. En 2 pacientes aparecen antecedentes pediátricos de vómitos y dolor periumbilical intenso que motivó consultas de urgencia. En sólo 3 pacientes persiste la sintomatología digestiva, y no se controla con tratamiento médico conservador, ocasionando incluso numerosos ingresos por cuadros suboclusivos tanto por bridas postoperatorias como por dolor abdominal. El resto se encuentra sin alteraciones y son revisados tanto en consultas de cirugía, como de digestivo y medicina interna.

Conclusiones: A pesar que la malrotación puede aparecer en jóvenes y adultos, la mayoría de los casos suelen ocurrir en la infancia. El vólvulo intestinal suele ser el signo clínico típico de la presentación de la mal rotación intestinal. Si la mal rotación y su consecuente vólvulo intestinal no son rápidamente corregidos pueden ocurrir como complicaciones añadidas. En adultos la clínica es menos llamativa, pudiendo presentarse de tres formas manifiestas; la primera es con sintomatología típica de obstrucción intestinal con carácter urgente, otra forma puede ser con dolores abdominales crónicos y síntomas obstructivos intermitentes y por último con síntomas atípicos, distintos de los dolores abdominales comunes.

Estudio transversal en cirugía herniaria de pared abdominal en unidad de CMA

J. M. Suárez Grau, C. Sacristán, J. García-Moreno, D. Molina, D. Domínguez, L. Talión, C. Martín, L. Sánchez, F. Docobo, J. Mena, M. J. Tamayo

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Hay que resaltar que las hernias de la pared abdominal en general tienen una importante repercusión económica, ya que es una patología que a pesar de su apariencia más o menos banal representa un gran coste social; en nuestra Comunidad Autónoma en el año 2000 simplemente las hernias ventrales abdominales representaron un gasto mayor de 4.992.968 €. Es de gran importancia para un cirujano ofrecer a su paciente con esta enfermedad el mejor tratamiento para solucionar el problema ya no sólo ahuyentando la amenaza de

la recidiva herniaria y las complicaciones postoperatorias, sino que permita una rápida recuperación y vuelta a la vida social y laboral de paciente. En este sentido afrontamos la patología herniaria en cirugía de régimen de CMA. Presentamos una revisión de casos postoperatorios.

Material y métodos: Revisión de postoperatorios de los pacientes intervenidos en régimen de CMA de hernia de la pared abdominal, incluyendo hernias de distintas localizaciones: epigástrica, ventral, umbilical (Supra-infraumbilical), lumbares. Presentamos un total de 110 casos intervenidos durante el período de 6 meses, en seguimiento actualmente, en un postoperatorio desde los 3 meses hasta 6 meses de duración desde la intervención quirúrgica.

Resultados: En cuanto a la localización herniaria destacan un 75% de h. umbilicales, 7% epigástricas y un 3% lumbares. Del global de hernias intervenidas destacamos que una proporción del 15% fueron hernias ventrales. Un 53% fueron varones y un 47% de mujeres. La edad de los pacientes oscila desde los 18 años a los 97, con dos picos de mayor proporción de pacientes entre los 40-50 años y 60-70 años de edad. En cuanto al riesgo anestésico estimado en el grado de ASA: 1-30%, 2-55%, 3-14%, >3-1%. En cuanto al IMC la mayoría se encuentran entre 28-35.

La intervención quirúrgica realizada estuvo acorde al diámetro del anillo herniario.

Diámetro del defecto	% de pacientes intervenidos	Tipo de intervención quirúrgica realizada
>3 cm	40,0%	herniorrafia
3-5 cm	9,0%	Pug polipropileno
5-10 cm	45,5%	hernioplastia prefascial (Chevrel) 40% o preperitoneal (Rives) 5,5%
>10 cm- recidivada en >2 ocasiones	4,5%	hernioplastia laparoscópica preperitoneal

Tiempo operatorio medio (incluido el tiempo anestésico): 20-30 minutos. Uso de drenaje aspirativo en el 10% de los casos, usado en las hernioplastias de hernias con anillo entre 5-10 o más cm. en los que realizamos hernioplastia laparotómica. El tipo de anestesia usada fue en su mayoría anestesia local más sedación, seguida de la raquídea y finalmente la anestesia general en un pequeño porcentaje. Con respecto a las complicaciones, destaca un índice de recidivas del 0,6%, seromas 1% (sobre todo en hernioplastias sin drenajes), hematomas 0,7% (sin apóstito compresivo), 0,9% de infección de la herida quirúrgica.

Conclusiones: Consideramos que esta patología es tributaria del régimen de CMA. pues no está demostrada sólo la efectividad, sino la eficiencia de la técnica, con un mínimo tiempo operatorio y de estancia posquirúrgica, con una rápida recuperación a la vida social y laboral del paciente. En cuanto a la disminución de seromas consideramos muy útil el uso de apóstito compresivo en toda hernioplastia, incluso laparoscópica. La disminución en los hematomas se debe a la utilización de drenajes aspirativos cuando realizamos una gran disección en la propia intervención. No hubo que reintervenir ningún caso de infección de la herida quirúrgica, curando todos con antibioterapia oral de amplio espectro (cefalosporinas de última generación orales), En cuanto a las recidivas están conforme

a los estándares de calidad y se corresponden a la curva de aprendizaje de los residentes que realizaron un total del 75% aproximado del total de las intervenciones.

Estudio multifactorial de la evisceración postoperatoria

Ruiz de Adana Garrido, A; Granda Páez, R; Astruc Hoffmann, A; Fuentes Martos, R; Toval Mata, JA; Gómez Arroyo, A; Albert Vila, A; Moya Vazquez, R.

Hospital San Juan de la Cruz. Ubeda

Introducción: la evisceración completa se define como la ruptura de todos los planos de la herida quirúrgica de la pared abdominal, con salida del contenido abdominal al exterior.

La incidencia en nuestro medio es del 1,1%, siento la reintervención más frecuente 42,3% de todas, con una mortalidad del 27,5%.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo sobre 40 pacientes reintervenidos por evisceración entre 1998 y 2004 en nuestro servicio, 33 hombres (82,5%) y 7 mujeres (17,5%), con una edad media de 71,25 ± 10,6 (45-89). Las patologías de origen fueron 7 colecistectomías (17,5%), 4 enfermedades diverticulares (10%), 7 obstrucciones intestinales no neoplásicas (17,5%), 2 carcinomatosis peritoneales (5%), 12 neoplasias de colon-recto (30%), 6 apendicitis (15%), 1 neoplasia gástrica (2,5%) y un ulcus sangrante (2,5%). Veintinueve eran urgentes (72,5%) y 11 no urgentes (27,5%).

Hemos valorado diferentes factores, como la edad, el sexo, urgencia, peritonitis previa, obstrucción intestinal previa, tipo de incisión, ileo postoperatorio, indección de la herida, enfermedad pulmonar, colostomía, diabetes mellitus, cardiopatía y tipo de tratamiento para la evisceración.

Resultados: Los factores que más inciden son 1) El sexo masculino, el 82,5% son hombres 2) La urgencia con el 72,5% 3) La incisión media supra-infra con el 82,5% 4) Ileo postoperatorio 80% 5) infección herida 70% 6) Peritonitis 52% y 7) enfermedad pulmonar 50%. El 95% son tratados con suturas de retención externas, capitonadas, o internas (65%) y piacas Tipo Ventrofix (30%)

Conclusiones: A) La evisceración es una complicación multifactorial. B) El 95% de ellas se deben prevenir cuando concurren varios de los factores anteriores, con suturas de retención, igual que se tratan a posteriori. C) No es solo una complicación de personas mayores, con la suma de factores adecuados se puede producir en menores de 50 años (dos casos).

Tratamiento del dolor postoperatorio en una unidad de cirugía de urgencias.

Valera Z; Molina D; Bermejo A; Palacios C; Galindo A; Prendes E.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Los objetivos principales sobre el dolor postoperatorio (OPO) los podemos resumir en cuatro puntos: reduc-

ción de la incidencia y gravedad del OPO agudo, conocimiento por parte de los pacientes de la necesidad de que informen al personal sanitario cuando sienten dolor, para que se les valore con prontitud y reciban un tratamiento eficaz, aumento del confort y de la satisfacción de los pacientes, y reducción de la incidencia de complicaciones postoperatorias. Es importante tener en cuenta que el tratamiento adecuado del dolor, además de aumentar la satisfacción del paciente ocasiona beneficios adicionales como una movilización más precoz, una hospitalización más breve y menores costes económicos.

Material y método: Hemos realizado un estudio prospectivo descriptivo en el que se recogen datos de 83 pacientes intervenidos de cirugía de urgencias en un periodo que abarca desde Marzo de 2005 hasta Julio de 2005. La muestra fue seleccionada aleatoriamente. Se diseñó una hoja de recogida de datos que se iniciaba en la sala de despertar y después quedaba dentro de la historia del paciente. el cirujano durante el pase de sala le preguntaba al paciente acerca del dolor (del 1 al 10 según la escala visual ana lógica del dolor) y rellenaba la hoja al escribir la evolución.

Resultados: Los diagnósticos postoperatorios fueron: apendicectomías (41), colecistectomías (12), colostomias (3), drenaje de abscesos (3), hernioplastias (9), resección intestinal (9), cierre de evisceración (1), adhesiolisis (2), reconstrucción del tránsito (1), y cierre de perforación (1). La distribución por sexo fue de 32 mujeres (39%) y 51 hombres (61%), empleándose anestesia general balanceada en 75 casos y regional en 5 casos. Los fármacos empleados fueron morfina, paracetamol, metamizol y ketorolaco; se administraron mediante bolos en 39 casos y bolos más bomba de infusión en 44 casos. Entre los resultados obtenidos se objetivó que a las 24 horas 75 pacientes necesitaron analgesia, a las 48 horas 74 pacientes, y entre el 2º -7º día 64 pacientes. Cuando se les preguntó si habían tenido más o menos dolor del esperado, en 11 casos contestaron que más y en 71 casos que menos del que esperaban. En cuanto al grado de satisfacción con el control del dolor, el 6% estaban muy satisfechos, el 70% satisfechos y el 24% ni contentos ni descontentos.

Conclusiones: Finalmente podemos concluir que el 76% de los pacientes estaban muy satisfechos o satisfechos con la analgesia postoperatoria recibida, que la mayoría de las complicaciones que se presentan (nauseas, vómitos, ileo paralítico) son secundarias a los mórnicos, a pesar de que el uso de mórnicos bien manejados se considera un índice de calidad, y que es fundamental un buen control del dolor postoperatorio para una recuperación más precoz del paciente.

Ensayo clínico para determinar la dosis óptima, la tolerancia y la eficacia de la toxina butolínica tipo A en la fisura anal crónica

Sousa Vaquero JM; Galindo Galindo, A; Palacios González, C. Covacho Martínez, D; Prendes Sillero, E.

Unidad de Cirugía de Urgencia. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La inyección intraesfinteriana de toxina butolínica

es un tratamiento alternativo de las fisuras anales crónicas no complicadas que se acompañan de hipertonia esfinteriana. Nuestra hipótesis de trabajo era probar la eficacia de dos dosis diferentes de Toxina butolínica, utilizando dosis altas, y analizar la tolerancia al tratamiento.

Material y método: Se realizó un ensayo clínico en fase II de grupos paralelos, aleatorizado, doble ciego, de búsqueda de dosis para determinar la dosis óptima y la efectividad y tolerancia de la Neurotoxina butolínica tipo A en el tratamiento de la fisura anal crónica idiopática en la población de pacientes de entre 18 y 70 años que acudían al Servicio de urgencias de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío refiriendo dolor anal y se le diagnosticaba una fisura anal crónica. A todos los pacientes se les realizaba una manometría anorrectal previa y posterior a la inyección. Tratamiento A: 25 unidades de toxina butolínica tipo A más lidocaina al 2%. Tratamiento B: 50 unidades de toxina butolínica tipo A más lidocaina al 2%. Los pacientes eran asignados al grupo A o al B de acuerdo a una tabla de permutaciones aleatorizadas. Se inyecta la dosis total en el surco interesfinteriano a ambos lados de la fisura anal. Los pacientes son citados a la semana de la inyección, a los 3 y a los 6 meses. Se valoran las siguientes variables. Dolor anal defecatorio, rectorragia, estreñimiento. Presión máxima basal (PMB), presión máxima de contracción voluntaria (PMCV), longitud del canal anal (LCA).

Resultados: El estudio ha incluido a un total de 99 sujetos válidos. 50 pacientes en el grupo A (25 unidades) y 49 en el B (50 unidades). Ambos grupos son compatibles en cuanto a edad, sexo, duración de la sintomatología, presión máxima basal, presión máxima de contracción voluntaria y longitud del canal anal en la manometría anorrectal y variables clínicas iniciales (dolor anal defecatorio, sangrado posdefecatorio y estreñimiento) A la semana de la inyección de Toxina butolínica se aprecia que en grupo B (50U) el 69,4 de los pacientes están sin dolor frente al 46% del grupo A (25U). A los 3 meses del inicio de tratamiento el 79,6% de los paciente de grupo B (50U) está sin dolor. El 56% en el grupo A (25U). El 81,6% de los pacientes del grupo B (50U) se encuentra asintomático y sin fisura anal. El 85,7% de los pacientes del grupo B no precisó tratamiento de rescate (ELI). En el grupo A la PMB media pretratamiento fue de 128,68 mmHg y descendió a 109,75 mmHg con el tratamiento aplicado. En el grupo de B la PMB media pretratamiento fue de 127,09 mmHg y descendió a 89,32 mmHg con el tratamiento. En el grupo A la media de PMCV desciende de 232,83 mmHg a 199,17 mmHg tras el tratamiento con 25 U de Toxina butolínica. En el grupo B la media de PMVC sufre un descenso significativo de 253,43 mmHg a 163,43 mmHg con el tratamiento de 50U.

Conclusiones: La toxina butolínica A es útil y eficaz en el tratamiento de la fisura anal crónica (81,6% de los pacientes) utilizando dosis altas (hasta 50 unidades) según un protocolo establecido. El índice de complicaciones es bajo incluso utilizando altas dosis de toxina butolínica. Creemos que la inyección de toxina butolínica puede ser una alternativa al tratamiento quirúrgico en pacientes con alto riesgo de incontinencia y un escalon intermedio en el esquema del tratamiento de la fisura anal crónica. La posibilidad de reinyectar con éxito el esfínter anal ante episodios de recaída nos parece una ventaja añadida en la esfínterotomía química.

Síndrome compartimental abdominal. Experiencia en la prevención y tratamiento

Brox Jiménez, A; Ruiz Luque, V; Jurado Jiménez, R; Torres Arcos, C.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Valme, Sevilla,

Introducción: El síndrome compartimental abdominal (SCA) se describe como un aumento de la presión intra-abdominal que condiciona alteraciones fisiológicas graves. Fue descrito inicialmente en politraumatizados y en el postoperatorio de grandes mal formados de la pared abdominal en neonatos, aunque podemos encontrarlo en una variedad de situaciones clínicas complejas. La laparotomía descompresiva es el pilar en tratamiento y la prevención de esta entidad. La bolsa de Bogotá es uno de los dispositivos que se puede emplear para el «open abdomen». Dicho procedimiento aumenta el «domicilio abdominal» atenuando los aumentos de tensión y evitando la evisceración. Mediante este estudio retrospectivo se analiza nuestra experiencia al respecto.

Material y método: Desde Enero del 2000 a Marzo del 2006 se recogieron de forma retrospectiva los datos correspondientes a 12 pacientes a los que se les colocó una bolsa de Bogotá.

Resultados: De los 12 pacientes. 7 eran varones (58,33%) y 5 mujeres (41,66%). La edad media fue de 60 años (23-77).

Las situaciones clínicas de nuestros pacientes fueron muy variadas: politraumatizados graves, lesiones vasculares complejas, peritonitis secundarias y terciarias (asociadas a pancreatitis aguda graves), aneurisma de aorta abdominal roto, obstrucción intestinal postoperatoria y eventración gigante estrangulada con pérdida del derecho a domicilio.

En un caso el diagnóstico de SCA se realizó preoperatoriamente, en el resto la colocación de la bolsa de Bogotá se indicó durante la intervención para prevenir esta entidad.

En la actualidad el 41,66% de los pacientes (5/12) viven, con una mortalidad del 58,34% (7/12). De estos últimos, uno de ellos ha fallecido por causas ajenas a las que motivaron el «open abdomen».

La estancia hospitalaria media fue de 42,36, con una estancia media en UCI de 16,27 días. El cierre definitivo se realizó entre el primer y 33º día postoperatorio (encontrándose 1 de los pacientes del estudio actualmente ingresado y pendiente de cierre). En un paciente se optó por cierre terciario e injerto cutáneo libre.

No se presentaron complicaciones en relación con la colocación de la bolsa de Bogotá.

Conclusiones: El SCA es una entidad que puede aparecer en el postoperatorio de una cirugía abdominal compleja ya sean politraumatismos u otros cuadros como se describen en nuestro estudio. El temprano reconocimiento de la hipertensión intrabdominal y la descompresión abdominal temprana puede revertir el fallo multiorgánico asociado al SCA y mejorar la supervivencia. En nuestra experiencia, la bolsa de Bogotá como técnica de descompresión es un recurso barato, adecuado en el tratamiento y prevención del SCA, consiguiendo aliviar la presión intra-abdominal, siendo fácil de colocar y no comprometiendo el cierre definitivo. La mortalidad elevada de nuestra serie es achacable al proceso que condicionó la cirugía y no al recurso utilizado para la descompresión abdominal.

Proyecto de estudio multicéntrico con grupo control, de eficacia y seguridad con ADEPT (icodextrina al 4%) en la prevención de adherencias peritoneales tras intervenciones quirúrgicas abdominales

Molina García, D; Valera Sánchez, Z; Covacha Martínez, D; Palacios, C; Sousa Vaquero, JM; Galindo Galindo, A.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Unidad de Cirugía de Urgencias. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Las adherencias peritoneales ocurren invariablemente tras intervenciones quirúrgicas sobre el abdomen. En este estudio se intenta demostrar la efectividad y seguridad de la Icodextrina al 4% en la reducción de la incidencia de adherencias postoperatorias a través del mecanismo de hidrofloculación en pacientes intervenidos de Diverticulitis aguda complicada.

Material y método: Estudio multicéntrico, cuasiexperimental con grupo control donde se seleccionaran a los pacientes con diagnóstico de Diverticulitis aguda complicada que precisen intervención quirúrgica para la resolución del proceso y que se prevea la realización de ostomía no definitiva, y de una segunda intervención para la reconstrucción del tránsito intestinal. Se ha estimado un tamaño muestral en 34 sujetos en el grupo control y 34 en el grupo de estudio para detectar una diferencia igual o superior al 30%. La asignación de los pacientes al grupo de estudio o al grupo control se realizara de forma secuencial según el orden de llegada. En donde al grupo de estudio se instilara la solución de Icodextrina al 4% y al grupo control se realizara lavado de la cavidad abdominal con solución fisiológica. Entre las variables a estudiar se encuentran la existencia o no de adherencias, su extensión y gravedad. Igualmente se recogerán datos de estancia hospitalaria y morbilidad postoperatoria (infección de la herida quirúrgica, dehiscencia de sutura, evisceración y fístula intestinal). En la segunda intervención quirúrgica de reconstrucción del tránsito intestinal prevista entre los 3 y 6 meses de la primera cirugía se recogerán de nuevo las variables antes descritas y además se referenciará: inicio de tolerancia, necesidad de reintervención y su causa, así como dehiscencia de anastomosis. Se realizara análisis estadístico comparado de todas ellas.

Resultados: Hasta ahora y teniendo en cuenta el tipo de patología como lo es la Diverticulitis aguda complicada, hemos operado 9 pacientes, asignando 5 pacientes al grupo de estudio y 4 al grupo control, que son pocos casos para llegar a alguna conclusión y resultados.

Conclusiones: Ya hemos comentado que nuestro estudio actualmente se encuentra en su etapa inicial con 5 pacientes intervenidos en el grupo de estudio y 4 en el grupo de los controles. Se prevee que participen 15 hospitales españoles, siendo la Unidad de Cirugía de Urgencias del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío el centro coordinador de referencia para el análisis de los datos recogidos con fecha prevista para la elaboración del informe final durante los últimos 6 meses de 2007.

Carcinoma folicular microinvasor de tiroides. Nuestra experiencia

Sacristan Perez, C; Martos Martínez, JM; Razak Muchref, A; Martinez Viera, A; Lozano Crivell, M; del Valle López de Ayala, A.

Unidad de Cirugía Endocrina. HHUU Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El carcinoma folicular mínimamente invasivo (CFMI) se caracteriza por la evidencia histológica de una invasión capsular o vascular limitada y se le atribuye un excelente pronóstico a largo plazo.

Pacientes y método: Presentamos un estudio retrospectivo de 58 pacientes intervenidos entre 1985 y 2005 con diagnóstico definitivo CFMI. Estos 58 pacientes suponen un 48,24% de los 132 pacientes intervenidos por carcinoma folicular en el período estudiado, 15 varones y 43 mujeres (2,86: 1), con una edad media de 41,2 años (13-76).

Resultados: Patología inicial: 40 pacientes (72,7%) nódulo único (2 hiperfuncionantes): 1 hallazgo en intervención por otra causa (hipertiroidismo); 17 bocio multinodular. Dos pacientes tenían adenopatías palpables al diagnóstico y uno presentaba metástasis a distancia. PAAF: 27% bocio coloide, 54% hiperplasias foliculares, 16,2% tumor folicular u oncocítico. Cirugía: 17 tiroidectomías totales. 1 tiroidectomía casi total. 37 hemitiroidectomías seguidas de totalización y 3 intervenciones atípicas también seguidas de totalización. Se asoció linfadenectomía en dos casos. Una de las biopsias intraoperatorias se informó como carcinoma folicular. Complicaciones: dos paresias recurrenciales transitorias (3,63%) y una hipocalcemia definitiva (diagnóstico primario de hiperparatiroidismo). Tamaño medio de los tumores: 4,5 cms (mínimo 0,4 y máximo 10 cms); el 56,3% de los tumores menores de 4 cms. En 4 casos se asoció carcinoma (3 papilares y 1 folicular) en la pieza. Se realizó rastreo con radio-yodo en 47 pacientes y 45 requirieron dosis ablativas; 9 (19,1%) presentaron captación ganglionar; 1 presentó captaciones múltiples precisando más de cuatro dosis ablativas, 7 requirieron más de una dosis ablativa antes de negativizar los rastreos. Seguimiento de 7 meses a 21 al'10s, sólo un paciente ha fallecido a causa de la enfermedad (1,7%).

Discusión: Al CFMI se le suele atribuir un curso relativamente benigno probablemente debido a las dificultades de estandarización de los criterios histológicos para definir un CFMI. Nosotros, a pesar de su comportamiento relativamente benigno consideramos que debe tratarse como lo que no deja de ser un cáncer de tiroides.

El sellado con cola de fibrina del lecho vesicular disminuye la aparición de colecciones postoperatorias en el espacio subhepático tras colecistectomía laparoscópica

Martín, J; Busos, M; Cadet Dussort, H; López Bernal, F; Álamo Martínez, JM y Morales Méndez, JM.

HHUU Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es la intervención

en el tratamiento de la colelitiasis sintomática. Un problema frecuente durante el postoperatorio es la aparición de colecciones líquidas en el espacio subhepático, que en ocasiones pueden plantear problemas sobre la conducta a seguir con las mismas, y dar lugar a exploraciones e ingresos hospitalarios innecesarios.

Objetivos: Nuestro objetivo al plantear este estudio es comprobar la utilización de selladores de fibrina (tissucol Duo®) en el lecho vesicular al terminar una colecistectomía laparoscópica disminuye la incidencia de colecciones líquidas subhepáticas, o al menos su tamaño y sus posibles complicaciones.

Pacientes y métodos: Hemos incluido en nuestro estudio 44 pacientes de ambos sexos, diagnosticados de colelitiasis y programados para cirugía electiva mediante colecistectomía laparoscópica. Como criterio de exclusión se utilizó la asociación de cualquier otra técnica quirúrgica en el acto operatorio. Se establecieron dos grupos, cada enfermo era asignado a uno de los dos alternativamente por orden de intervención. A uno de los grupos se le aplicó Tissucol Duo® mediante el sistema Duplojet® asociado al aplicador de spray Doploreach 35® y al otro no. Al cabo de 7-10 días los pacientes fueron controlados mediante realización de una TAC comprobando la posible existencia o no de una colección subhepática, y en caso afirmativo, sus características y tamaño, así como la existencia o no de la clínica acompañante.

Resultados: En el grupo en el que no se aplicó Tissucol Duo® en el lecho hepático al finalizar la colecistectomía laparoscópica se apreció en mayor número la aparición de colecciones postoperatorias, por otra parte su tamaño fue mayor, y en ocasiones acompañadas de síntomas que dieron lugar a revisiones, así como algún ingreso. En un caso de nuestra serie fue preciso realizar punción evacuadora.

Conclusiones: La utilización de Tissucol Duo® en las colecistectomías laparoscópicas contribuye a disminuir e incluso evitar la aparición de colecciones subhepáticas.

Cirugía laparoscópica de lapared abdominal. Retracción de las prótesis utilizadas

Martín, J; Morales Conde, S; Suarez Gran, JM; Bustos, M; López, E; y Morales Méndez, S.

HHUU Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El tratamiento por vía laparoscópica de las hernias ventrales se hace habitualmente mediante la colocación de mallas intraperitoneales en contacto directo con las vísceras intraabdominales. Nuestra intención ha sido estudiar las complicaciones susiguientes a estas técnicas, derivadas de la posible retracción de la prótesis.

Material: Hemos utilizado 20 cerdos, divididos en dos grupos, uno de diez animales, en los que se utilizó como inhibidor de la formación de adherencias la cola de fibrina; y un segundo grupo, de otros diez animales en los que se utilizó la pomada de hialuronizada.

Método: En cada animal se implantaron en la cara interna de la pared abdominal, en un posición más cefálica a ambos lados de la línea media dos prótesis de polipropileno, la situada

en el lado derecho estaba untada de inhibidor. Mas caudalmente se implantaron con las misma disposición y preparación otras dos protesis de PTFE.

A las cinco semanas fueron reintervenidos y sacrificados los animales. Se estudió la retracción de los distintos implantes.

Resultados: No había ninguna diferencia en cuanto al comportamiento entre los implantes impregnados de inhibidor con respecto a los no impregnados. Los implantes de PTFE se retraían cinco o seis veces más que los de polipropileno.

Conclusiones: A la hora de realizar una eventroplastia por vía laparoscópica, hemos de tener en cuenta, no solo el comportamiento de las prótesis en cuanto a la génesis de adherencias, sino también su capacidad de retracción, para que al finalizar ésta, el defecto de la pared abdominal siga estando cubierto.

Cirugía laparoscópica en urgencias, análisis de situación en un hospital de tercer nivel

Alba Mesa F.; Romero Fernandez J.M.; Diaz Roldan J.; Torres Recio J.; Kaddouri S.; Reig Perez M.; Amaya Cortijo A.; Lopez Lopez Y.; Robles de la Rosa J.A.

Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. Hospital San Juan de Dios. Bormujos. Sevilla

Introducción: El abordaje laparoscópico de las urgencias abdominales se ha ido incorporando a la práctica clínica habitual, del mismo modo que en la cirugía programada. Como concepto general, cualquier abdomen agudo podría ser susceptible de ser operado por laparoscopia.

Si bien es cierto que existen unas contraindicaciones a la realización de laparoscopia en urgencias (shock séptico, ASA IV, inestabilidad hemodinámica persistente, etc) la mayoría de las «contraindicaciones» obedecen a «contraindicaciones organizativas» (disponibilidad de torre de laparoscopia, personal de enfermería experimentado en laparoscopia, colaboración del anestesiólogo, etc). Por ello hemos intentado solventar las contraindicaciones organizativas y hemos planteado en nuestro centro el abordaje laparoscópico de las urgencias como una técnica más del arsenal quirúrgico.

Objetivo: Nuestro objetivo ha sido valorar el «peso» y los resultados de la laparoscopia en urgencias en un hospital de los llamados de «tercer nivel».

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de tipo descriptivo tomando un periodo de tiempo de dos años, se han seleccionado los procedimientos laparoscópicos más frecuentes: apendicectomía laparoscópica, colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda, lisis de adherencias por obstrucción, sutura de perforación gástrica, coledocotomías por colangitis tras fracaso de CPRE y laparoscopia exploradora en abdomen agudo sin causa filiada. Hemos objetivado el número de laparoscopias realizadas en urgencias, los procedimientos laparoscópicos más frecuentemente realizados, la tasa de conversión, morbilidad, mortalidad, re intervenciones, estancia media y reingresos.

Resultados: Entre enero de 2004 y diciembre de 2005 se han registrado un total de 1856 procedimientos quirúrgicos urgen-

tes realizados por el Servicio de Cirugía General y Digestiva, de los cuales ha requerido ingreso 916.

Se han realizado un total de 304 apendicectomías, 283 laparoscópicas de las cuales se convirtieron 4 y 21 abiertas; 56 colecistectomías por colecistitis aguda, 42 laparoscópicas con 3 conversiones y 14 abiertas; 14 suturas y epiploplastias por perforación gástrica. 7 laparoscópicas sin conversión y 7 abiertas; 15 lisis de adherencias en enfermo obstruido, 6 laparoscópicas sin conversión y 9 abiertas; 11 laparoscopias exploradoras sin conversión y con diagnósticos diversos; 4 colangitis con fracaso de CPRE, 2 laparoscópicas sin conversión y 2 abiertas.

La mortalidad de los procedimientos laparoscópicos ha sido 1 paciente (SRIS y fallo multiorgánico en paciente con diagnóstico laparoscópico de isquemia mesentérica). Las estancias medias han sido: 1,3 días para la apendicectomía laparoscópica, 4,8 días para la colecistectomía laparoscópica por colecistitis. 6,2 días para la perforación gástrica. 5,4 días para la lisis de bridas, 8 días para la laparoscopia diagnóstica y 12,6 para la colangitis.

La infección de sitio quirúrgico es del 2,3% situándose en el 0,8% para la apendicectomía, el absceso residual postapendicectomía se ha presentado en 3 casos (1,06%), 2 hematomas en espacio de Recius (0,7%). Hemos registrado 2 reintervenciones en apendicectomía (solventadas por laparoscopia) y 1 en colecistectomía laparoscópica por colecistitis. Hemos registrado 3 reingresos del total de laparoscopias.

El «peso» de la laparoscopia en urgencias supone el 38,10% del total de intervenciones con ingreso procedente de urgencias en nuestro servicio.

Conclusiones: Creemos que solventando las dificultades organizativas el abordaje laparoscópico en urgencias de muchas de las patologías más prevalentes es seguro. presenta una tasa de complicaciones baja, disminuye la estancia hospitalaria así como puede favorecer la disminución de la infección de sitio quirúrgico.

Por otro lado consideramos las urgencias un magnífico «training» para los cirujanos en formación con vistas a enfrentarse a cirugías laparoscópicas más complejas.

Cirugía laparoscópica del cáncer colorrectal, experiencia inicial

Reig Perez M. ; Alba Mesa F.; Robles de la Rosa J.A. ; Romero Fernandez J.M.; Kaddouri S.; Diaz Roldan J.; Torres Recio J.; Amaya Cortijo A.; Lopez Lopez Y.

Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. Hospital San Juan de Dios. Bormujos. Sevilla

Introducción: Durante el año 2005 hemos implantado el abordaje laparoscópico del cáncer colorrectal en nuestro centro. Este trabajo pretende ser solamente un análisis de situación que nos sirva como implementación de la terapéutica quirúrgica en el tratamiento del cáncer colorrectal.

Material y métodos: En el año 2005 se han completado a término un total de 31 colectomías laparoscópicas por neoplasia maligna de colon y recto de un total de 37, es decir una tasa de conversión del 16,21%. La distribución por edad y sexo ha

sido: 23h/8m; edad media: 66,6 max: 82 min: 37. La distribución de las neoplasias fue: 7 colon derecho, 1 trasverso. 15 sigma, 5 recto sigma y 3 recto. La distribución según el estadio T fue: T1 ninguno. T2 tres, T3 21 y T4 7.

Se realizó cirugía con intencionalidad curativa en 25 pacientes y en 6 con intencionalidad paliativa por existencia de metástasis hepáticas múltiples bilaterales e infiltración de órganos vecinos.

Resultados: La causa de conversión mas frecuente fue por adherencia a estructuras de vecindad (3 pelvis congelada), 2 por adherencias postquirúrgicas. 1 sangrado esplénico. 1 dilatación de asas. El tiempo operatorio medio fue: Hemicolecotomía derecha 130.6 minutos, Sigmoidectomía 126 minutos, resección anterior 280 minutos. Análisis de la morbimortalidad: se registraron 3 infecciones de sitio quirúrgico. 2 hematomas intrabdominales, 2 ileos paralíticos prolongados, 2 dehiscencias de anastomosis en pacientes con intencionalidad curativa. Un éxito por neumonía espirativa.

En el 54,83% no se presento ningún tipo de complicación (siendo en este caso la estancia media de 83 días). La estancia media para todo el grupo de pacientes fue de 11,5+5 días con una moda de 7.

En cuanto a los indicadores de calidad científico-técnica: el número de resecciones curativas ha sido superior al 60%. situándose en el 80,64%; el número de ganglios linfáticos aislados de la pieza quirúrgica es superior a 12,6. En cuanto a los indicadores de efectividad: la tasa de infección de herida se sitúa en un 6,4 % siendo inferior al 10% indicado por el proceso. La dehiscencia de anastomosis se sitúa en torno al 6,4% del global.

Conclusiones: Se trata de un grupo de pacientes reducido donde se evidencian los problemas derivados de la curva de aprendizaje. Observamos un ingreso postquirúrgico prolongado que pudiera ser fruto de la desconfianza. En el resto de parámetros científico técnicos nos ajustamos al proceso asistencia!. Finalmente creemos que una vez superada la curva de aprendizaje los pacientes se beneficiaran de una técnica menos agresiva y que a demostrado su eficacia y efectividad en otras patologías.

Abordaje laparoscopico de la coledocolitiasis tras fracaso de CPRE

Romero Fernandez JM; Torres Recio J; Diaz Roldan J; Kaddouri S; Reig Perez M; Amaya Cortijo A; Lopez Lopez Y; Robles de la Rosa JA; Alba Mesa F.

Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. Hospital San Juan de Dios. Bormujos. Sevilla

Introducción: La CPRE ha contribuido de una manera eficaz al tratamiento de la coledocolitiasis de forma combinada con la colecistectomía laparoscopica.

Sin embargo en ocasiones la terapéutica endoscópica no resuelve la coledocolitiasis de forma definitiva ya sea por alteraciones anatómicas de la papila, por imposibilidad de arrastre de calculos o por cirugía previa gastroduodellal.

En estos casos planteamos el abordaje laparoscópico de la vía biliar como opción terapéutica.

Material y métodos: Desde Enero de 2004 hasta diciembre de 2005 hemos realizado un total de 6 abordajes laparoscopicos de vía biliar por coledocolitiasis no resuelta por CPRE.

En tres de los pacientes existió imposibilidad para canalizar la papila, en uno de los pacientes se extrajo un calculo y se observo compresión extrínseca de vía biliar con sospecha de Sd. De Mirizzi dejandose una endoprótesis como medida paliativa y en otro de los casos existía una ocupación de casi la totalidad del colédoco por cálculos que no pudieron ser extraídos, otro enfermo con CPRE fallida ingreso por colangitis y fue intervenido de urgencias.

La edad media de los pacientes fue de 79,3. La distribución por sexos fue 4 mujeres/2 hombre.

Todos los pacientes fueron clasificados como ASA III.

El abordaje se realizo con cuatro trocares 2 de 10 mm y dos de 5 mm mas una puerta accesoria para el, coledocoscopia.

En todos los pacientes se practicó coledocotomía con cierre sobre kher con Vicryl 4/0 anudado extracorporeo, excepto en uno donde se realizo cierre primario del colédoco sobre endoprótesis que se retiro posteriormente por endoscopia.

La exploración de la vía biliar se realizó con coledocoscopia flexible de 5 mm con vía de trabajo, la extracción de los cálculos se realizó con cateteres de Fogarty y sondas de Dormia. en uno de los casos fue necesaria la fragmentación del calculo.

El tiempo medio operatorio fue de 130,2 minutos.

Resultados: La estancia media fue de 13,4 días. La mortalidad fue nula. En cuanto a la morbilidad asociada una de las pacientes presento bloqueo cardiaco que precisó implantación de marcapasos de forma definitiva el día +8 de la cirugía y una fuga biliar de bajo débito que no requirió reintervención ni CPRE y que cedió espontáneamente, el paciente con colangitis requirió ingreso en uci postoperatorio por SRIS.

No se registraron reingresos ni se observó coledocolitiasis residual.

Conclusiones: El pequeño numero de casos hace imposible extraer conclusiones. aunque se pueden promover debates sobre la idoneidad del abordaje laparoscópico de las coledocolitiasis que no han podido ser resueltas por vía endoscópica, así como la posibilidad de la endoprotesis con sutura primaria del coledoco como elemento sustitutivo del kher en ciertos pacientes

Laparoscopia diagnóstica programada

Suárez Grau, JM; Martínez Vieira, A; Socas, M; Álamo, JM; Martín Cartes, JA; Bustos, M; Cadet, H; Tutosaus, JD; Docobo, F; Morales Méndez, S.

Unidad de Cirugía Laparoscópica. H.U. Virgen del Rocío

Introducción: El abordaje laparoscópico de la cavidad abdominal hoy en día no sólo supone una ayuda para una correcta actuación quirúrgica de forma mínimamente invasiva, con rápida recuperación hospitalaria y menor dolor postoperatorio, sino que puede ser programada para confirmar una sospecha diagnóstica que no ha sido despistada con el resto de los métodos diagnósticos de los que disponemos, con las ventajas ya comentadas. Podemos realizar por tanto un abordaje laparoscópico con finalidad diagnóstica en aquel proceso de oscuro

manejo en el cual hemos agotado el resto de las posibilidades con otras técnicas, ya sean invasivas o no.

Material y métodos: Analizamos el total de pacientes que se han sometido de forma reglada a laparoscopia diagnóstica programada en la Unidad de Cirugía Laparoscópica, desde el año 2002 al año 2005. Incluimos solamente aquellos en los que se realizó de forma reglada como acto de ayuda al diagnóstico, sin ser programada la laparoscopia para acto quirúrgico definido.

Resultados: Total de 30 pacientes sometidos a laparoscopia programada. Un total de 10 pacientes acusaban dolor abdominal crónico (33,3%), por sospecha de neoplasia intraabdominal fueron sometidos a este procedimiento 9 (30%) pacientes (carcinomatosis peritoneal, linfoma, metástasis intraperitoneales...), por herida por arma blanca 3 pacientes (10%), por adenopatías intraabdominales 3 pacientes (10%) y el resto, 5 pacientes (16,7%) por otra serie de sospechas diagnósticas diversas (lupus, tuberculosis peritoneal, cirrosis hepática). Aproximadamente el 50% de los pacientes fue dado de alta con menos de 24 horas de hospitalización tras el acto quirúrgico.

Conclusiones: A pesar de no ser una técnica diagnóstica convencional, podemos usar el abordaje laparoscópico en aquellos pacientes en los cuales a pesar de tener sospecha diagnóstica o clínica manifiesta las pruebas convencionales o avanzadas han sido negativas. Consideramos útil la programación del acto quirúrgico y su capacidad de realizarlo de forma programada en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria previa selección adecuada de los pacientes.

Implantación del abordaje laparoscópico suprarrenalectomía en un hospital regional

Serradilla Martín, M; Muñoz Perez, N; Cabrera Aguirre, MA; Becerra López, A; Villar del Moral, JM; Ferrón Orihuela, JA.

Sección de Cirugía Endocrinológica. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: El pequeño tamaño de la glándula, la baja incidencia de tumores malignos, la vascularización bien definida y la morbilidad del abordaje laparotómico son las razones que han llevado a una rápida implantación de la cirugía laparoscópica adrenal. Pretendemos analizar los resultados iniciales obtenidos con la adrenalectomía laparoscópica por una Unidad de Cirugía Endocrina de un Hospital Regional.

Material y método: Hemos analizado retrospectivamente los registros incluidas en una base de datos de cirugía suprarrenal efectuada entre Enero de 2002 (fecha de la primera adrenalectomía laparoscópica en nuestro centro) y Abril de 2006. Se han valorado datos epidemiológicos, exploraciones y diagnóstico preoperatorio, tratamiento quirúrgico, histopatología de la lesión, postoperatoria y seguimiento a largo plazo.

En dicho periodo han sido sometidos a suprarrenalectomía 31 pacientes, con una edad media de 46,1 años (límites 23 y 79), Y una relación hombre / mujer de 1:2. De ellos, siete (22,5%) fueron excluidos del abordaje laparoscópico en el estudio preoperatorio: tres por sospecha de malignidad, tres por coexistencia con otra patología que precisó abordaje lapa-

rotónico, y uno por tamaño de la lesión mayor de 10 cms. de diámetro.

Resultados: La adrenalectomía realizada fue derecha en 13 de los 24 procedimientos laparoscópicos (54,2%), e izquierda en 11. En 21 casos (87,5%) se trataba de lesiones funcionantes: 8 feocromocitomas, 7 adenomas con síndrome de Cushing y seis aldosteronomas. En tres, el diagnóstico preoperatorio fue de incidentaloma. La estancia preoperatoria media fue 3,54 días (9,12 en feocromocitomas, y 0,75 en el resto). La duración media de la intervención fue de 153 minutos (límites 70 y 265). El tamaño media de las lesiones extirpadas fue de 3,8 cms. (límites 1 y 10). No hubo conversiones, complicaciones, reintervenciones, reingresos o mortalidad. La estancia postoperatoria media fue de 4,2 días (límites 2 y 13), Y la total de 7,9 días (límites 2 y 25). Tras un seguimiento medio de 19,2 meses (límites 0 y 46), no se han detectado casos de persistencia o recidivas de la patología intervenida.

Conclusiones: Consideramos al abordaje laparoscópico la vía de elección para la adrenalectomía, al no presentar excesiva dificultad técnica, además de tener un excelente curso postoperatorio en nuestra experiencia. Nos parecen mejorables los resultados en cuanto a consumo de recursos de hospitalización, fundamentalmente en relación a la estancia preoperatoria causada por preparación de los pacientes con feocromocitoma.

Nuestra experiencia en el bypass gástrico laparoscópico

Leruite Larrainzar, F; Delgado Carrasco, SA; Mirón Pozo, B; Cabrerizo Fernandez, M^aJ; Garcia Gil, JM.

Hospital Universitario «San Cecilio» de Granada

Introducción: La cirugía bariátrica ha experimentado en los últimos años un crecimiento espectacular con un número cada vez mayor de intervenciones realizadas mediante abordaje laparoscópico. El bypass gástrico sigue siendo el «gold Standard» de este tipo de cirugía y su realización por laparoscopia exige una gran cualificación técnica con una curva de aprendizaje elevada y se ha comunicado un aumento de sus complicaciones en relación con la cirugía abierta.

Material y métodos: De Febrero del 2003 a Abril del 2006 hemos realizado un bypass gástrico laparoscópico en 81 pacientes de los cuales el 85% fueron varones y el 15% Mujeres. La edad media fue de 35 años (rango 20-53). El 77% eran obesos mórbidos y 23% superobesos no superando ninguno un IMC>60. La técnica seguida ha sido el bypass gástrico propuesto por Scott con la anastomosis gastroyeyunal mecánica (CEEA 25), vía intraabdominal y asa digestiva en posición antecólica antigástrica. La unión yeyuno-yeyunal se realizó a 200cms del ángulo de Treitz mecánica (EndoGIA) y cierre del ojal manual.

Resultados: El 71% de los pacientes tienen más de un año de seguimiento con 7% de pérdidas para el mismo. Los resultados ponderales expresados como porcentaje del sobrepeso perdido (PSP) y como porcentaje del exceso de índice de masa corporal perdido (PEIMCP) fueron de 72,67±9,2 y 81,51±13,74 respectivamente. Hemos tenido un fallecimiento (1,24%), 3 reconversiones a laparoscopia mano asistida (3,7%) y 5 reintervenprecoces (6,17%), 2 por sangrado de la línea vertical de

grapado gástrico, 1 por hernia interna transmesocólica, 1 por dilatación gástrica aguda y una hernia del puerto inferior izquierdo. Todas ocurrieron en la primera parte de nuestra curva de aprendizaje y prácticamente han desaparecido con las modificaciones efectuadas en la técnica quirúrgica.

Como complicaciones que han precisado algún tipo de tratamiento médico-quirúrgico tenemos 2 casos de infecciones en las heridas de los trócares (resueltas con curas ambulatorias), 3 estenosis de la anastomosis gastroyeyunal (todas ellas tratadas exitosamente con dilatación neumática endoscópica) y 2 fistulas gastro-gástricas detectadas radiológicamente en los controles postoperatorios (una de ellas con pérdida inadecuada de peso y que requiere reintervención).

Conclusiones: El bypass gástrico laparoscópico es una técnica quirúrgica segura incluso dentro de la curva de aprendizaje sobretodo si se sustenta en una experiencia previa en cirugía abierta. Además es eficaz en el tratamiento de los pacientes con obesidad mórbida y con superobesidad.

Nuestra experiencia con la técnica de Scopinaro modificada

Martos Martínez, JM; Sacristan Pérez, A; Razak Muchref, A; Lozano Crivell, D; Salvador Almeida Reyes, D; del Valle López de Ayala, A.

Unidad de Cirugía Endocrina. HH.UU. Viegen del Rocío. Sevilla

Introducción: De entre la gran variedad de técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento de la obesidad mórbida, hace casi 8 años que optamos en acuerdo con nuestro Servicio de Endocrino por la técnica de Scopinaro, según la modificación descrita por Larrad. Presentamos nuestros resultados con dicha técnica.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo de 182 pacientes intervenidos en nuestro centro por obesidad mórbida entre octubre de 1998 y Marzo de 2006.

Resultados: En todos los casos se empleó la variante descrita por Larrad de la técnica de Scopinaro, con modificaciones técnicas introducidas por nosotros. EIMC medio preoperatorio fue de 55 kg/m². No hubo incidencias intraoperatorias destacables y la duración media de] tiempo quirúrgico fue de 138 minutos. Hubo cuatro fallecimientos en el postoperatorio (2.1%), aunque ninguno directamente relacionado con la técnica quirúrgica utilizada, uno por tromboembolismo pulmonar, a pesar de la profilaxis antitrombótica, otro por una atelectasia masiva en una paciente gran fumadora, otro por una sepsis de origen pulmonar en una paciente con IMC de 84.7 kg/m² y otro por pancreatitis necrohemorrágica en paciente con coleditiasis que también se trató quirúrgicamente. Tuvieron complicaciones precoces un 21.4% de los pacientes, aunque solo el 6.7% presentaron complicaciones mayores (fístula digestiva, edema de boca anastomótica, pancreatitis posquirúrgica, sepsis por catéter, evisceración...). La estancia media hospitalaria fue de 9.1 días. En el seguimiento, las secuelas fueron fundamentalmente hernia postlaparotómica y ferropenia. En los pacientes con 4 o más años de evolución, la pérdida de sobre peso fue próxima al 75%. El 85% de los pacientes muestran un

elevado grado de satisfacción con la intervención.

Conclusiones: Creemos que la técnica de Scopinaro modificada por Larrad es de gran utilidad en el tratamiento de los pacientes con obesidad mórbida, con buenos resultados en cuanto a pérdida de sobre peso y con unos riesgos quirúrgicos aceptables.

Segundo tiempo tras cirugía bariátrica: hernioplastia y abdominoplastia

Martos Martínez, JM; Sacristan Pérez, A; Razak Muchref, A; Lozano Crivell, D; Salvador Almeida Reyes, D; del Valle López de Ayala, A.

Unidad de Cirugía Endocrina. HH.UU. Viegen del Rocío. Sevilla

Introducción: A pesar de que tanto los pacientes como nosotros somos conscientes de que la intención de la cirugía bariátrica no es estética, es innegable que ésta produce secuelas que precisarán una respuesta por nuestra parte por los trastornos funcionales que conllevan, principalmente las hernias postlaparotómicas y los colgajos cutáneos redundantes, sobre todo abdominales. En nuestro centro, hace 5 años que establecimos que los pacientes tributarios de dermolipsectomía sin eventración, o con colgajos de brazos y muslos se remitirían a Cirugía Plástica y los que presentaran eventración y abdomen péndulo serían tratados por nosotros. Presentamos nuestra experiencia en este sentido.

Pacientes y método: Pacientes intervenidos por nosotros por hernia postlaparotómica y/o abdomen péndulo entre mayo de 2001 y abril de 2006, referidos a los 182 pacientes intervenidos por obesidad mórbida en nuestra unidad.

Resultados: El total de hernias intervenidas más las pendientes de intervención es de 47, lo que representa un 25,8% de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, cifra inferior a la de alrededor del 40% referido en otras series de técnica de Scopinaro. Se realizaron 10 hernioplastias puras, 5 hemioplastias más colecistectomía, 19 hemioplastias más abdominoplastias (una con miomectomía uterina asociada) y 2 abdominoplastias puras en pacientes que solicitaron expresamente ser intervenidos por nosotros. De los 21 pacientes sometidos a hernioplastia + abdominoplastia (dermolipsectomía más plicatura de rectos) 16 eran mujeres y 5 hombres, con una media de 41,9 años y 3,1 diagnósticos asociados. Se utilizó tanto la técnica clásica de dermolipsectomía (Pitanguy/Regnault) como la llamada «en flor de lys» (similar a la de Castañares-Goethel), que facilita la reparación hemiaria. El peso de las piezas extirpadas osciló entre los 6 y los 18 kg. Dos pacientes precisaron transfusión por anemia postquirúrgica (anemia previa). Una paciente presentó infección de herida, otra un seroma importante y otra una pequeña necrosis de colgajo (14.2%). Se discuten las diversas modalidades de abdominoplastia y sus detalles técnicos, así como sus peculiaridades en los pacientes intervenidos por obesidad mórbida.

Discusión: A pesar que la abdominoplastia se suele considerar como una técnica muy específica de Cirugía Plástica y de que en pacientes previamente intervenidos por obesidad mórbida se suelen referir unas tasas de complicaciones muy

superiores a pacientes de la población general sometidos a dicha técnica. consideramos que nuestros resultados, aun en fase inicial. muestran que estas técnicas pueden ser realizadas por cirujanos generales conjuntamente con el tratamiento de las hernias postlaparotómicas. con baja morbilidad y aceptables resultados cosméticos.

Valoración de nuestros resultados en la cirugía de las resecciones hepáticas

Álvarez Martín, MJ; Villar Del Moral, JM; Villegas Herrera, MT; Muffak Granero, K; Garrote Lara, D; Ferrón Orihuela JA.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Introducción: En los últimos años la cirugía de resección hepática ha experimentado una importante mejora en los índices de morbimortalidad. Actualmente se reconoce como estándar de calidad tras cirugía de resección hepática una mortalidad postoperatoria $\leq 5\%$ y una morbilidad peroperatoria $< 30\%$. Con este trabajo pretendemos valorar los resultados en cuanto a morbimortalidad en la cirugía resectiva hepática llevada a cabo en nuestra unidad, compararla con los estándares y detectar áreas de mejora.

Material y métodos: Hemos realizado una revisión de una cohorte prospectiva de base hospitalaria de las resecciones hepáticas efectuadas en nuestro servicio, en el periodo, comprendido entre enero de 1998 y diciembre del 2005, a partir de los registros incluidos en la base de datos realizada a tal fin. Se excluyen los enfermos intervenidos por traumatismo abdominal, y aquellos programados para una resección hepática no llevada a efecto ante los hallazgos intraoperatorios. En dicho periodo se han efectuado en total 170 resecciones hepáticas. La edad media de los pacientes ha sido de 55,7 años (límites 14 y 85), con un discreto predominio masculino (53%) (90 hombres frente a 80 mujeres). La estancia preoperatoria media ha sido de 1,8 días. En cuanto a los diagnósticos se han realizado 114 resecciones hepáticas por lesiones metastásicas, 91 por adenocarcinomas de origen colorectal. 17 resecciones por neoplasias malignas primarias, 7 resecciones locales por cáncer de vesícula, 12 resecciones por tumores primarios benignos y 20 resecciones por procesos tumorales.

En relación a las técnicas quirúrgicas efectuadas, se incluyen 79 resecciones no anatómicas (46,4%) y 91 hepatectomías anatómicas (53,5%). Entre estas últimas se incluyen 35 resecciones mayores (tres o más segmentos). El tiempo quirúrgico medio ha sido de 307 minutos (límites 75 y 690). Setenta y un pacientes (41,7%) han precisado transfusión de concentrados de hemátis, con una media total para toda la serie de: 0,5 unidades y del 1,2 unidades si solo consideramos a los transfundidos.

Como complicaciones caben destacar: 1º/22 complicaciones respiratorias (13%), 2º/ 20 pacientes (11,7%) con complicaciones de la herida quirúrgica, 14 abscesos (8,2%) y 6 evisceraciones (3,5%), 3º/ 17 casos 1 con fístula biliar (10%), 4º/14 colecciones intraabdominales residuales (8,2%), 5º/7 casos con sepsis por catéter (4,1%), 6º/ 7 casos con insuficien-

cia renal (4,1%), 7º/ 4 casos de insuficiencia hepática postoperatoria (2,3%), 8º/4 casos de hemoperitoneo (2,3%), 9º/ 2 infartos hepáticos (1%), 10º/1 absceso (0,6%). Reintervención 17 pacientes (10%), 8 peritonitis, 5 por hemoperitoneo, 4 evisceración. La estancia postoperatoria media ha sido de 12 días (límites 2 y 112 días).

Diez pacientes requirieron reingreso (5,8%). En toda la serie hemos tenido 8 exitus (4,7%): en 6, esta relacionado con la cirugía hepática (3,5%) y 2 fueron secundarios a dehiscencia de anastomosis intestinal simultánea (1,2%). El porcentaje de mortalidad, (excluyendo la derivada de la cirugía intestinal asociada) tras resección no anatómica ha sido 0%. Tras resección anatómica menor de un 1,7%, y tras resección anatómica mayor 1,7%.

Conclusiones: Con estos resultados nos adecuamos a los estándares establecidos en cuanto a mortalidad, pero nos excedemos en cuanto a morbilidad peri operatoria y encontramos diversas áreas de mejora como son: la de minimizar la morbilidad asociada a la cirugía abdominal sincrónica, disminuir la morbilidad de las resecciones hepáticas mayores.

Efectos adversos de la asistencia sanitaria en un servicio de cirugía general: resultados de un estudio prospectivo

Serradilla Martín, M; Muffak Granero, K; Palomeque Jimenez, A; Fernández Sierra, A; Villar del Moral, JM; Ferrón Orihuela, JA

Servicios de Cirugía General y Medicina Preventiva. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Introducción: Existe un creciente interés en el ámbito sanitario en relación a la seguridad del paciente y los efectos adversos (EA) de la asistencia sanitaria. Para su análisis se han desarrollado diferentes instrumentos. En el Proyecto IDEA (Identificación de Efectos Adversos) estudio multicéntrico encaminado a analizar su incidencia e impacto en varios hospitales españoles. se ha aplicado un cuestionario modular, validado en estudios previos. Presentamos los resultados obtenidos en nuestro servicio con esta metodología.

Material y método: Se han analizado las historias de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen de las Nieves en el periodo marzo de 2004-febrero de 2005. Se han excluido los enfermos con estancia menor de 24 horas, y los ingresados en el Centro San Juan de Dios. Hemos analizado la incidencia de EA, las características del paciente y las de la asistencia que se asocian al EA, y el impacto de éstos, distinguiendo los evitables de los que no lo son. Para el estudio estadístico se ha utilizado el paquete SPSS versión 12.0, analizando las variables cuantitativas mediante el test de Kruskal-Wallis. Para las variables cualitativas se ha aplicado el test de chi cuadrado.

Resultados: Se han incluido 2.103 pacientes, con una edad media de 54,3 años, perteneciendo un 55% al sexo masculino. En un 13% de los ingresos se detectó al menos un EA. Su incidencia se vio favorecida en pacientes con factores de riesgo intrínsecos (20% vs 8,7%, $p < 0,001$) y extrínsecos (27,9% vs. 4,6%, $p < 0,001$), respecto a los que no los presentaron. El EA

se consideró evitable en un 76% de casos. El 82% de los EA estuvo relacionado con un procedimiento invasivo. Un 43% de los pacientes que desarrollaron EA sufrieron una incapacidad grave, y un 8% fueron éxitos (los EA causaron o estuvieron relacionados con 7 de cada 10 éxitos). La estancia media ascendió a 6,1 días: 4,3 en los que no desarrollaron EA y 17,1 en los que sí ($p < 0,001$). En un 9,6% de episodios, el EA no aumentó la estancia, en un 70,5% sí, y en un 20% causó un reingreso. Los EA causaron un total de 2.942 estancias (un 23,8% del global).

Conclusiones: Los EA son más frecuentes en pacientes con factores de riesgo. Tres de cada cuatro lesiones o complicaciones sufridas son EA, y tres de cada cuatro EA son evitables. Cinco de cada seis EA están relacionados con un procedimiento. En la mitad de los casos generan una grave incapacidad (transitoria o permanente) o la muerte. Su incidencia prolonga significativamente la estancia hospitalaria.

Traumatismos esplénicos: posibilidades quirúrgicas en la preservación del bazo

Mirón Pozo, B; Pérez Cabrera, B; González Puga, C; Delgado Carrasco, ML; Delgado Carrasco, S; García Gil JM

Hospital Universitario San Cecilia de Granada

Introducción: La preservación del bazo, bien con tratamiento no operatorio (TNO) o mediante maniobras quirúrgicas que eviten la esplenectomía total, constituye actualmente el objetivo a conseguir por el cirujano digestivo ante un traumatismo esplénico. Los avances en el diagnóstico por imagen y en los recursos quirúrgicos han permitido cambiar las estadísticas de los últimos 25 años, presentando esta preservación como una posibilidad real y segura en pacientes seleccionados. Revisiones retrospectivas recientes sitúan el TNO hasta en el 60-70% de los traumatismos esplénicos cerrados. En los casos en los que se decide la intervención quirúrgica el tratamiento conservador (TC) puede alcanzar el 30 - 40% de los casos. Las cifras de fracaso en el TNO son muy variables según las series (2- 15%) coincidiendo en la importancia de una correcta selección de los pacientes basada en la estabilidad hemodinámica, el ISS (Injury Severity Score) y el grado de lesión tras una minuciosa lectura de aa TAC.

Objetivos: Presentar la experiencia de nuestro servicio en el manejo del traumatismo esplénico. Exponer las distintas posibilidades quirúrgicas para conseguir la preservación del bazo mostrando tanto nuestra experiencia como una revisión bibliográfica de los últimos años en este sentido.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo analizando en los últimos 10 años el conjunto de pacientes que con el diagnóstico de trauma esplénico son ingresados en nuestro Servicio. Análisis del grado de lesión mediante prueba de imagen y estudio transversal para determinar la incidencia de TNO y de TC. Estudio de la técnica quirúrgica en cada intervención, incidiendo en el conjunto de recursos técnicos y maniobras para conseguir preservar el mayor tejido esplénico posible. Revisión bibliográfica mediante MedLine analizando las series de casos más representativas.

Resultados: En nuestra experiencia el TNO se sitúa próximo al 50% de los casos. La correlación con el grado de lesión por TAC preoperatorio muestra que el 56% de los pacientes presentaban a su ingreso una lesión grado I, II o III por la AAST. Se realizó TC en el 35% de los pacientes intervenidos. La técnica quirúrgica en estos casos incluyó: Aplicación de hemostáticos + compresión (celulosa oxidada o pegamentos biológicos), esplenorrafia con material reabsorbible, esplenectomías parciales (clásica-manual, mecánica, mecánica+agente hemostático) y colocación de malla (prefabricada o realizada in situ a partir de malla de polipropileno). Pudiéndose dar además la combinación de varios de estos recursos en un mismo caso.

Conclusiones: Aunque son mejorables, nuestros resultados siguen la tendencia de las principales series, mostrando como en pacientes estables el TNO es una realidad y como el TC esta ganado terreno a la esplenectomía. Si nos centramos en los últimos 3-5 años los datos en cuanto TC y TNO muestran porcentajes mucho mayores revelando como el cambio en la concepción de la funcionalidad del bazo, las mejores reconstrucciones por imagen preoperatorias y los avances en los recursos-técnica quirúrgica permiten al cirujano apostar más firmemente por un tratamiento conservador. Estudios recientes revelan como el uso de la laparoscopia para control de daños (así como para tratamiento conservador con hemostáticos y pegamentos biológicos) y el uso creciente de la arteriografía selectiva (con o sin embolización) permitirían aumentar aún más las posibilidades de TC y de TNO respectivamente.

Concordancia en el diagnóstico preoperatorio e intraoperatorio de las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal

F. Navarro Freire, B. Mirón Pozo, M. L. Delgado Carrasco, B. Pérez Cabrera, P. Navarro Sánchez, J. M. García Gil

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Introducción: el 25% de los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) tienen metástasis hepáticas (MH) en el momento del diagnóstico y hasta el 50-60% desarrollan enfermedad en el hígado a lo largo de su vida. La resección quirúrgica constituye la mejor oportunidad de curación para estos pacientes. En los últimos años se han añadido otros procedimientos (crioablación, radiofrecuencia, microondas...) que junto con la estandarización y mejora de la adyuvancia han aumentado el porcentaje de pacientes operables: del 5% (en las primeras series) al 30-40% en la actualidad. La resección de metástasis hepáticas es por tanto una práctica cada vez más extendida que ha aumentado la supervivencia a 5 años a cifras próximas al 40%. De esta manera la información preoperatoria de la situación del hígado (TAC, RMN, PET...) cobra una gran importancia con vistas a decidir la mejor estrategia quirúrgica en cada paciente.

Objetivos: Determinar el grado de concordancia entre las pruebas preoperatorias (ECO, TAC, RMN, PET) y los hallazgos intraoperatorios, situando como *gold standard* la palpación-ECO intraoperatoria. Analizar esta concordancia en cuanto a número, tamaño y localización de las metástasis.

Material y métodos: Entre junio de 1995 y diciembre de 2005 se han intervenido un total de 149 pacientes en nuestro servicio con el diagnóstico de MH-CCR. 21 de estos pacientes fueron reintervenidos por recurrencia o persistencia de la enfermedad por lo que tenemos un total de 169 casos (n= 169). Se ha realizado un estudio de cohorte retrospectivo siendo el caso tipo: paciente intervenido por MHCCR que se ha evaluado preoperatoriamente mediante ECO/TAC/RMN e intraoperatoriamente con palpación-ECO intraoperatoria. Variables y tratamiento operativo: Número (1, 2, 3, >3), localización (segmentos anatómicos del hígado) y tamaño (suma de los tamaños preoperatorios e intraoperatorios) de las MH. Para el análisis estadístico se ha empleado el coeficiente Kappa (según fórmula de Fleiss) para determinar el grado de concordancia entre los estudios preoperatorios y los hallazgos intraoperatorios. Para las dos primeras variables se calcularon el índice de kappa parcial, error *standard* y el intervalo de confianza al 95%. Para la variable tamaño se calculó el coeficiente de correlación lineal (*r*). Programa estadístico DBaseIIIPlus, actualización bibliográfica a través de MedLine.

Resultados: Para la variable número: $x=1$, Kappa parcial $K=0,64$, Corrección por proporción de aciertos atribuida al azar $Pe=0,51$. Valor Predictivo Positivo (VPP) de 0,73 y negativo (VPN) de 0,90. Sensibilidad (S) 0,87. Especificidad (E) 0,79. IC al 95% (0,49-0,79). Se calcularon los mismos parámetros para cada uno de los valores de la variable número. Para la categoría >3 el Kappa parcial resultó 0,49. El índice Kappa ponderado fue de 0,58 para una Po de 0,83 y una Pe de 0,59. En cuanto a la localización los Kappas parciales fueron superiores a 0,6 en todos los segmentos excepto para el segmento VIII y el segmento I, en los que se situó próximo a 0,4. Cuando el análisis se establece utilizando los dos hemihígados el kappa es de 0,68. El coeficiente de correlación lineal para el tamaño fue de 0,69.

Conclusiones: El grado de concordancia encontrado es en nuestro caso muy aceptable. No obstante debemos precisar que cuando el número de metástasis aumenta, o cuando se sitúa en segmentos de más difícil localización preoperatoria (segmento VIII y I) los resultados obtenidos son algo menores. En los casos en los que existían discrepancias entre varias pruebas de imagen preoperatorias, hemos seleccionado siempre aquella que aportara mayor información (mayor número de metástasis o mayor precisión al estimar el tamaño o la localización). Los cálculos obtenidos en cuanto a S y E son similares a los publicados por otras series para ECO y TAC, no obstante creemos que nuestra unidad temporal (10 años) introduce un sesgo en cuanto a la definición preoperatoria, debido a los avances en las distintas técnicas de imagen en los últimos años. La TAC helicoidal, TAC-portografía y RMN realizada con distintos contrastes específicos para Hígado mejorarían estos resultados. Estas pruebas no son realizadas siempre por el mismo radiólogo por lo que hay que considerar también un sesgo observacional. Actualmente se recogen otras posibilidades como el PET, que parece no aportar mucho en cuanto a enfermedad hepática, pero sí para la extensión peritoneal o ganglionar. Algunos autores reclaman el papel de la laparoscopia con posibilidad de ECO IO mediante sonda y resección para metástasis únicas y accesibles. En general podemos afirmar que las pruebas preoperatorias suponen un complemento imprescindible en la

toma de decisiones, pero que serán los hallazgos intraoperatorios los que maten definitivamente cada una de las opciones quirúrgicas.

Morbimortalidad de la duodenopancreatectomía. Análisis de 33 casos.

M. J. Cabrerizo Fernández, B. Pérez Cabrera. M. L. Delgado Carrasca, F. Navarro Freire, C. González Puga, J. M. García Gil

Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Introducción: La morbilidad de la duodenopancreatectomía continúa siendo elevada, si bien ha disminuido la mortalidad postoperatoria, especialmente en aquellos centros con un alto volumen de pacientes que les permite una buena selección, protocolización y sistematización del procedimiento.

Pacientes y método: Se han estudiado un total de 33 pacientes a los que se les ha realizado DPC en nuestro Servicio, entre 1998 y 2005. Hemos estudiado variables epidemiológicas, clínicas, bioquímicas así como las técnicas quirúrgicas practicadas, histopatología y morbimortalidad. Los resultados estadísticos se han realizado mediante el programa SPSS V.13.

Resultados: 22 hombres (66,7%) y 11 mujeres (33,3%). **Edad media** 60,6% (40,72). Consumían tabaco un 43,3% y alcohol un 23,3%. **Antecedentes:** Pancreatitis, 23,3%; diabetes, 24,1%; episodios de colangitis previos, 3%; HTA. 21,2%; Insuficiencia respiratoria, 12,2%; I. cardíaca, 3%; hepatopatía, 3%; Sd depresivo, 6,1%; intervención previa por la misma patología, 3%; deficiencia mental severa, 3%. No tenían patología previa 9 pacientes (27,3%). Eran obesos un 19,4%. **Técnicas:** DPC en 20 px (60,6%) y DPCpp (preservación pilórica) en 13 (39,4%); tutores pancreáticos en 8 casos y biliares en 2 casos. Todas las anastomosis se realizaron de forma manual con suturas entrecortadas. **Histología:** Adenocarcinoma ampular 60,6%; adenocarcinoma páncreas, 24,2%; cistadenocarcinoma páncreas, 3%; y adenocarcinoma duodenal, 3%; PC, 9,1%. **Estadificación:** EI, 11 px; EII, 6 px; EIII, 10 px; EIV, 2 px. **Morbilidad:** se complicaron 15 pacientes (45,4%); 4 fístulas pancreáticas, 2 dehiscencias sutura PY, 4 fístulas biliares, 3 cuadros hcmorrágicos; 1 absceso intraperitoneal; 1 derrame pleural; 1 evisceración; 1 necrosis de colon transverso; 1 pancreatitis del remanente; 2 fibrosis obstructivas; 1 neuropatía braquial postural; 1 intertrigo candidiásico; 3 abscesos de pared; 3 cuadros de hiperglucemias de difícil manejo; 6 px iniciaron dieta oral después de 15 días. **Reintervenciones:** 12 pacientes (36,4%). **Mortalidad:** 3 pacientes (9,1%). **Supervivencia media y estado actual de los pacientes:** La Sm (N=30) es de 3,94 años (0,3-8). En el seguimiento se han perdido 6 pacientes (18,2%), han muerto 10 (30,3%) y continúan vivos 17 (51,5%).

Discusión: La DPC es una técnica laboriosa, probablemente la de mayor dificultad técnica en la cirugía general, y de una gran agresividad al organismo. Las cifras bibliográficas de morbilidad oscilan entre 30-50%; en nuestra experiencia viene determinada por inadecuada selección de los pacientes y deficiencia técnica. La histopatología del proceso tratado no es determinante en la morbilidad pero sí en cuanto a la supervivencia.

Reconstrucción mediante colgajo del dorsal ancho y prótesis en pacientes irradiadas: seguimiento y resultados en 19 pacientes consecutivas

Gómez Valverde, EJ; Hernández García, JM; Tomé Poyatos P; Huertas Peña F; El A del M; García Gil JM.

Hospital Universitario de San Cecilia (Granada)

Introducción: Existe controversia sobre los resultados obtenidos en reconstrucción tras mastectomía mediante colgajos de tejidos autólogos en las pacientes sometidas a irradiación, ya que la radioterapia torácica y axilar, incide de forma negativa sobre la viabilidad del colgajo y los resultados finales. Esta acción es debida fundamentalmente, a la radiodermatitis y a la acción lesiva directa sobre el pedículo vascular del colgajo. El colgajo dermo-muscular del dorsal ancho (CMDA) ofrece como principales ventajas frente a otras técnicas que utilizan tejidos autólogos las siguientes: Su alto nivel de vascularización; la proximidad al lecho receptor; el bajo nivel de secuelas funcionales y el menor consumo de tiempo operatorio. Sus principales inconvenientes radican en la necesidad de complementar el procedimiento mediante la utilización de expansor y prótesis definitiva debido al volumen restringido del colgajo y en ocasiones, a la necesidad de simetrizar la mama contralateral, lo que conlleva a la necesidad de reintervención. Dado que existen otras opciones de reconstrucción mediante tejido autólogo, se revisan los resultados obtenidos en una serie personal consecutiva de reconstrucciones mamarias en pacientes sometidas a radioterapia mediante la utilización del CMDA con los siguientes.

Objetivos: Evaluar la idoneidad del procedimiento. Conocer el número de complicaciones precoces y tardías. Evaluar los refinamientos técnicos que en opinión del autor han ido mejorando los resultados. Analizar la estancia hospitalaria y número de intervenciones. Evaluar el grado de satisfacción de las pacientes.

Pacientes y métodos: Se ha realizado un estudio de cohorte prospectivo sobre los datos obtenidos entre marzo del 2004 y enero del 2006 en los periodos perioperatorios y postoperatorios con un seguimiento mínimo de 8 meses en 19 pacientes con reconstrucción mediante CMDA con colocación de expansor y prótesis en dos tiempos que habían sido sometidas previamente a radioterapia. Los casos tipo se subdividen en: Cuatro pacientes con reconstrucción inmediata. Quince en reconstrucción diferida de las que dos presentaban recidiva local en el momento de la reconstrucción. Se realiza un estudio estadístico descriptivo con las siguientes variables: a) Edad b) Número de pacientes c) Factores anatómicos: grado de viabilidad del músculo dorsal homolateral y tamaño y grado de ptosis de la mama contralateral. d) Número de intervenciones y tiempo de estancia hospitalaria e) Complicaciones precoces y tardías t) Evaluación del grado de satisfacción de la paciente desde el punto de vista estético y funcional. Se ha empleado la base Medline para obtener bibliografía.

Conclusiones: El (CMDA) se ha mostrado como un método muy seguro y satisfactorio de reconstrucción para el cirujano oncológico en pacientes con radioterapia previa. El número de complicaciones ha sido muy bajo y comparable a los datos publicados en la literatura para este procedimiento y no

superior al de otros procedimientos que utilizan colgajos de tejido autólogo. Los principales refinamientos que mejoran los resultados son dos: a) La fijación muy próxima del parche dérmico en relación al futuro surco submamario b) Elección previa del expansor en función del tamaño de la mama contralateral. El grado de satisfacción de las pacientes es muy alto. El procedimiento requiere un mínimo de dos intervenciones para obtener unos resultados finales satisfactorios.

Reconstrucción inmediata con técnica de Grisotti en el tratamiento quirúrgico conservador del cáncer de mama de localización central

Gómez Valverde, E; Hernández García, JM; Delgado Carrasco, ML; Mirón Pozo, B; Torné Poyatos, P; García Gil, JM.

Hospital Universitario de San Cecilio (Granada)

Introducción: El cáncer de mama de localización central, que puede ser tratado mediante cirugía conservadora, requiere a menudo la extirpación del complejo areola-pezones junto a un bloque de glándula hasta la fascia del pectoral mayor, de forma que el cierre conlleva un pobre resultado cosmético y funcional, que obliga, a la realización de mastectomía. Dentro de las técnicas descritas para evitar la mastectomía en estos casos, se encuentran las que emplean plastias mediante colgajos dermoglandulares o dermornusculares. La técnica de reconstrucción propuesta por A. Grisotti en 1994, basada en un colgajo dermoglandular de avance y rotación obtenido del polo inferolateral de la mama ipsilateralaxilar consigue rellenar el defecto ocasionado por la cuadrantectomía y permite realizar un tratamiento conservador oncológicamente correcto, consiguiendo un buen remodelado. Para obtener resultados satisfactorios es necesaria una adecuada selección de pacientes y el conocimiento de variables en la técnica quirúrgica. Se expone nuestra experiencia en esta técnica con los siguientes

Objetivos: Analizar los factores tumorales y anatómicos que han permitido la correcta selección de pacientes. Mostrar mediante video, los principales ítems de la técnica quirúrgica. Valorar la eficacia oncológica. Evaluar la estancia hospitalaria y tiempos operatorios.

Pacientes y métodos: Se ha realizado un estudio de cohorte retrospectivo sobre una población de 89 pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora durante el periodo comprendido entre marzo del 2004 a enero del 2006. Se han seleccionado cinco pacientes con carcinoma único de localización central sometidas a cuadrantectomía con extirpación del complejo areola-pezones y disección axilar. que se han reconstruido de forma inmediata empleando la técnica descrita por Grisotti. Se realiza un estudio estadístico descriptivo con las siguientes variables: a) Número de pacientes b) Factores anatómicos: tamaño de la mama grado de ptosis y contenido glandular. e) Factores tumorales: localización del tumor y características anatomopatológicas y biológicas d) Impacto del tratamiento adyuvante sobre los resultados finales e) Consumo de recursos teniendo en cuenta el tiempo de estancia hospitalaria y tiempos consumidos en la intervención f) Complicaciones

precoces y tardías g) Intervalo libre de enfermedad

Los items fundamentales de la técnica quirúrgica se exponen pormenorizadamente mediante un video obtenido de la experiencia personal.

Se ha empleado la base Medline para la bibliografía.

Conclusiones: Es fundamental la correcta selección de las pacientes basada en la edad, tamaño tumoral, características biológicas del tumor y características anatómicas de la mama. No ha habido complicaciones postoperatorias precoces ni tardías. Todas las pacientes están libres de enfermedad en el tiempo medio de seguimiento El resultado estético y funcional inmediato ha sido excelente. Tras la radioterapia se han obtenido resultados equivalentes a los de la cuadrantectomía de otras localizaciones. El consumo de recursos es asimilable si se evalúan el beneficio obtenido al evitar la mastectomía.

Fístula periareolar mamaria. Evolución clínica y tratamiento

Hernandez, JM; Del Olmo, CM; Garcia, E; Gómez Valverde, E; Torne, P; García Gil JM.

Hospital Clínico San Cecilio. Granada

Actualmente consideramos las fístulas periareolares mamarías como el estadio final de un síndrome inflamatorio que comienza con la dilatación patológica de los conductos galactóforos, posterior sobreinfección de estos (galactoforitis) y desarrollo de absceso submamilar. La evacuación patológica de este a través de orificio fistuloso cutáneo conlleva la formación de una fístula periareolar. La clínica derivada de la fístula periareolar es de índole infecciosa, crónica y recidivante, siendo el tratamiento quirúrgico precoz aceptado como el único curativo.

Material y métodos: Hacemos un análisis retrospectivo de 48 pacientes intervenidas con el diagnóstico de fístula Periareolar en nuestro servicio en el periodo comprendido entre enero 1998 y finales del año 2005. En tres casos no fue posible hacer una valoración adecuada de los datos. La media de edad fue de 31 años con un rango que oscilo entre 19 y 44; todas las mujeres se encontraban en estado premenopáusico. Como antecedentes personales mas destacables encontramos en el 37,9% hábito de fumar en 13,7% historia de mastitis puerperal y en un 10,3% hiperprolactinemia.

El tiempo medio transcurrido desde la aparición de los síntomas hasta el establecimiento de la fístula periareolar fue de 14 meses; el síntoma más prevalente fue el dolor mamario no cíclico (91,6%), masa subareolar (83,3%), inversión del pezón 60% y secreción o derrame 25%.

En aquellos casos en los que se hizo cultivo de la secreción por el pezón el germen aislado con mas frecuencia fue el estafilococo coagulasa negativo 23,75%, estafilococo aureus 17,2% y bacterias gram negativas (proteus mirabilis) en 13,7%. En el resto el cultivo fue negativo.

La ecografía fue la prueba más utilizada sobre todo cuando la paciente desarrollo un absceso submamario previo a la fistulectomía lo que aconteció en el 75% de los casos revisados.

El tratamiento quirúrgico realizado fue canalización del trayecto fistuloso, extirpación de la fístula y cierre por segunda intención, asociado a técnicas de eversion del pezón en aquellos

casos en que este estuviera invertido. El tiempo medio de seguimiento fue de 32 meses; un 25% desarrollo fistulas bilaterales y 8 pacientes han sufrido una recidiva del proceso siendo preciso destacar que en 4 de estas recidivas existía el antecedente de una o mas intervenciones por desarrollo de absesos subareolares previos a la fistulectomía.

Conclusiones: 1) La fístula periareolar es una enfermedad que afecta a mujeres jóvenes en estado premenopáusico. En un 25% el proceso es bilateral. 2) Antes del desarrollo de la fístula el dolor mamario no cíclico, la sensación de masa e inversión del pezón con secreción son clínica prevalente. 3) El tratamiento quirúrgico es de eficaz pero se acompaña de un porcentaje de recidivas importante (el 16% en nuestra serie), siendo las intervenciones evasivas a fistulectomía signos del mal pronóstico.

Cirugía radical con procedimientos de peritonectomía y QIIH en la carcinomatosis peritoneal ovárica (1996-2004)

Muñoz Casares, FC; Diaz Nieto, R; Ciria Bru, R; Díaz Iglesias, C; Rubio Pérez, MJ; Rufián; Peña, S.

Hospital Universitario «Reina Sofía». Córdoba

Introducción: El cáncer de ovario, la causa de muerte por cáncer ginecológico y diagnosticado frecuentemente en estadio avanzado con carcinomatosis peritoneal, representa el 70% de los procedimientos de cirugía radical-peritonectomía con quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hiperténnica (QIIH) realizados en nuestra Unidad.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo y multivariante desde enero de 1996 a diciembre de 2004 de las 33 pacientes con carcinomatosis peritoneal ovárica intervenidas en nuestra Unidad en las que se realizó cirugía citorréductora radical con procedimientos de peritonectomía y QIIH.

Resultados: En el 58% (19/33) de casos. la carcinomatosis peritoneal intervenida fue sobre cáncer ovárico primario y en el 42% (14/33) sobre cáncer ovárico recurrente. En todas las pacientes se realizó histerectomía abdominal radical + salpingo-forectomía bilateral o se completó ésta en los casos recurrentes con cirugía previa más conservadora. El procedimiento de peritonectomía fue *total* (peritonectomía de todos los cuadrantes incluida cápsula de Glisson + omentectomía mayor y menor ± colecistectomía ± esplenectomía ± apendicectomía) en 13 pacientes (39%), *extenso* (peritonectomía pélvica completa y otros cuadrantes + omentectomía mayor ± omentectomía menor ± colecistectomía ± esplenectomía ± apendicectomía) en 4 pacientes (12%) y *subtotal o infraabdomina*, peritonectomía pélvica completa + omentectomía ± apendicectomía, en 16 (49%). En 14 pacientes (42%) se realizó resección intestinal y en 11 pacientes (33%) fue realizada linfadenectomía pélvica y paraaórtica. El grado de citorreducción alcanzado fue óptimo-R0 (no residuo macroscópico) en 17 pacientes (52%), óptimo-R1 (residuo macroscópico ≤ 1cm) en 11 pacientes (33%) y subóptimo-R2 (residuo >1cm) en 5 pacientes (15%). Todas las pacientes incluidas en el estudio recibieron QIIH. El tiempo medio operatorio fue 5 horas (4-7) y la estancia postoperatoria media de 11 días (6-31). La morbilidad quirúrgica fue del

36%, requiriendo dos reintervenciones (hemoperitoneo/perforación gástrica). No hubo mortalidad postoperatoria. La supervivencia global a cinco años fue del 37% en cáncer ovárico primario y del 51 % en recurrente. aumentada hasta el 60% y 63% a cinco años, respectivamente, cuando se consiguió una citorreducción óptima RO.

Conclusiones: La cirugía radical-peritonectomía con QUIH, realizada en centros con experiencia, es un procedimiento quirúrgico con baja morbimortalidad que aumenta la supervivencia y el tiempo libre de enfermedad de aquellas pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico. El grado de citorreducción alcanzado e invasión de ganglios linfáticos fueron covariables predictivas de supervivencia

Tratamiento de las fistulas perianales complejas mediante glutaraldehido de albumina bovina (bioglue™). Resultados preliminares de un estudio prospectivo

Gómez Rosado, JC; Capitán Morales, LC; Sánchez-Matamoros, I; Valdés, J; Ortega Beviá, JM; Cantillana Martínez, J

Servicio de Cirugía General y Digestiva I. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El glutaraldehido de albúmina bovina es un pegamento biológico utilizado desde hace años en aplicaciones de cirugía torácica y cirugía vascular, fundamentalmente en la reparación de grandes vasos y sustituciones valvulares. Actualmente, y en base a la utilización de otros sellantes biológicos para el tratamiento de fistulas, se está aplicando en las mismas, y valorándose resultados preliminares.

Material y método: Tratamos 7 pacientes con fistula perianal compleja, mediante la aplicación de glutaraldehido de albumina bovina (bioglue™). Preoperatoriamente se realiza ecografía endoanal en la que se confirma la existencia de la fistula, se localiza su trayecto y se comprueba la existencia de colecciones residuales. En caso de colección se aplica un seton de drenaje, sin tensión, durante 4-6 semanas, y se administran antibióticos durante 10 días. Posteriormente se procede al sellado.

Método de sellado: Bajo anestesia locorregional, en posición ginecológica, canalizamos la fistula, procedemos a legar todo su trayecto, y se aplica el sellante, comprobando su salida por el orificio intemo y por el extemo.

Se valoró a los pacientes tras 1 semana, 1 mes y 3 meses. Se considera como criterio de curación el cierre de la fistula y la desaparición de la sintomatología.

Resultados: Hemos tratado a 6 pacientes, todos ellos varones, al menos con una fistula compleja, de origen criptoglandular. En 2 casos se trataron 2 fistulas simultáneamente. La edad media fue de 48,6 años. En la primera semana, 4 pacientes presentaron mejoría de los síntomas, pero mantenían cierta cantidad de exudado. Al mes, esos cuatro pacientes habían cerrado la fistula, cesaron los síntomas, y mantienen ese estado a los 3 meses. De los dos restantes, uno de ellos ha precisado un segundo procedimiento de sellado a los 3 meses, tras el cual ha cesado la clínica de supuración y cerrado la fistula. El paciente restante no ha accedido a un segundo sellado, y en el momento

de enviar este resumen está pendiente de cirugía. Las únicas complicaciones presentadas han consistido en discreto dolor postoperatorio en 3 casos. No han aparecido alteraciones funcionales, la integridad de los esfínteres se ha mantenido intacta en todos ellos, sin alteraciones en la continencia.

Discusión: El tratamiento de las fistulas perianales complejas tiene como objetivo fundamental la erradicación del foco séptico, pero preservando la continencia. Los tratamientos quirúrgicos consiguen cumplir la primera premisa, pero en algunos casos la tasa de afectación funcional puede convertirse en una causa clara de limitación de la técnica, sin la experiencia adecuada. El uso de sellantes biológicos para el cierre de las fistulas perianales consigue unas tasas aceptables de cierre de fistulas, sin afectación de la continencia. y sin limitar la ulterior intervención quirúrgica en caso de fracaso del sellado. Hasta el momento, se han publicado estudios aleatorizados con fibrina autóloga y heteróloga, pero no hemos encontrado en la literatura publicaciones que utilicen el glutaraldehido de albumina bovina.

Conclusiones: El tratamiento de las fistulas perianales complejas mediante sellado con glutaraldehido de albumina bovina obtiene unas tasas de resolución de la fistula aceptables, sin complicaciones. No produce alteraciones funcionales, manteniendo la integridad de los esfínteres. Además no impide la posterior realización de otros procedimientos quirúrgicos más invasivos.

Tratamiento del cáncer gástrico: análisis de nuestra serie de casos en los últimos 6 años

Flores, M; Valera, Z; Ibáñez, F; Vázquez, A; Hernández de la Torre, J; Alcántara, F.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: Desde 1983 la incidencia del cáncer gástrico se ha estabilizado, representando en la actualidad el 6º lugar de frecuencia en varones y el 5º en mujeres, pero continúa siendo una de las neoplasias digestivas más letales con un pronóstico sombrío. Nuestro objetivo es analizar el tipo de tratamiento ofertado en nuestra Unidad a los pacientes en los últimos 6 años, que presentaban un tumor gástrico, siendo excluidos los tumores de la Unión Esofagogástrica (UEG).

Material y método: Hemos realizado un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en el que analizamos a 188 pacientes diagnosticados de cáncer de estómago tratados en nuestra Unidad entre enero de 2000 y diciembre de 2005. Hemos analizado los resultados anualmente en relación con las siguientes variables: número de pacientes diagnosticados, edad media, sexo, variedad histológica, número de pacientes intervenidos con intención curativa, o mediante cirugía paliativa (gastroenteroanastomosis o yeyunostomías), pacientes no operados (prótesis endoscópica, tratamiento quimioterápico, tratamiento médico/radioterápico).

Resultados: Presentamos una tabla que resume los resultados obtenidos durante los 6 años de estudio. Se diagnosticaron 188 pacientes con tumores gástricos y en todos ellos tipo anatómopatológico fue el adenocarcinoma. La edad media es de 63

años, con una mayor incidencia en hombres, salvo en el año 2001. La localización más frecuente sigue siendo en el 1/3 inferior del estómago con un 78,1%. Al 58,52% de los pacientes se les realizó una cirugía con intención curativa, con proporciones similares a lo largo de los años estudiados. Tanto la cirugía paliativa como el tratamiento paliativo no quirúrgico también mantienen proporciones similares. Tan solo el 21,28% de los pacientes de nuestra serie recibieron un tratamiento paliativo no quirúrgico tras el diagnóstico.

Año	NºT	H	M	1/3		C.Cu	Ge	Yey	Cel	Med	Prot	Quim
				inf	sup							
2000	20	15	5	15	5	12	1	3	0	1	1	2
2001	31	14	17	23	8	17	3	4	0	4	0	3
2002	36	24	12	30	6	21	3	4	0	6	1	2
2003	30	17	13	21	9	18	3	4	1	2	2	1
2004	35	24	11	26	11	20	2	3	2	3	3	2
2005	36	22	14	31	4	20	3	4	2	2	1	4

NºT: Total de pacientes. H: hombres, M: mujeres. C. Cu: cirugía curativa. GE: gastroenteroanastomosis. Yey: yeyunostomía. Cel: Celestín. Med: tratamiento médico. Prot: Prótesis endoscópica. Quim: quimioterapia

Discusión: La sintomatología del cáncer gástrico suele ser inespecífica y de larga evolución, lo que favorece que el diagnóstico sea tardío y que presenten una supervivencia del 10% a los 5 años. En estos 6 años, la incidencia de este tipo de tumor en nuestra serie se ha mantenido constante. A diferencia de otras series publicadas, los tumores del tercio superior siguen siendo menos frecuentes con una incidencia del 21,81 %. En nuestro hospital hemos intervenido al 78,72% de los pacientes diagnosticados, pero sólo en el 58,72% del total hemos podido realizar una cirugía con intención curativa. El estadio avanzado en el momento de la cirugía hace que el pronóstico a medio y largo plazo sea todavía desalentador.

Experiencia en el tratamiento del cáncer esofágico en los últimos 6 años

Flores, M; Romero, E; Ibáñez, F; Vázquez, A; Hernández de la Torre, J; Alcántara, F.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: El cáncer de esófago es una de las neoplasias de peor pronóstico en nuestro medio: ocupa el tercer lugar de los tumores malignos del tracto gastrointestinal. Cuando aparecen los síntomas el tumor suele encontrarse en un estadio muy avanzado (50%) siendo un porcentaje escaso los pacientes que se benefician de una cirugía curativa. Nuestro objetivo es analizar el tipo de tratamiento ofertado en nuestra Unidad a los pacientes en los últimos 5 años.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo longitudinal y descriptivo en el que analizamos a 158 pacientes diagnosticados de cáncer de esófago tratados en nuestra Unidad entre enero del 2000 y diciembre del 2005. En este estudio hemos analizado los resultados anualmente en relación con las siguientes variables: número de pacientes diagnosticados, edad media, sexo, variedad histológica por sexo, número de pacientes intervenidos con intención curativa, o mediante

cirugía paliativa (prótesis. yeyunostomías o gastrostomías de alimentación), pacientes no operados (prótesis endoscópica. tratamiento oncológico. tratamiento médico/radioterápico).

Resultados: Presentamos una tabla que resume los resultados obtenidos durante los 6 años del estudio. Se diagnosticaron 158 pacientes con tumores esofágicos, predominando el tumor epidermoide (84%) frente al adenocarcinoma. La edad media es de 62 años \pm 1 año, con una mayor incidencia en hombres (86%). El 36,07% de los pacientes fueron candidatos a tratamiento quirúrgico pero sólo al 18,45% de esos pacientes se les realizó una cirugía con intención curativa.

Año	NºT	H	M	Epid	Adeno	P.Int	C.cu	Yey/g	Cel	P.no	Med	Prot	Onc
2000	27	27	0	22	5	8	0	5	3	15	5	1	9
2001	36	28	8	25	11	14	7	5	2	22	3	4	15
2002	25	23	2	21	4	8	5	2	1	17	2	3	12
2003	27	24	3	20	7	7	5	1	1	20	1	2	17
2004	20	19	1	14	6	9	5	2	2	11	2	2	7
2005	23	15	8	15	8	11	7	2	2	12	3	3	6

NºT: total de pacientes. H: hombres. M: mujeres. Epid: Epidermoide. Adeno: Adenocarcinoma P.Int: Pacientes intervenidos C. Cu: cirugía curativa. Yey/G: yeyunostomía / Gastrostomía. Cel: Celestín. P. no Int: Pacientes no intervenidos Med tratamiento médico. Prot. Prótesis endoscópica. Onc. Quimioterápica/Radioterapia.

Discusión: La cirugía curativa en el cáncer de esófago sigue siendo poco frecuente. Si bien hemos observado en nuestra serie un aumento de la proporción de pacientes que han podido beneficiarse de una cirugía potencialmente curativa al presentar un estadio menos avanzado. También observamos que este tumor sigue predominando más en varones, y que el tipo histológico más frecuente es el epidermoico aunque evidenciamos un aumento progresivo del adenocarcinoma en nuestra serie. El aumento de la supervivencia en el cáncer esofágico dependerá, por tanto, de la posibilidad de realizar una resección moral completa por lo que sólo los pacientes con neoplasias localizadas y con un riesgo aceptable podrán beneficiarse de una cirugía radical curativa

Tratamiento del cáncer de la unión esofágo-gástrica. Análisis de nuestra serie de casos en los últimos 6 años

Flores, M; Sánchez, L; Ibáñez, F; Vázquez, A; Hernández de la Torre, J; Alcántara, F.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: El objetivo de este estudio es analizar el tipo de tratamiento ofertado en nuestra unidad a los pacientes en los últimos 6 años, que presentaban un tumor de la unión esofagogastrica (UEG).

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo longitudinal y descriptivo en el que analizamos todos los cánceres de la unión esofágo-gástrica tratados en nuestro hospital en los últimos 6 años. Hemos analizado los resultados anualmente siguiendo la clasificación de Siewert. Se han estudiado las siguientes variables: número de pacientes diagnosti-

cados, edad media, sexo. número de pacientes intervenidos con intención curativa (esofagectomía transtorácica o transhiatal), o mediante cirugía paliativa (prótesis de celestín, gastroenteroanastomosis o yeyunostomías). pacientes no operados (prótesis endoscópica, tratamiento quimioterápico, tratamiento médico/radioterápico).

Resultados: Se diagnosticaron 99 pacientes con tumores de la unión gastroesofágica entre enero de 2000 y diciembre de 2005, todos ellos adenocarcinomas. 40 Siewert I (40,4%), 48 Siewert II (48,48%) Y 11 Siewert III (11,11%). El 79,79% fueron hombres frente al 20,2% de mujeres con una edad media de 69 años. La incidencia anual fue: En el año 2000: 11 pacientes; 2001: 16. En el 2002: 22 pacientes; 2003: 16p; 2004: 17 paicntes; 2005: 16

	TrasnH	TrasnT	GT	Cel	Yev	Med	Prot	Onc
Siewert I	7	18	5	4	1	1	2	2
Siewert II	7	18	4	6	2	1	7	2
Siewert III	1	1	1	5	3	0	0	0
NºT	15	37	10	15	6	2	9	4

NºT: total de pacientes. TrasnH: esofagectomía transhiatal. TrasnT: Esofagectomía transtorácica, GT: Gastrectomía total. Yev: yeyunostomía. Cel: Celestín. Med: tratamiento médico. Prot: Prótesis endoscópica. Onc: Oncología.

La localización más frecuente de estos tumores es en la propia unión esofagogastrica(Siewert II). El 62,6% de los pacientes fueron sometidos a una cirugía con intención curativa siendo la esofagogastroplastia con abordaje transtorácico la técnica más utilizada. Tan solo al 15,1% de los pacientes se les ofertó un tratamiento no quirúrgico.

Discusión: Al analizar nuestros resultados por año, observamos como no hay un aumento significativo de la incidencia de estos tumores. Los tumores con Siewert I son los que con mayor proporción se les realiza una cirugía con intención curativa (75%) debido a que se detectan de forma temprana por el estrecho seguimiento del esófago de Barrett. El aumento de pacientes candidatos a una cirugía curativa dependerá, por tanto, de la detección precoz en estadios iniciales que permitan una resección con márgenes de seguridad adecuados.

COMUNICACIONES VÍDEO

Esplenectomía polar inferior por quiste esplénico abordaje laparoscópico

Lobato Bancalero, L; Pérez Lara, FJ; Moreno Ruiz, FJ; Doblas, J; Oliva Muñoz, H.

Hospital Comarcal de Antequera.

Introducción: Los quistes esplénicos se clasifican como quistes verdaderos (no parasitarios y parasitarios) y pseudoquistes. Los quistes verdaderos primarios del bazo constituyen aproximadamente un 10% de los quistes esplénicos no parasitarios. Suelen aparecer entre la segunda y tercera década de la vida

y su diagnóstico es fundamentalmente mediante TAC. En la mayoría de los casos son asintomáticos y su diagnóstico es incidental, cuando se realiza una prueba de imagen por otra causa. Cuando los quistes son sintomáticos o superan los 8 cm, el tratamiento de elección es la esplenectomía, pudiéndose ser ésta total o parcial.

Objetivo: Mostrar que la hemiesplenectomía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico seguro y con buenos resultados.

Caso clínico: Se trata de un varón de 31 años de edad, que consulta por un cuadro de dolor esporádico a nivel de hipocostrio izquierdo de larga evolución. Mediante ecografía abdominal se demuestra la presencia de un quiste esplénico de 2 cms de diámetro máximo situado en el polo inferior del bazo. El paciente es seguido en consulta durante un periodo de dos años, a partir de los dos años el paciente presenta aumento de la sintomatología y ecografía abdominal se demuestra un crecimiento del quiste, que se confirma con TAC, presentando el quiste un tamaño de 6x5 cm. El paciente presenta serología parasitaria negativa y no existe elevación del CA 19.9. ni del CEA. Se decide la realización de una esplenectomía polar inferior por vía laparoscópica.

Conclusiones: La esplenectomía parcial es la técnica quirúrgica de elección siempre y cuando la localización y el tamaño del quiste así lo permitan. siendo además la vía laparoscópica la vía de abordaje de elección en cirujanos adecuadamente entrenados.

Reparación laparoscópica de la hernia inguinal (TAAP). Cuando la realizamos

Doblas Fernández, J; Luna Díaz, Resi; Lobato Bancalero, Luis; Perez Lara, FJ; ; Moreno Ruiz J; Hernández Carmona, J; Oliva Muñoz, Horacio.

Hospital Antequera, Antequera. Málaga

Introducción: A pesar de los numerosos estudios que comparan las dos técnicas de reparación laparoscópica de la hernia inguinal; Tansabdominal (TAAP) y preperitoneal (TEP), no existen datos suficientes que demuestren un claro beneficio de la una respecto a la otra. Existen controversias respecto a la reparación laparoscópica de la hernia inguinal.

Objetivos: Mostrar mediante este vídeo que la reparación de la hernia inguinal unilateral por laparoscopia puede estar justificada cuando hay que realizar un abordaje abdominal por otra patología

Material y métodos: Presentamos un video con dos reparaciones de hernia inguinal por laparoscopia conjuntamente a otra patología abdominal. El primero asociado a reparación de hernia laparotómica en una mujer y el segundo caso de forma conjunta se repara una hernia inguinoescrotal derecha y se realiza una colecistectomía.

Conclusión: Consideramos que la reparación laparoscópica TAAP de la hernia inguinal unilateral puede estar indicada cuando se asocia a otra patología que va a ser abordada mediante laparoscopia.

La laparoscopia aporta las ventajas de una sólo vía de abordaje de ambos procesos, comprobar integridad de la pared

abdominal y conseguir reparar hernia crurales que pueden pasar desapercibidas.

Colecistitis aguda y coledocolitiasis en mujer joven. Colecistectomía y coledocotomía urgente

Gómez Menchero, J; Gutiérrez Cafranga, E; González Ruiz; García Molina, FJ; Franco Osorio, JD; Ortegón Castellano, B; Mateo Vallejo F.

Hospital de Jerez (SAS). Servicio de Cirugía General y Digestiva

Objetivo: Presentamos un video mostrando la técnica quirúrgica laparoscópica empleada en una paciente con el diagnóstico de colecistitis aguda y coledocolitiasis. La intervención se desarrolló en el ámbito de urgencias el mismo día de su ingreso.

Caso Clínico: Mujer de 26 años que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio de 24 horas de evolución, de carácter constante y progresivo, acompañado de náuseas. No tenía fiebre y la exploración evidenciaba dolor en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. Presentaba 19.200 leucocitos y una bilirrubinemia de 1,2 mg/dl con el resto de tests hepáticos absolutamente normales.

La ecografía diagnosticó una vesícula litiásica con signos inflamatorios agudos (edema de pared), una vía biliar principal (VBP) dilatada (12 mm) con cálculos en su interior. Se decidió su intervención urgente laparoscópica (turno de tarde) planteándose la realización de una colangiografía intraoperatoria y eventual exploración de la VBP.

Técnica quirúrgica: Posición de semilitotomía y 4 accesos iniciales que posteriormente se completan con un 5°. Confirmación de la inflamación aguda vesicular y punción con evacuación parcial de su contenido (empiema). VBP dilatada. Disección del cístico y realización de una colangiografía que confirma la existencia de varios cálculos en el colédoco. Sección del cístico entre clips manteniendo la vesícula *in situ* para favorecer la tracción del hígado. Coledocotomía con tijera y extracción de 8 litiasis con maniobras de presión externas complementadas con otras de arrastre mediante catéter de embolotomía (4F) y lavado (sonda de Nelaton). Se realiza coledocoscopia con fibroscopio de 3mm distal y proximal descartándose razonablemente la existencia de litiasis residuales. Se sutura la VBP sobre un tubo en T con puntos sueltos intracorpóreos y se realiza una segunda comprobación de la VBP mediante colangiografía a través del tubo en T. Se finaliza con la extirpación de la vesícula y la colocación de un drenaje subhepático. La paciente fue dada de alta al 5º día portando el tubo de Kehr el cual se retiró a las 3 semanas tras control colangiográfico.

Comentarios: Actualmente, en nuestro Servicio de Cirugía se operan de urgencia algo más del 80% de las colecistitis agudas, la mayoría por laparoscopia. Es una técnica que emplean rutinariamente todos los equipos de guardia. Sin embargo, la exploración de la VBP por esta vía sólo ha sido utilizada de urgencia por dos cirujanos en sólo siete pacientes. Es imprescindible contar con un personal auxiliar muy cualificado no siempre disponible en todos los turnos de trabajo. Sin embargo, en nuestro Hospital hemos conseguido, no sin esfuerzo y tenaci-

dad, que el abordaje laparoscópico de urgencia sea una realidad y que intervenciones tan avanzadas como la presentada pueda plantearse en pacientes y circunstancias seleccionados.

Sigmoidectomía laparoscópica por diverticulitis

Gutiérrez Cafranga, E; Gómez Menchero, J; Montes Posada, E; García Molina, FJ; Franco Osorio, JD; Ortegón Castellano, B; Mateo Vallejo F.

Hospital de Jerez (SAS). Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Objetivo: Presentamos un video con la técnica quirúrgica laparoscópica empleada para tratar un caso complejo de diverticulitis sigmoidea.

Caso Clínico: Mujer de 38 años, obesa y con una cesárea previa. Dos episodios de diverticulitis sigmoidea con ingreso hospitalario, el último acompañado de fiebre. La TAC no encontró datos de absceso intraabdominal en ninguno de los dos episodios y respondieron bien al tratamiento médico. El enema opaco y la colonoscopia confirmaron el diagnóstico y se indicó la cirugía programada.

Técnica quirúrgica: Posición de semilitotomía con acceso perineal. La intervención se realiza en dos tiempos con distinta disposición del equipo. En el primero, sin haber valorado aún completamente el estado inflamatorio del sigma, se realiza la movilización del ángulo esplénico del colon. El cirujano trabaja entre las piernas de la paciente, el ayudante a la derecha y el monitor se sitúa en el hombro izquierdo (anti-Trendelenburg). La óptica se sitúa inmediatamente craneal al ombligo y la disección se emprende desde dos trocares de 5 mm colocados en hemiabdomen izquierdo a la altura umbilical. El ayudante separa desde otro trocar colocado en epigastrio. Movilizamos el colon descendente y se seccionan las adherencias espleno-cólicas abordando después el ligamento gastrocólico desde el colon transversal hacia el ángulo esplénico ya parcialmente descendido. Se utiliza bisturí de ultrasonidos y se continuará con el hasta el final. En un segundo tiempo se mueve el monitor hacia la pierna izquierda del paciente, el cirujano pasa a su derecha y el ayudante a la izquierda (Trendelenburg). Se colocan dos accesos más, uno de 5 mm a la derecha y ligeramente caudal al ombligo y otro de 10-12 mm medial a la espina iliaca antero-superior del mismo lado. Se seccionan adherencias epiplóicas a la pared abdominal (cesárea previa) y se inspecciona el sigma apreciándose un importante plastrón inflamatorio del que forma parte la trompa y el ovario izquierdos. Se separa el sigma de la reflexión peritoneal lateral y del anexo uterino utilizando disección cortante por la firmeza de la adhesión. Se identifica el uréter en su recorrido. A continuación se disecciona y secciona la arteria mesentérica inferior prolongando la sección de mesosigma hasta el límite de resección proximal.

Distalmente se procede de igual forma hasta disecar la unión rectosigmoidea que se secciona con endograpadora-cortadora. Estas maniobras son muy lentas y dificultosas por el importante engrosamiento de los mesos. La pieza quirúrgica se exterioriza por una laparotomía media infraumbilical de 8 cm y se completa su resección preparando el borde proximal para la anastomosis mecánica. Tras rehacer el neumoperitoneo la intervención se

finaliza con una anastomosis transanal con grapadora-cortadora circular (doble grapado). La intervención se realizó sin apenas sangrado aunque se alargó durante 240 minutos.

Comentarios: La cirugía laparoscópica electiva de la enfermedad diverticular del sigma presenta importantes dificultades técnicas por el engrosamiento de los mesos y la inflamación pélvica que frecuentemente hay. Como en la mayoría de las ocasiones es necesario descender el ángulo esplénico para poder realizar una anastomosis segura, siempre abordamos primero esta tarea. Si posteriormente tenemos que convertir habremos ahorrado muchos centímetros a la laparotomía, pues dicha movilización es el principal factor que condiciona su longitud.

Resección ileocecal laparoscópica por enfermedad de crohn

Gómez Menchero, J; Gutiérrez Cafranga, E; González Ruiz; García Molina, FJ; Franco Osorio, JD; Ortigón Castellano, B; Mateo Vallejo, F.

Hospital de Jerez. Servicio de Cirugía General y Digestiva

Objetivo: Presentamos un video con la técnica de resección ileocecal laparoscópica.

Caso Clínico: Varón de 37 años con historia de enfermedad de Crohn de 12 años de evolución. Desde hacía 4 meses presentaba cuadros recurrentes de suboclusión intestinal con numerosos ingresos hospitalarios. El estudio gastrointestinal evidenció un íleon terminal con disminución de su luz justo hasta la unión ileocecal. Aunque los episodios respondían al tratamiento con corticoides su número e intensidad eran crecientes por lo que se indicó la cirugía.

Técnica laparoscópica: Posición de semilitotomía con el monitor situado en el hombro derecho del paciente. El cirujano trabaja entre sus piernas y el ayudante se coloca a la izquierda. El. La óptica de 10 mm (0°) se introduce por un puerto inmediatamente craneal al ombligo y se completan los accesos con un trocar de 10-12 mm suprapúbico, uno de 5 mm cercano a la espina iliaca anterosuperior derecha y un 4° trocar de 5 mm entre el ombligo y el xifoides. Se inspecciona el íleon terminal comprobando los signos de afectación y se revisa el resto del intestino delgado. En posición de Trendelenburg y ligera inclinación lateral izquierda se comienza seccionando la reflexión peritoneal lateral desde el ciego y la base del mesenterio ileal (tijera con electrocauterio). Se consigue alcanzar un plano laxo avascular entre el mesocolon y el retroperitoneo muy cómodo de disecar. Se identifica el uréter y el duodeno que se separa cuidadosamente. Las imágenes ilustran lo fácil que puede ser lesionar este último órgano si no se extrema la precaución. Esta fase se completa descendiendo el ángulo hepático del colon para obtener una buena movilización de todo el colon derecho. El siguiente tiempo consiste en mantener una tracción anterior del ciego para identificar el pedículo vascular ileocecal que se disecciona y secciona con endocortadora-grapadora vascular. Finalmente, se corta el mesenterio del íleon terminal hasta la zona de intestino elegida para la sección proximal. A través de una minilaparotomía transversa en el punto de McBurney (6 cm) se exterioriza el asa integrada por el íleon terminal del ciego y el colon ascendente. La anastomosis se realiza con una gra-

padora-cortadora lineal de forma término-terminal funcional utilizando dos cargas: con el primer disparo se realiza la unión ileocólica y con el segundo disparo transversal se secciona la pieza (íleon afecto y ciego) y se cierra la anastomosis.

Comentarios: La afectación ileocecal es la forma más frecuente de enfermedad de Crohn en nuestro medio. Cuando la cirugía se hace necesaria, generalmente no es necesario realizar una resección de todo el colon derecho. Actualmente, la cirugía laparoscópica del colon puede considerarse tan segura como la convencional con las ventajas del acceso miniinvasivo (mejora cosmética, menos dolor postoperatorio, recuperación más rápida y estancia hospitalaria menor). En el contexto de la enfermedad de Crohn localizada en la región ileocecal, la resección laparoscópica debe considerarse como la primera opción para la mayoría de los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico

Cáncer de recto medio localmente avanzado. Escisión total del mesorrecto por abordaje laparoscópico, después de neoadyuvancia

Gutiérrez Cafranga, E; Gómez Menchero, J; Montes Posada, E; García Molina, FJ; Franco Osorio, JD; Ortigón Castellano, B; Mateo Vallejo F.

Hospital de Jerez (SAS). Servicio de Cirugía General y Digestiva

Objetivo: Presentamos un video en el que se muestra la técnica de resección anterior baja laparoscópica con escisión total del mesorrecto (ETM) en un paciente con cáncer de recto medio.

Caso Clínico: Paciente de 75 años de edad, con comorbilidad importante (hipertensión arterial, EPOC y cardiopatía isquémica), diagnosticado de adenocarcinoma de recto medio (8 cm) y sometido a tratamiento neoadyuvante (Quimioterapia y Radioterapia). Se interviene a las 7 semanas de haber finalizado el tratamiento radioterápico mediante abordaje laparoscópico. Técnica quirúrgica.- Posición de semilitotomía con acceso transanal preparado. El cirujano trabaja desde la derecha y el ayudante desde la izquierda. El monitor se centra en la pierna izquierda del paciente. Óptica de 0° por un trocar umbilical y 3 trocres más: 2 de 5 mm, uno a la derecha del ombligo y otro lateral izquierdo; y uno de 10-12 mm inmediatamente medial a la espina iliaca anterosuperior derecha. Se comienza seccionando el peritoneo a la altura del promontorio hacia la arteria mesentérica inferior (AMI) creando una ventana entre el arco que forma esta y el plano posterior donde se encuentra el uréter, los vasos gonadales y las raíces nerviosas simpáticas. Se disecciona y corta con endograpadora la AMI y se moviliza el colon izquierdo en su vertiente lateral. La disección del mesorrecto se inicia posteriormente entre la fascia visceral de la fascia pélvica que envuelve el mesorrecto y la fascia presacra, continuándose caudal y lateralmente hasta alcanzar la musculatura del suelo pélvico. Sólo se encuentran en este plano pequeñas ramas vasculonerviosas que se coagulan fácilmente. La disección se favorece por la difusión del neumoperitoneo. Se continúa en el plano anterior entrando entre la próstata y el recto diseccionando entre las vesículas seminales. La sección distal del recto precisa de 3 disparos de endograpadora-cortadora realizándose

con control digital transanal del ayudante y presión perineal hacia la pelvis. El recto-sigma se exterioriza por una minilaparotomía suprapúbica transversa protegida procediéndose a la sección proximal y preparación del colon para la anastomosis. Esta se realizará con la técnica de doble grapado bajo visión video-endoscópica, una vez reiniciado el neumoperitoneo. En este paciente realizamos ileostomía de protección. La intervención se completó en 180 minutos. El postoperatorio cursó sin incidencias siendo dado de alta al 6°.

Comentario: El abordaje laparoscópico para la ETM se ha mostrado en muchas publicaciones recientes como una técnica factible y segura. Mejora la visión facilitando el desarrollo adecuado de la técnica quirúrgica. Con la video-endoscopia el cirujano deja de ser el principal espectador y juez de la intervención pues todo el equipo comparte la misma visión del campo operatorio. Además, el documento gráfico (videograbación) permite ser utilizado fácilmente para mejorar la destreza quirúrgica e incluso para auditar la idoneidad de la técnica oncológica ejecutada.

Colecistitis aguda y coledocolitiasis en mujer joven. Colecistectomía y coledocotomía urgente

J. Gómez Menchero, E. Gutiérrez Cafranga, González Ruiz, F.J. García Molina, J. D. Franco Osorio, B. Ortigón Castellano, F. Mateo Vallejo.

Hospital de Jerez (SAS). Servicio de Cirugía General y Digestiva

Objetivo: Presentamos un vídeo mostrando la técnica quirúrgica laparoscópica empleada en una paciente con el diagnóstico de colecistitis aguda y coledocolitiasis. La intervención se desarrolló en el ámbito de urgencias el mismo día de su ingreso.

Caso Clínico: Mujer de 26 años que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio de 24 horas de evolución, de carácter constante y progresivo, acompañado de náuseas. No tenía fiebre y la exploración evidenciaba dolor en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. Presentaba 19.200 leucocitos y una bilirrubinemia de 1,2 mg/dl con el resto de tests hepáticos absolutamente normales. La ecografía diagnosticó una vesícula litiasica con signos inflamatorios agudos (edema de pared), una vía biliar principal (VBP) dilatada (12 mm) con cálculos en su interior. Se decidió su intervención urgente laparoscópica (turno de tarde) planteándose la realización de una colangiografía intraoperatoria y eventual exploración de la VBP.

Técnica quirúrgica: Posición de semilitotomía y 4 accesos iniciales que posteriormente se completan con un 5°. Confirmación de la inflamación aguda vesicular y punción con evacuación parcial de su contenido (empiema). VBP dilatada. Disección del cístico y realización de una colangiografía que confirma la existencia de varios cálculos en el colédoco. Sección del cístico entre clips manteniendo la vesícula *in situ* para favorecer la tracción del hígado. Coledocotomía con tijera y extracción de 8 litiasis con maniobras de presión externas complementadas con otras de arrastre mediante catéter de embolectomía (4 F) y lavado (sonda de Nelaton). Se realiza coledocoscopia con fibroscopio de 3mm distal y proximal descartándose razonable-

mente la existencia de litiasis residuales. Se sutura la VBP sobre un tubo en T con puntos sueltos intracorpóreos y se realiza una segunda comprobación de la VBP mediante colangiografía a través del tubo en T. Se finaliza con la extirpación de la vesícula y la colocación de un drenaje subhepático. La paciente fue dada de alta al 5° día portando el tubo de Kehr el cual se retiró a las 3 semanas tras control colangiográfico.

Comentarios: Actualmente, en nuestro Servicio de Cirugía se operan de urgencia algo más del 80% de las colecistitis agudas, la mayoría por laparoscopia. Es una técnica que emplean rutinariamente todos los equipos de guardia. Sin embargo, la exploración de la VBP por esta vía sólo ha sido utilizada de urgencia por dos cirujanos en sólo siete pacientes. Es imprescindible contar con un personal auxiliar muy cualificado no siempre disponible en todos los turnos de trabajo. Sin embargo, en nuestro Hospital hemos conseguido, no sin esfuerzo y tenacidad, que el abordaje laparoscópico de urgencia sea una realidad y que intervenciones tan avanzadas como la presentada pueda plantearse en pacientes y circunstancias seleccionados.

Cáncer de recto medio localmente avanzado. Escisión total del mesorrecto por abordaje laparoscópico, después de neoadyuvancia

E. Gutiérrez Cafranga, J. Gómez Menchero, E. Montes Posada, F.J. García Molina, J. D. Franco Osorio, B. Ortigón Castellano, F. Mateo Vallejo.

Hospital de Jerez (SAS). Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Objetivo: Presentamos un vídeo en el que se muestra la técnica de resección anterior baja laparoscópica con escisión total del mesorrecto (ETM) en un paciente con cáncer de recto medio.

Caso Clínico: Paciente de 75 años de edad, con comorbilidad importante (hipertensión arterial, EPOC y cardiopatía isquémica), diagnosticado de adenocarcinoma de recto medio (8 cm) y sometido a tratamiento neoadyuvante (Quimioterapia y Radioterapia). Se interviene a las 7 semanas de haber finalizado el tratamiento radioterápico mediante abordaje laparoscópico.

Técnica quirúrgica: Posición de semilitotomía con acceso transanal preparado. El cirujano trabaja desde la derecha y el ayudante desde la izquierda. El monitor se centra en la pierna izquierda del paciente. Óptica de 0° por un trocar umbilical y 3 trocres más: 2 de 5 mm, uno a la derecha del ombligo y otro lateral izquierdo; y uno de 10-12 mm inmediatamente medial a la espina iliaca anterosuperior derecha. Se comienza seccionando el peritoneo a la altura del promontorio hacia la arteria mesentérica inferior (AMI) creando una ventana entre el arco que forma esta y el plano posterior donde se encuentra el uréter, los vasos gonadales y las raíces nerviosas simpáticas. Se disea y corta con endograpadora la AMI y se moviliza el colon izquierdo en su vertiente lateral. La disección del mesorrecto se inicia posteriormente entre la fascia visceral de la fascia pélvica que envuelve el mesorrecto y la fascia presacra, continuándose caudal y lateralmente hasta alcanzar la musculatura del suelo pélvico. Sólo se encuentran en este plano pequeñas ramas vasculonerviosas que se coagulan fácilmente. La disección se favorece por la difusión del neumoperitoneo.

Se continúa en el plano anterior entrando entre la próstata y el recto disecando enfrente de las vesículas seminales. La sección distal del recto precisa de 3 disparos de endograpadora-cortadora realizándose con control digital transanal del ayudante y presión perineal hacia la pelvis. El recto-sigma se exterioriza por una minilaparotomía suprapúbica transversa protegida procediéndose a la sección proximal y preparación del colon para la anastomosis. Esta se realizará con la técnica de doble grapado bajo visión vídeo-endoscópica, una vez reiniciado el neumoperitoneo. En este paciente realizamos ileostomía de protección. La intervención se completó en 180 minutos. El postoperatorio cursó sin incidencias siendo dado de alta al 6º.

Comentario: El abordaje laparoscópico para la ETM se ha mostrado en muchas publicaciones recientes como una técnica factible y segura. Mejora la visión facilitando el desarrollo adecuado de la técnica quirúrgica. Con la video-endoscopia el cirujano deja de ser el principal espectador y juez de la intervención pues todo el equipo comparte la misma visión del campo operatorio. Además, el documento gráfico (videograba-ción) permite ser utilizado fácilmente para mejorar la destreza quirúrgica e incluso para auditar la idoneidad de la técnica oncológica ejecutada.

Eventroplastia múltiple laparoscópica

F.J. García Molina, J.D. Franco Osorio, B. Ortegón Castellano, F.J. Gil Quirós, M. González Ruiz, E. Garduño Marcos, F.J. Mateo Vallejo.

Hospital de Jerez (SAS). Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Presentamos un vídeo con la técnica utilizada en un caso complejo de hernia ventral múltiple.

Caso Clínico: Mujer de 49 años intervenida por apendicitis aguda perforada (incisión de McBurney) y reintervenida por absceso intraabdominal (incisión media). Posteriormente sufrió una eventración periumbilical que fue tratada con la colocación de una placa de polipropileno supraaoneurótica. En la actualidad se nos presenta con una tumoración abdominal izquierda baja y otra en la antigua incisión de McBurney. La exploración evidenció sendas hernias abdominales, la izquierda tipificada como de Spiegel y la derecha como una eventración. Además, la línea media mostraba debilidad, aunque la exploración no reflejaba datos claros de recidiva herniaria. Se solicitó una TAC que confirmó este diagnóstico mostrando, además, imágenes de un cierto “despegamiento” de la prótesis utilizada en la eventroplastia previa.

Intervención quirúrgica: Paciente en decúbito supino con ambos miembros superiores unidos al cuerpo y cirujano y ayudante colocados a su izquierda. Abordaje con cuatro trocres y óptica de 30º. Neumoperitoneo abierto en reborde subcostal izquierdo línea medioclavicular (trocar de 10 mm), flanco izquierdo línea axilar anterior (trocar de 10 mm), suprapúbico ligeramente escorado a la izquierda (trocar de 5 mm) y en abdomen superior derecho, entre la línea media y la línea medioclavicular (trocar de 5 mm). Se comienza seccionando las adherencias de varias asas intestinales a la pared abdominal y valorando la situación: hernia de Spiegel

izquierda de unos 5 cm de diámetro, eventración derecha baja de 10 cm y una tercera periumbilical de 8 cm (recidiva) en la que se apreciaba la placa de la reparación anterior despegada de los bordes del anillo herniario. Primero se repara la eventración de la incisión de apendicectomía, seguimos con la hernia de Spiegel y por último reparamos la eventración anterior. El método fue similar en las tres: placa Gore-Tex® *Dual Mesh Plus* marcada en sus cuatro puntos cardinales en los que hemos fijado antes de su introducción unos puntos de sutura del mismo material. Estos puntos se exteriorizan con un pasador de suturas y sirven para izar la placa y presentarla sobre el defecto de la pared. A continuación se fija con ágrafes helicoidales (ProTack®) y anudado los dos extremos de las suturas en el subcutáneo a través de unas pequeñas incisiones cutáneas. La placa de la eventración anterior quedó lateralmente solapada con las otras dos.

El postoperatorio transcurrió sin incidentes y la paciente fue dada de alta la paciente al 7º día. A la semana presentó dolor abdominal intenso evidenciándose mediante TAC sendos seromas de pared sobre las zonas reparadas. La evolución fue favorable con tratamiento conservador desapareciendo completamente los seromas al mes. A los 12 meses de la intervención y encontrándose previamente bien, tuvo que ser reintervenida de urgencia por estrangulación de un asa intestinal al retraerse la placa de la reparación central.

Comentarios: El abordaje laparoscópico de las eventraciones aporta dos ventajas fundamentales sobre el convencional que quedan muy bien ilustradas en el vídeo presentado: proporciona una visión óptima de los defectos de la pared abdominal y evita la incisión sobre la hernia. Aunque la fijación exclusivamente interna con ágrafes helicoidales se ha mostrado adecuada creemos que en la mayoría de los casos es conveniente completarla con suturas externas. A pesar de todo persisten varios problemas sin resolver. Uno es la formación de seromas y otro la retracción de la prótesis.

Cáncer de recto medio-inferior. Resección anterior baja laparoscópica

J. Gómez Menchero, E. Gutiérrez Cafranga, E. Montes Posada, C. Medina Achirica, J.D. Franco Osorio, M. González Ruiz, F.J. García Molina, B. Ortegón Castellano, C. Gutiérrez de la Peña, F.J. Gil Quirós, F.J. Mateo Vallejo.

Hospital S.A.S. de Jerez de la Frontera. Cádiz

Introducción: El abordaje laparoscópico del Cáncer colorrectal es factible y cumple criterios oncológicos de resección. La técnica realizada debe reproducir los gestos quirúrgicos realizados en el abordaje convencional.

Objetivo: Presentar un Vídeo en el que se muestran diferentes casos de resección anterior baja en pacientes con cáncer de recto inferior o medio, después de neoadyuvancia, centrándose en las secuencias donde se realiza la sección del recto y la anastomosis colorrectal intraperitoneal.

Pacientes y métodos: Se muestran las secuencias videoendoscópicas donde se realiza la sección del recto y posterior anastomosis colorrectal. Generalmente se precisan más de 2

disparos de la EndoGía que se realizan con el control endoanal digital de un 2º cirujano, que a la vez presiona el periné hacia la pelvis. De esta forma precisamos y aseguramos, por un lado una distancia mínima del borde tumoral al borde de resección y por otro lado se intenta aumentar el margen distal de resección. A continuación se comprueba la estanquidad de la sutura del muñón rectal. Posteriormente se realiza una minilaparotomía, tipo Pfannestield o vertical suprapúbica, protegiéndose la incisión con un steridrape circular, por la que se extrae el extremo proximal del rectosigma. Se practica la sección extraperitoneal proximal de la lesión con márgenes de seguridad y se prepara el extremo proximal para la anastomosis colorrectal. Esta se realiza una vez reiniciado en neumoperitoneo con la CEEA y control videoendoscópico. Se comprueba la estanquidad de la anastomosis y la integridad de los donnuts de resección. La realización de una ileostomía de seguridad no es sistemática quedando a criterio del cirujano.

Comentario: El abordaje laparoscópico permite un control visual magnificado de todos los gestos quirúrgicos que se desarrollan en la resección anterior baja y no solo es el cirujano el que domina la evolución de los acontecimientos sino que es todo el equipo quirúrgico el que participa en el desarrollo de estos.

Cáncer de recto medio-inferior con gran masa tumoral. Utilidad del abordaje laparoscópico en la ETM

J.D. Franco Osorio, M. González Ruiz, F.J. García Molina, E. Montes Posada, E. Gutiérrez Cafranga, J. Gómez Menchero, C. Medina Achirica, B. Ortegón Castellano, F.J. Mateo Vallejo

Hospital S.A.S. de Jerez de la Frontera. Cádiz

Introducción: Después de 11 años de experiencia en el tratamiento quirúrgico del paciente con cáncer de colorrectal (CCR) por abordaje laparoscópico, seguimos pensando que los criterios de exclusión para esta técnica de abordaje incluyen, aquellos pacientes con gran masa tumoral, o con tumor exteriorizado, o que presenten infiltración extensa de órganos adyacentes y aquellos que debutan complicados con oclusión o perforación. No obstante, algunas veces continúa siendo un reto técnico para el abordaje convencional, aquellos casos de cáncer de recto (CR) medio o inferior, con pelvis estrecha y gran masa tumoral.

Objetivo: Presentar un Vídeo en el que se muestra la técnica de ETM por abordaje laparoscópico, en un paciente con CR y gran masa tumoral, sometido a radioterapia + quimioterapia neoadyuvante.

Paciente y método: Paciente de 58 años sometido a tratamiento neoadyuvante por gran masa tumoral de recto medio distal (a 7-8 cm. del margen anal), estadificado como T₃-N₁-M₀ según Resonancia Nuclear Magnética (RNM) preneoadyuvante, apreciándose en la RNM posterior, fenómenos de necrosis y fibrosis, sobre todo a nivel del mesorrecto posterior-derecho, no habiéndose modificado apenas el volumen de la masa, aunque sí destaca un aumento importante del grosor de la pared

vesical y de la pared del manguito de recto inferior distal a la tumoración. Dependiendo de los hallazgos operatorios, planteamos realizar resección anterior versus Hartmann distal por abordaje laparoscópico, 7 semanas después de haber finalizado el tratamiento radioterápico.

En relación a la técnica laparoscópica que se utilizó, no difiere de la realizada por nosotros de forma habitual, destacando en este caso la dificultad de la disección del mesorrecto posterior derecho encontrándose fuertemente fijado a la fascia presacra por fenómenos de fibrosis. Una biopsia intraoperatoria descartó infiltración tumoral a este nivel. También encontramos dificultad en la sección instrumental con EndoGía del recto, ya que presentaba engrosamiento de la pared por edema y fenómenos actínicos, convirtiéndose (laparotomía infraumbilical) y completándose la sección del recto que igualmente fue muy dificultosa por la pelvis estrecha y la gran masa del recto, no permitiendo la utilización de ninguna cortadora instrumental convencional, teniéndose que suturar a mano el muñón rectal.

Comentario: En hombres con cáncer de recto medio o inferior y gran masa tumoral, puede haber mucha dificultad al realizar la ETM de forma convencional. En este sentido, el abordaje laparoscópico en pacientes seleccionados y siempre después de tratamiento neoadyuvante, puede conseguir una disección completa del mesorrecto con criterios oncológicos, independientemente de que se tenga que realizar conversión a laparotomía posteriormente.

Gastroenteroanastomosis antecólica paliativa por neoplasia pancreática irresecable.

E. Gutiérrez Cafranga, J. Gómez Menchero, F.J. García Molina, F.J. Mateo Vallejo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Jerez (SAS).

Caso Clínico: Mujer de 73 años con cardiopatía isquémica que presenta ictericia marcada de piel y mucosas y vómitos alimenticios. Se diagnostica de neoplasia periampular irresecable con obstrucción biliar y duodenal. Por vía transparietohepática se le coloca una prótesis endobiliar con éxito y para solucionar la obstrucción digestiva se planteó un agastroenteroanastomosis laparoscópica.

Intervención: Posición de semilitotomía con el cirujano entre las piernas y el ayudante a la derecha. Un trocar umbilical para la óptica y otros 3 de trabajo (subxifoideo, en hipocondrio derecho e izquierdo). Se sube un asa de yeyuno antecólica, se fija a la cara anterior gástrica con un punto de sutura intracorpóreo y se procede a la realización de una anastomosis con endograpadora-cortadora lineal tras abrir con electrocoagulación el estómago y el yeyuno. El cierre marginal también se realiza de forma mecánica. El postoperatorio transcurrió sin incidentes y la paciente pudo marcharse a su casa tolerando la dieta oral.

Comentarios: Este tipo de derivación paliativa se realiza de forma fácil y aporta importantes ventajas para estos pacientes ya de por sí muy deteriorados.

Reintervención precoz por estenosis esofágica tras funduplicatura de Nissen

F. J. García Molina, J.D. Franco Osorio, C. Medina Achirica, J. Gómez Menchero, E. Gutiérrez Cafranga, F.J. Mateo Vallejo

Servicio de Cirugía General. Hospital de Jerez (SAS)

Objetivo: Se presenta un vídeo mostrando los detalles más destacados de una reintervención laparoscópica tras cirugía antirreflujo.

Caso clínico: Mujer de 30 años intervenida por reflujo gastroesofágico (floppy Nissen laparoscópico). La tolerancia oral a las 24 horas de la intervención fue imposible presentando expulsión inmediata de los líquidos ingeridos e importante sensación disfágica. A las 48 horas se le realizó un estudio esofágico con contraste apreciándose un stop total en el esófago distal sin. Se decidió su reintervención laparoscópica urgente a las 72 horas de la primera cirugía.

Intervención: Acceso por los puertos previos sin dificultad. Se localiza la funduplicatura y se desmontan los puntos que la forman apreciándose como el último de ellos (4 en total) es la causa de la estenosis cardial. Este punto fue el primero que se ejecutó y quedó "enterrado" por los siguientes que provocaron la presión excesiva sobre el cardias estenosándolo. Se rehizo la funduplicatura con dos puntos intracorpóreos (EndoStich®) comprobándose la holgura. A las 24 horas se un nuevo estudio con contraste mostró un paso adecuado a estómago. La reintervención se realizó en 45 minutos.

Comentarios: Un reducido número de pacientes sometidos a cirugía antirreflujo experimentan disfgia que perdura más de 2-3 meses. Más infrecuente aún es la disfgia aguda que se suele presentar en los primeros 10 días y que en muchas ocasiones requiere reintervenir al paciente. El caso presentado es un ejemplo de un error técnico que puede evitarse fácilmente.

Resección ileocecal laparoscópica por enfermedad de Crohn

J. Gómez Menchero, E. Gutiérrez Cafranga, M. González Ruiz, García Molina F.J. J. D. Franco Osorio, B. Ortigón Castellano, F. Mateo Vallejo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Jerez.

Objetivo: Presentamos un vídeo con la técnica de resección ileocecal laparoscópica.

Caso Clínico: Varón de 37 años con historia de enfermedad de Crohn de 12 años de evolución. Desde hacía 4 meses presentaba cuadros recurrentes de suboclusión intestinal con numerosos ingresos hospitalarios. El estudio gastrointestinal evidenció un íleon terminal con disminución de su luz justo hasta la unión ileocecal. Aunque los episodios respondían al tratamiento con corticoides su número e intensidad eran crecientes por lo que se indicó la cirugía.

Técnica laparoscópica: Posición de semilitotomía con el monitor situado en el hombro derecho del paciente. El cirujano trabaja entre sus piernas y el ayudante se coloca a la izquierda. El. La óptica de 10 mm (0°) se introduce por un

puerto inmediatamente craneal al ombligo y se completan los accesos con un trocar de 10-12 mm suprapúbico, uno de 5 mm cercano a la espina iliaca anterosuperior derecha y un 4° trocar de 5 mm entre el ombligo y el xifoides. Se inspecciona el íleon terminal comprobando los signos de afectación y se revisa el resto del intestino delgado. En posición de Trendelenburg y ligera inclinación lateral izquierda se comienza seccionando la reflexión peritoneal lateral desde el ciego y la base del mesenterio ileal (tijera con electrocauterio). Se consigue alcanzar un plano laxo avascular entre el mesocolon y el retroperitoneo muy cómodo de disecar. Se identifica el uréter y el duodeno que se separa cuidadosamente. Las imágenes ilustran lo fácil que puede ser lesionar este último órgano si no se extrema la precaución. Esta fase se completa descendiendo el ángulo hepático del colon para obtener una buena movilización de todo el colon derecho. El siguiente tiempo consiste en mantener una tracción anterior del ciego para identificar el pedículo vascular ileocecal que se disecciona y secciona con endocortadora-grapadora vascular. Finalmente, se corta el mesenterio del íleon terminal hasta la zona de intestino elegida para la sección proximal. A través de una minilaparotomía transversa en el punto de McBurney (6 cm) se exterioriza el asa integrada por el íleon terminal el ciego y el colon ascendente. La anastomosis se realiza con una grapadora-cortadora lineal de forma término-terminal funcional utilizando dos cargas: con el primer disparo se realiza la unión ileocólica y con el segundo disparo transversal se secciona la pieza (íleon afecto y ciego) y se cierra la anastomosis.

Comentarios: La afectación ileocecal es la forma más frecuente de enfermedad de Crohn en nuestro medio. Cuando la cirugía se hace necesaria, generalmente no es necesario realizar una resección de todo el colon derecho. Actualmente, la cirugía laparoscópica del colon puede considerarse tan segura como la convencional con las ventajas del acceso miniinvasivo (mejora cosmética, menos dolor postoperatorio, recuperación más rápida y estancia hospitalaria menor). En el contexto de la enfermedad de Crohn localizada en la región ileocecal, la resección laparoscópica debe considerarse como la primera opción para la mayoría de los pacientes que requieren tratamiento quirúrgico

Sigmoidectomía laparoscópica por diverticulitis

E. Gutiérrez Cafranga, J. Gómez Menchero, E. Montes Posada, F.J. García Molina, J.D. Franco Osorio, B. Ortigón Castellano, F. Mateo Vallejo

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Jerez (SAS).

Objetivo: Presentamos un vídeo con la técnica quirúrgica laparoscópica empleada para tratar un caso complejo de diverticulitis sigmoidea.

Caso Clínico: Mujer de 38 años, obesa y con una cesárea previa. Dos episodios de diverticulitis sigmoidea con ingreso hospitalario, el último acompañado de fiebre. La TAC no encontró datos de absceso intraabdominal en ninguno de los dos episodios y respondieron bien al tratamiento médico. El enema

opaco y la colonoscopia confirmaron el diagnóstico y se indicó la cirugía programada.

Técnica quirúrgica: Posición de semilitotomía con acceso perineal. La intervención se realiza en dos tiempos con distinta disposición del equipo. En el primero, sin haber valorado aún completamente el estado inflamatorio del sigma, se realiza la movilización del ángulo esplénico del colon. El cirujano trabaja entre las piernas de la paciente, el ayudante a la derecha y el monitor se sitúa en el hombro izquierdo (anti-Trendelenburg). La óptica se sitúa inmediatamente craneal al ombligo y la disección se emprende desde dos trocares de 5 mm colocados en hemiabdomen izquierdo a la altura umbilical. El ayudante separa desde otro trocar colocado en epigastrio. Movilizamos el colon descendente y se seccionan las adherencias espleno-cólicas abordando después el ligamento gastrocólico desde el colon transversal distal hacia el ángulo esplénico ya parcialmente descendido. Se utiliza bisturí de ultrasonidos y se continuará con el hasta el final. En un segundo tiempo se mueve el monitor hacia la pierna izquierda del paciente, el cirujano pasa a su derecha y el ayudante a la izquierda (Trendelenburg). Se colocan dos accesos más, uno de 5 mm a la derecha y ligeramente caudal al ombligo y otro de 10-12 mm medial a la espina iliaca anterosuperior del mismo lado. Se seccionan adherencias epiplóicas a la pared abdominal (cesárea previa) y se inspecciona el sigma apreciándose un importante plastrón inflamatorio del que forma parte la trompa y el ovario izquierdos. Se separa el sigma de la reflexión peritoneal lateral y del anexo uterino utilizando disección cortante por la firmeza de la adhesión. Se identifica el uréter en su recorrido. A continuación se disecciona y secciona la arteria mesentérica inferior prolongando la sección de mesosigma hasta el límite de resección proximal. Distalmente se procede de igual forma hasta disecar la unión rectosigmoidea que se secciona con endograpadora-cortadora. Estas maniobras son muy lentas y dificultosas por el importante engrosamiento de los mesos. La pieza quirúrgica se exterioriza por una laparotomía media infraumbilical de 8 cm y se completa su resección preparando el borde proximal para la anastomosis mecánica. Tras rehacer el neumoperitoneo la intervención se finaliza con una anastomosis transanal con grapadora-cortadora circular (doble grapado). La intervención se realizó sin apenas sangrado aunque se alargó durante 240 minutos.

Comentarios: La cirugía laparoscópica electiva de la enfermedad diverticular del sigma presenta importantes dificultades técnicas por el engrosamiento de los mesos y la inflamación pélvica que frecuentemente hay. Como en la mayoría de las ocasiones es necesario descender el ángulo esplénico para poder realizar una anastomosis segura, siempre abordamos primero esta tarea. Si posteriormente tenemos que convertir habremos ahorrado muchos centímetros a la laparotomía, pues dicha movilización es el principal factor que condiciona su longitud.

COMUNICACIONES PÓSTERES

El producto asistencial en la unidad de gestión clínica de cirugía general de un Hospital Comarcal

Resola García, A; Olea Cano, E; Díaz Oller, J; Ortega Beviá, JM^{*}; Flores Arcas, R; Asanza Llorente, JA; Vázquez Medina, L; Moreno Montesinos, JM; Jurado Herrero, G.

*Hospital San Agustín. Servicio de Cirugía. Linares. *Hospital Univ. Virgen Macarena. Servicio de Cirugía, Sevilla*

Objetivos: Comunicar los resultados asistenciales mediante el modelo de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), en un Servicio de Cirugía General de un Hospital Comarcal.

Material y Método: El *material* son los 16.636 y 17.137 pacientes asistidos por los siete cirujanos del Servicio de Cirugía/UGC del Hospital San Agustín, en Linares (Jaén), durante los bienios 2000-2001 y 2002-2003, sin y con UGC respectivamente. **Método:** se ha realizado un estudio retrospectivo, de,criptivo, comparativo, de unidades muestrales, de coste-efectividad, de todos los pacientes citados, mediante variables asistenciales.

Resultados: Han disminuido los ingresos totales en un 4,2% a expensas de los programados (-10,3%), así como las estancias totales (-7,8%), produciéndose un ahorro en estancias por la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), del 331,1%. Ha aumentado el total de intervenciones en un 10,7%, debido fundamentalmente a la CMA (341%). La estancia media ha disminuido un 2,24%. El índice de sustitución del GRD 162 ha aumentado un 562,04%. El índice de utilización de quirófanos ha aumentado un 15,8 %, el total de consultas un 1,63% y la primeras consultas el 4,35%.

Conclusiones: Desde la constitución de la UGC hemos mejorado la totalidad de los parámetros asistenciales del Servicio.

La docencia/investigación en la unidad de gestión clínica de cirugía general de un hospital comarcal

Olea Cano, E; Resola García, A; Díaz Oller, J; Ortega Beviá, JM^{*}; Vázquez Medina, L; Díaz Urbaneja, JL^{*}; Arcos Navarro, A; Medina Dominguez, M^aT

*Hospital San Agustín, Servicio de Cirugía, Linares. *Hospital Univ. Virgen de la Macarena. Servicio de Cirugía, Sevilla. **Facultad de Informática. Sevilla.*

Objetivos: Exponer los resultados en cuanto a docencia/investigación mediante el modelo de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), en un Servicio de Cirugía General de un Hospital Comarcal.

Material y Método: El *material* lo constituye las actividades docentes y de formación/investigación de los siete cirujanos

del Servicio durante el bienio 2000-2001 y 2002-2003, sin y con UGC respectivamente, analizando el número de cursos de formación externa, interna, comunicaciones científicas, trabajos publicados y ponencias. En cuanto al método, se trata de un estudio retrospectivo, comparativo y descriptivo entre los bienios mencionados.

Resultados: Los cursos de formación externa a los que asistieron 105 Cirujanos del Servicio, se redujeron de 22 en el primer bienio, a 15 en el segundo (-31,82%). Los cursos de formación interna pasaron de 3 en el primer bienio a 8 en el segundo (+166,6%). Las comunicaciones científicas a congresos y reuniones aumentaron de 18 en el primer periodo, a 28 en el segundo (+55,55%). Los trabajos publicados se redujeron de 5 en el primero a 2 en el segundo (-60%). Las ponencias en cursos, congresos y reuniones se mantuvieron estables en ambos periodos (seis en ambos).

Conclusiones: Desde la constitución de la UGC se ha advertido una disminución en las publicaciones científicas y las actividades de formación externa, compensado en parte por el aumento de actividades de formación interna y comunicaciones a congresos, en aras de una mayor dedicación asistencial.

Resultados económicos en la unidad de gestión clínica de cirugía general de un hospital comarcal

Resola García, A; Olea Cano, E; Díaz Oller, J; Ortega Beviá, JM^{*}; Arcos Navarro, A; Medina Domínguez, M^aT; Vázquez Medina, L; Quesada Peinado; Torre Martín, MI.

*Hospital San Agustín. Servicio de Cirugía. Linares. *Hospital Univ. Virgen Macarena. Servicio de Cirugía, Sevilla*

Objetivos: Manifestar los resultados económicos obtenidos mediante el modelo de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), en un Servicio de Cirugía General de un Hospital Comarcal.

Material y método: El material son los 16.636 y 17.137 pacientes asistidos por los siete cirujanos del Servicio de Cirugía/UGC del Hospital San Agustín en Linares (Jaén) durante los bienios 2000-2001 y 2002-2003, sin y con UGC respectivamente. Método: se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, de unidades muestrales, de coste-efectividad, de todos los pacientes citados, mediante variables económicas.

Resultados: El gasto total ha aumentado un 4,2%, especialmente por el capítulo I (5,7%) y capítulo II en farmacia (13%), disminuyendo en capítulo II fungibles (-6,4%) y prótesis (-35,9%), con un ahorro del gasto global en capítulo II (-1,47%). Disminuyó el gasto global por ingreso + Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) (-7,4%). Y considerando el gasto en farmacia por ingreso + CMA solo aumentó el 0,81. El gasto en fungibles por ingreso + CMA disminuyó (-16,56%), así como el gasto en prótesis por ingreso + CMA (-42,81 %), consiguiéndose un ahorro en gasto por CMA del 387,5%.

Conclusiones: Desde la constitución de la UGC hemos mejorado la casi totalidad de los números económicos del Servicio.

La calidad / eficiencia en la unidad de gestión clínica de Cirugía General de un Hospital Comarcal

Olea Cano, E; Resola García, A; Díaz Oller, J; Ortega Beviá, JM^{*}; Moreno Montesinos, JM; Martos Torres, J; Flores Arcas, R; Asanza Llorente, JA; García Ortiz, JM^a.

*Hospital San Agustín. Servicio de Cirugía, Linares. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Servicio de Cirugía, Sevilla*

Objetivos: Describir los resultados en cuanto a calidad e eficiencia mediante el modelo de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), en un Servicio de Cirugía General de un Hospital Comarcal.

Material y método: El material son los 16.636 y 17.137 pacientes asistidos por los siete cirujanos del Servicio de Cirugía/UGC del Hospital San Agustín, en Linares (Jaén), durante los bienios 2000-2001 / y 2002-2003, sin y con UGC respectivamente. Método, se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, de unidades muestrales, de coste-efectividad, de todos 105 pacientes citados, mediante variables de calidad / eficiencia.

Resultados: El case-Mix descendió levemente (-1,47%). El porcentaje de reingresos aumentó del 0,49 al 1,31% (167,3%). El índice de intervenciones suspendidas descendió (-27,8%), así como el de infecciones nosocomiales (-8,3%). También descendió el número de pacientes en lista de espera (-30,9%), y la media de días de lista espera (-22,4%). El total de altas codificadas se mantuvo invariable en el 100%. La satisfacción global del usuario experimentó un aumento del 9,3%

Conclusiones: Desde la constitución de la UGC hemos mejorado casi todos los parámetros de calidad / eficiencia del Servicio.

Liposarcoma inguinal gigante

Del Olmo Rivas, C; Rodríguez Morillas, D; García Abril, E; López Cantarero, M; Romera López, AL; García Gil, JM.

Hospital Clínico San Cecilio. Granada

Introducción: Los sarcomas de tejidos blandos representan el 1 % de cáncer en adultos, siendo el de mayor prevalencia el liposarcoma. Su localización más frecuente es en extremidades (50%) y abdomen. No se ha identificado agente causal específico. Mayor incidencia en adultos entre 5ª y 6ª década. Según su comportamiento biológico se pueden dividir: De bajo grado. Bien diferenciado y mixoide, con crecimiento lento y pronóstico favorable. De alto grado. Células redondas y pleomorfo, con crecimiento rápido. recidiva local y metástasis hematogénas.

Los liposarcomas retroperitoneales dan clínica por desplazamiento de órganos abdominales. Por su comunicación entre retroperitoneo y región inguinal siguiendo cordón espermático o masas musculares, pueden simular hernias inguinales o tumores en región inguinal con expansión a raíz del muslo.

Caso clínico: Varón 40 años obeso, fumador, sin antecedentes familiares de interés, acude a consulta de cirugía por

crecimiento de tumoración inguinal de 10 años de evolución. Refiere dolor lumbar y escrotal de meses de evolución, lo cual motiva su consulta. Se solicita TAC. Tumoración de inicio en fascia de sartorio con extensión a tercio medio de muslo derecho. Se decide tratamiento quirúrgico con alta sospecha de sarcoma, encontrando tumoración de 20*12 cm de origen en raíz del psoas iliaco, no adherida, siguiendo su trayecto entre fibras musculares del mismo, cruzando debajo de arco inguinal desplazando medianamente el paquete vasculonervioso femoral. Se realiza extirpación completa del tumor. Postoperatorio favorable a excepción de linfoma que requiere tratamiento con rehabilitación. Anatomía patológica liposarcoma bien diferenciado GI pt2b. Tratamiento adyuvante: radioterapia. Periodo libre de enfermedad: 3 años

Conclusiones: Los liposarcomas abdominales son tumores de crecimiento lento con clínica por desplazamiento de órganos. La extensión a región inguinal es rara, planteando en ocasiones diagnóstico diferencial con hernias inguinales. El tratamiento de elección es quirúrgico, intentando su extirpación en bloque. El tratamiento adyuvante es de elección en liposarcomas de extremidades mayores de 5 cm., su uso en localizaciones abdominales es controvertido. Siendo necesario en resecciones incompletas. La supervivencia es del 60%. Siendo necesarios estudios trimestrales de extensión durante 2 años.

Neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico

M. J. Cabrerizo Fernández, C. González Puga, A. I. Rueda López, B. Pérez Cabrera, J. García Rubio, J. M. García Gil

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: La presencia de aire en la cavidad abdominal sugiere, en la mayoría de los casos, una lesión abdominal grave y por lo tanto la necesidad de tratamiento quirúrgico urgente. Sin embargo a veces el neumoperitoneo no se asocia a perforación de víscera hueca, ya que está en el contexto de otras enfermedades que evolucionan satisfactoriamente sin necesidad de cirugía, se le da el nombre de Neumoperitoneo Espontáneo No Quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 81 años con antecedentes personales de EPOC, trombosis venosa bilateral, tromboembolismo pulmonar de repetición, hipertensión pulmonar e insuficiencia renal crónica leve. Ingresa en el Servicio de Medicina Interna por IAM sin elevación del ST.

La TAC torácica informa de fibroenfisema bulloso. Al mes del ingreso se avisa al Servicio de Cirugía General al aparecer neumoperitoneo en radiografía PA de tórax, comprobamos que esta imagen ya existía en placas realizadas 8 días antes a nuestra consulta.

El paciente presenta buen estado general, está apirético, sin dolor, sin náuseas ni vómitos, sin alteraciones del hábito intestinal y con buena tolerancia oral. La exploración abdominal es normal, no hay dolor a la palpación superficial ni profunda, no existen signos de irritación peritoneal y los ruidos intestinales están conservados. Por todo ello y por la patología respiratoria asociada, pensamos en neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico y decidimos una actitud conservadora.

gico y decidimos una actitud conservadora.

Discusiones: Para algunos autores (Mularski et al.) el neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico se cifra en al menos un 10% de los casos.

Están descritas diferentes causas, la clasificación de Gannet las divide en:

—Respiratorias: Enfisema bulloso, ventilación mecánica, masaje cardíaco, neumonía, asma...

—Abdominales: Neumatosis quística intestinal, infecciones por clostridium...

—Ginecológicas: Salpingoofortis por gérmenes productores de gas, ejercicios postparto, postcoital...

Cada uno de ellos con mecanismos patogénicos conocidos y que explicaremos.

La clínica es variable, oscila desde el paciente totalmente asintomático, al que refiere cuadro de dolor y distensión abdominal. Nos puede orientar la coexistencia de algún tipo de etiología junto con la ausencia de irritación peritoneal y ritmo intestinal conservado.

La importancia del diagnóstico radica en que la actitud terapéutica es conservadora, lo que implica a su vez un seguimiento exhaustivo del paciente en días posteriores.

En algunos casos, como politraumatizados con disminución neurológica y ventilación mecánica, llegar al diagnóstico puede resultar muy difícil por lo que tras realizar diversos estudios como ecografía, TAC, lavado peritoneal, pruebas digestivas con contraste..., la laparoscopia o la laparotomía exploradora se utilizarían como último recurso.

En nuestro caso el buen estado general del paciente, la patología respiratoria asociada y el hallazgo del neumoperitoneo de forma casual junto con la comprobación de que ya existía 8 días antes de que nos avisaran, nos dieron la pista para pensar en dicho cuadro y así tomar una actitud conservadora.

Ileon perforado y fistulizado a piel contenido en gran hernia umbilical incarcerada

Suárez-Grau, JM; Sacristán, C; Sánchez, L; Martín C; Dominguez, D; Molina, D; García, J; Talión, L; Martín Cartes, JA; Gollonet, JL; Docobo, F.

H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Introducción: Presentamos el caso de una paciente que consulta de urgencias por gran hernia umbilical incarcerada recidivada de dos intervenciones previas, en la primera realizándose hernioplastia con polipropileno y en la segunda con PTFE, recidivando ambas al año aproximadamente de su realización respectivamente. Acudió a urgencia por supuración y trastornos tróficos en la piel periumbilical. Comprobamos a la exploración que el la supuración provenía del contenido herniario. Realizamos intervención quirúrgica urgente, en la cual encontramos ileon perforado y fistulizado hacia la piel, todo contenido en la propia hernia recidivada incarcerada. Igual de extraña que resulta la implicación del ileon en la complicación de dicha hernia, resulta también la falta de alteración del tránsito intestinal.

Intervención quirúrgica: Hallazgos: Hernia multisacular postlaparotómica con ileon distal perforado. Gestos: Resección y anastomosis de ileon latero-lateral; y Friedrich de los bordes de planos musculares, realizando posteriormente herniorrafia suturando los bordes músculoaponeuróticos, según técnica de Quenu. Análisis anatomopatológico: Descripción Macroscópica: Pieza de resección de intestino delgado que mide 20 cm. de longitud. La serosa muestra placas de fibrina adheridas. También se identifican dos soluciones de continuidad, la mayor de ellas mide 2 cm. de dimensión principal, los bordes son anfractuados y con fibrina adherida. A la apertura de la pieza se identifica una pared intestinal, rígida, con el tejido adiposo firmemente adherido a esta, la mucosa tiene aspecto empedrado con áreas ulceradas. Diagnóstico: Ileitis isquémica, ulcerada, con necrosis transmural y perforación reciente.

Curso Clínico: La situación postoperatoria de la paciente fue muy grave, precisando ingreso en cuidados intensivos con shock séptico, del cual se recuperó tras una semana de terapia intensiva. Actualmente presenta una pared abdominal continente y no hay recidiva, estando asintomática y siendo revisada en consulta externas de cirugía sin precisar ningún otro tipo de tratamiento.

Discusión: A pesar de encontrarnos en plena era de la cirugía protésica herniaria, cuando nos enfrentamos a un defecto rebelde que ha requerido ya más de dos intervenciones con las dos principales clases de mallas, dispuestas en distintos planos, la reconstrucción debe orientarse de una forma más fisiológica y rescatar intervenciones que usan incluso colgajos musculares para crear una nueva pared abdominal continente. Así pues podemos realizar una herniorrafia con material irreabsorbible, o reabsorbible de larga duración, tipo Quenu o Gibson, usando los rectos anteriores para la reconstrucción abdominal, o tipo Welti-Eudel, utilizando colgajos de la vaina de los músculos rectos anteriores. La hernia abdominal multisacular de gran diámetro suele incluir tanto intestino delgado como grueso, pero es escasa la responsabilidad del ileon como perforación y fistulización al exterior. Generalmente podemos encontrarnos hernias con contenido intestinal inflamatorio como apéndice cecal en fase de apendicitis aguda, o colon afecto de adenocarcinoma, capaz de fistulizar y crear múltiples abscesos intraperitoneales por sus áreas parcelares necróticas. Consideramos que lo más lógico con respecto al cuadro que presentaba la paciente: una incarceration parcial del contenido herniario (como si de una hernia de Richter se tratara) de larga duración capaz de isquemizar, necrosar y provocar una fístula desde la porción de ileon herniado hasta la piel, ya que no debemos olvidar que la paciente no refiere alteración del hábito intestinal, por lo que no ha acontecido obstrucción intestinal en ningún momento sintomatología propia de la misma, con estreñimiento, ausencia de emisión de gases o vómitos fecaloideos. El motivo de consulta únicamente era una alteración cutánea que identificaba como un absceso del tejido celular subcutáneo. El manejo postoperatorio de este tipo de patología suele ser dificultoso, y de mal pronóstico, sobre todo por la afectación renal, ya que suelen mantener una acidosis metabólica de larga duración con un desbalance electrolítico difícil de corregir. Además el propio cuadro de shock séptico que suelen desarrollar suele ser el causante de la muerte del paciente.

Tumor carcinoide apendicular, hallazgo tras apendicectomía

Jurado, R; Torres, C; Brox, A; Gomez Rubio, D.

Hospital Universitario de Valme. Sevilla

Introducción: A pesar de su bala incidencia, los tumores carcinoides son los tumores endocrinos del aparato digestivo más frecuentes. El diagnóstico del tumor carcinoide apendicular preoperatorio es muy raro, diagnosticándose hasta un 20% de manera incidental en las piezas apendicectomía. La mayoría de los pacientes presentan sintomatología apendicular aguda o dolor en fosa iliaca derecha, con o sin masa palpable, siendo intervenidos de forma urgente por sospecha de apendicitis aguda.

Material y Métodos: Desde 1995 hasta Enero del 2005, han sido intervenidos 8 pacientes por sospecha de apendicitis aguda, en los cuales la anatomía patológica informó de tumor carcinoide apendicular:

Hombres: 3 (37.5%).

Mujeres: 5 (62.2%).

Edad media: 30,6 años (12-61 años)

De los 8 pacientes, 5 se trataron sólo mediante apendicectomía, pues fueron tumores menores de 2 centímetros, localizados en la punta, sin invasión vascular ni neural. A 3 pacientes (37.5%) se les realizó posteriormente hemicolectomía derecha. La anatomía patológica de uno de ellos informó de tumor de 1.2 cm. con invasión vascular y perineural. Otro informó de tumor de 2 cm. localizado en la base, que infiltraba el mesoapéndice y otro de tLimor de 1,8 cm. con células en anillo de sello.

Discusión: Los tumores carcinoides intestinales son responsables del síndrome carcinoide, sólo si presentan metástasis hepática o ganglionares masivas. La prueba fundamental para el cribaje del síndrome es la determinación del ácido 5-hidroxi-indolacético en orina (AHIA), que es diagnóstica si supera los 25-30 mg/24h. La cirugía es el tratamiento de elección, por lo que está indicada en todos los tumores en estadios precoces.

El tipo de intervención depende del área anatómica de localización, grado de invasión local y presencia de metástasis hepáticas o a distancia. Los carcinoides apendiculares menores de 1 cm., se tratan correctamente mediante apendicectomía, así como los menores de 2 cm. en niños.

Los tumores mayores de 2 cm., afectación de la base, invasión subserosa del mesoapéndice, linfática, neural, o patrón histológico de mucinoso, serán tratados mediante hemicolectomía derecha y linfadenectomía regional.

Agnesia de vesícula biliar como hallazgo intraoperatorio

García Rubio, J; González Puga, C; Rodríguez Morillas, D; Pérez Cabrera, B; Navarro Freire, F; Delgado Carrasco, ML.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo (Prof. Dr. García Gil). Hospital Universitario San Cecilio de Granada

Introducción: Presentamos tres casos de agenesia de vesícula biliar de nuestro servicio como hallazgo intraoperatorio.

Casos Clínicos: 1) Mujer de 28 años con clínica de dolor abdominal en hipocondrio derecho y ecografía que aprecia vesícula litiásica escleroatrófica. Intraoperatoriamente no se aprecia ni vesícula biliar ni conducto cístico, confirmándose mediante colangiografía que muestra vía biliar dilatada sin cálculos. Postoperatorio sin síntomas. 2) Mujer de 50 años con clínica de dolor abdominal epigástrico, discreto aumento e transaminasas y ecografía que informa de vesícula litiásica escleroatrófica. Intervenida por vía laparoscópica no se encuentra vesícula biliar. Se reinterviene a los 10 días por peritonitis biliar por lesión inadvertida de la vía biliar. 3) Mujer de 57 años con clínica de dolor epigástrico e hipocondrio derecho y ecografía que ve vesícula escleroatrófica litiásica y vía biliar dilatada. En la operación no se encuentra vesícula lo que se confirma por colangiografía intraoperatoria. Postoperatorio sin síntomas.

Discusión: La agenesia de vesícula biliar se ha observado en adultos y niños. Su prevalencia oscila entre el 0,007-0,13%, con igual proporción entre mujeres y hombres, aunque en los casos detectados quirúrgicamente se ha apreciado una preponderancia femenina (3 a 1). Se produce por una alteración en el desarrollo embrionario en la 3ª semana de gestación.

Clínicamente se distinguen tres grupos: a) asintomáticos (35%); b) con síntomas (25%) entre los que destacan: dolor en hipocondrio derecho (66%), intolerancia a las grasas (37%), ictericia (35%) dispepsia (30%); c) niños con otras malformaciones (4%). En el grupo b) se ha apreciado en el 25-50% de los pacientes dilatación de la vía biliar posiblemente en relación con disquinesia biliar por elevación de la presión en el esfínter de Oddi. El diagnóstico es casi siempre intraoperatorio. La ecografía, con una sensibilidad del 95% para detectar coledocistitis, en el caso de agenesia, los tejidos periportales son confundidos con una vesícula contraída o escleroatrófica. La colangiografía sí puede complementar la ecografía. Durante el acto quirúrgico es necesario demostrar la agenesia de la vesícula con la realización de una colangiografía o una ecografía intraoperatoria. El cirujano debe explorar todas las posibles localizaciones aberrantes de la vesícula (intrahepática, en el lado izquierdo, retroduodenal, retropancreática, tras el ligamento falciforme). Si la intervención se realiza por vía laparoscópica existe un riesgo de iatrogénica al intentar disecar las estructuras portales y se recomienda reconvertir a laparotomía. Si la colangiografía es normal, no es necesario realizar más actos quirúrgicos, ya que habitualmente estos pacientes permanecen asintomáticos explicándose este hecho por la lisis de adherencias periportales y al hipocondrio derecho durante la cirugía.

Neumoperitoneo en politraumatismo sin perforación de víscera hueca

Asanza Llorente, JA; Quesada Peinado, MC; Moreno Montesinos, J; Jurado Herrero, G; Flores Arcas, R; Arcos Navarro, A; Medina Domínguez, MT; Díaz Oller, J.

Hospital San Agustín de Linares

Introducción: Gracias a la mejora de las pruebas de imagen se

observa una tendencia creciente en el manejo conservador del traumatismo abdominal. El TAC se ha convertido en la prueba más rentable para el estudio del paciente estable con traumatismo abdominal cerrado, pero su exactitud disminuye en el diagnóstico de víscera hueca perforada. Se presenta un caso de neumoperitoneo en paciente politraumatizado sin hallazgo de perforación.

Caso clínico: Paciente varón de 37 años, que tras sufrir accidente de tráfico ingresa estable hemodinámicamente y se realiza TAC en el que se objetivan signos de contusión pulmonar, líquido en hemitórax izquierdo, pequeña imagen de neumoperitoneo, infiltración de grasa mesentérica adyacente a colon ascendente y parte del transversal, pequeña rotura del lóbulo hepático derecho sin líquido libre en cantidad apreciable, diástasis de articulación sacroilíaca derecha con fractura lineal de rama isquiopubiana izquierda y de apófisis transversas de L1 y L2. El paciente es intervenido evidenciándose un moderado hemoperitoneo pero sin objetivarse perforación de víscera hueca. Se realiza hemostasia de un pequeño desgarro hepático en borde anterior del LO y de varios desgarros de mesos. Se drena hemotórax izquierdo de unos 800 cc con tubo de tórax.

Discusión: El traumatismo torácico puede ocasionar rotura alveolar y paso de aire al espacio intersticial y de ahí al mediastino según el llamado efecto Macklin. Por esta vía o a través del diafragma puede pasar a retroperitoneo y cavidad abdominal, según sugieren otras publicaciones al respecto, dando una imagen radiológica de neumoperitoneo. Esto puede haber sido lo sucedido en nuestro caso, en el que podría haberse realizado tratamiento conservador. Se discute la fiabilidad del TAC y el manejo posible de la sospecha de perforación por traumatismo torácico y/o abdominal cerrado.

Conclusión: El neumoperitoneo como hallazgo radiológico en el TAC de un paciente estable con traumatismo torácico y abdominal cerrado, no es indicación quirúrgica por sí mismo. La existencia de otros datos radiológicos, la punción-lavado peritoneal y, sobre todo, la evolución clínica, son fundamentales.

Absceso hepático secundario a perforación gástrica por cuerpo extraño

Valera, Z; Bernal, C; Molina, D; Sousa, JM; Covacho, D; Galindo, G.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Los cuerpos extraños ingeridos son causa infrecuente de perforación gástrica, cuando ésta ocurre el tratamiento es quirúrgico. El absceso hepático secundario a perforación de estómago por cuerpos extraños ha sido descrito en la literatura y ocurre esporádicamente, generalmente como causa directa del propio cuerpo extraño que penetra directamente en el hígado. Presentamos un caso de absceso hepático secundario a la perforación gástrica por cuerpo extraño ingerido con lesión del ligamento redondo y posterior diseminación a hígado.

Caso clínico: Mujer de 56 años que presenta dolor abdominal epigástrico, se acompaña de náuseas, vómitos y fiebre de 15 días de evolución sin otra sintomatología acompañante. El

abdomen es globulosos, doloroso en epigastio a la palpación, con defensa, sin signos de irritación peritoneal, no se aprecian masas ni hepatomegalia. En el hemograma se aprecia anemia y leucocitosis. Los test de función hepática son normales excepto la fosfatasa alcalina. La ecografía y el TAC de abdomen con contraste confirman la presencia de gran absceso del lóbulo hepático izquierdo multiloculado de 10 cm. en segmento II IV que parece que se origina de curvatura menor gástrica, con una imagen metálica compatible con aguja situada en el trayecto entre la pared gástrica, el ligamento falciforme, y el absceso con burbujas aéreas y colecciones que sugieren que el origen del absceso hepático es una perforación gástrica. Se inicia tratamiento antibiótico, y se realiza intervención quirúrgica donde se aprecia plastrón inflamatorio en zona subhepática izquierda y ligamento redondo. Con cara anterior gástrica adherida al lóbulo hepático izquierdo, en la separación se aprecia absceso con cuerpo extraño de unos 3 cm. enclavado en pared anterior gástrica y el orificio de 1 cm de perforación. Del absceso intrahepático se drenan 100 cc de líquido purulento colocando drenaje en el mismo. Se realiza limpieza de cavidad con suero salino y cierre de la perforación gástrica con epiploplastia. La anatomía patológica confirma que se trataba de fragmento de hueso en vías de necrosis y en los cultivos se aísla un *Streptococcus constellatu*.

Discusión: La perforación gastrointestinal por cuerpos extraños ingeridos es rara, la incidencia de éstos es menor del 1%, en la mayoría de los casos se trata de trozos de dientes, agujas de coser, placas dentarias y huesos de pescado o pollo. La presentación clásica del absceso hepático cursa con fiebre y dolor abdominal, la ictericia se presenta en un pequeño porcentaje de pacientes y puede debutar como un cuadro de colangitis. La mayoría de los pacientes tiene síntomas inespecíficos. La migración del cuerpo extraño suele ser silenciosa durante mucho tiempo y descubrirse sólo si aparece infección o formación de absceso. El grado de sospecha clínica deber ser alto para poder diagnosticar el cuadro, sobre todo en ausencia de síntomas específicos. Aunque el lugar de penetración no se puede comprobar en la mayoría de los casos, la localización de la perforación en los casos de abscesos hepáticos secundarios a la misma generalmente se observa en el estómago o duodeno, y el cuerpo extraño se aloja frecuentemente en el lóbulo izquierdo del hígado. El diagnóstico por radiología convencional no suele ser habitual debido a los signos inespecíficos siendo de gran ayuda la realización de una ecografía y un TAC abdominal como ocurrió con nuestra paciente. El *streptococcus constellatus* se encuentra en la boca de individuos sanos, si éste germen crece en el pus del absceso, como en nuestro caso, confirma que el cuerpo extraño ha sido ingerido. El tratamiento de elección en estos casos es quirúrgico, debe realizarse una laparotomía exploradora para drenar el absceso hepático e intentar recuperar el cuerpo extraño.

Rectorragia coincidiendo con la menstruación en paciente con endometriosis de sigmoide

Molina García, D; Valera Sánchez, Z; Lozano, JM; Talió Aguilar, L; Ferrari, L; Daza, A.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

La endometriosis es una enfermedad que tiene una prevalencia de 15% entre las mujeres en edad fértil, de ellas un 5% van a presentar compromiso extragenital, de las cuales entre un 5-34% tienen afectación intestinal y de estos 71% compromete al rectosigmoide. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, diarrea y constipación progresiva. En cuanto a las pruebas diagnósticas en pacientes con sospecha de esta enfermedad, la resonancia magnética y la ecografía endoscópica son las pruebas de elección, ya que nos permite evidenciar si existe o no infiltración de la pared intestinal. Este hecho es de suma relevancia, ya que si existe infiltración de la pared intestinal esta indicado realizar resección intestinal, si por el contrario solo existiese afectación superficial sin afectación de la pared intestinal estaría indicado realizar exéresis de las lesiones sin resección intestinal.

A continuación presentamos un caso de endometriosis intestinal que se presenta con rectorragia y estreñimiento periódico coincidiendo con la menstruación una forma poco frecuente de manifestación de esta enfermedad. que sin embargo debe hacer alertar al clínico en cuanto al diagnóstico diferencial.

Resultados del tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal con técnica de doble malla .Resultados de 9 años

Docobo, F; Mena, J; Sánchez, L; Sacristán, C; Martín, C; Suárez, JM; Tamayo, MJ; Guzmán, A.

Unidad Gestión Clínica CMA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La hernia inguinal presenta una elevada incidencia en nuestro medio. El tratamiento quirúrgico con material protésico conlleva por lo general a su curación, en escaso número se presentan recidivas o morbilidad asociada al dolor crónico. El objeto del estudio es presentar la experiencia del tratamiento de la hernia inguinal mediante un procedimiento estandarizado por un equipo con especial dedicación a la patología herniaria en régimen de cirugía ambulatoria y con implicación en la formación a postgraduados.

Material y métodos: En el periodo 1997-2005 fueron intervenidas de forma ambulatoria en nuestra Unidad 5450 hernias inguinales. En los últimos 7 años se ha estandarizado el tratamiento con anestesia local más sedación consciente y la colocación de una malla de doble capa (en espacio preperitoneal y en el canal inguinal!) fijada con un máximo de 4 puntos a ligamento inguinal, arco aponeurotico del oblicuo menor y espina del pubis. Se incluyeron hernias inguinales primarias y recidivadas, con criterios ASA I-II-III, que asuman el protocolo de ambulatorización quirúrgica.

El grupo de estudio esta formado por 1840 hernias. Se estableció profilaxis antibiótica o antitrombótica cuando existía patología asociada. Se realizó valoración por criterios CMA, a mes de la intervención y a los 3 meses. Con la posibilidad de control posterior si existiese motivo de consulta.

Resultados: Las 1840 hernias correspondían a 147 mujeres (8%) y a 1693 varones (92%). Edad media de 56 años.

Rango 18-82. Se clasificaron según Tipos de Gilbert en: I-15 (0.81%), II-49 (2.66%), III-736 (40%), IV-939 (51.3) y V-101 (5.48%). Hernias primarias 1692 (91.95%); Hernias recidivadas 148 (8.04%). Anestesia: Local mas sedación 1793 (97.4%); loco-regional 45 (2.49%); general 2 (0.1 %). Tamaños mallas: Normal: 376 (20.43%); Grande: 801 (43.53%); Extragrande: 663 (36.03). Cirujanos: Plantilla: 838 (45.45%). Residentes: 1002 (54.45%). Alta Unidad: 1748 (95%) CMA; 81 (4.4%) 23 horas; 11 (0.59%) > 24 horas. Reingresos: 10 (0.5%) 7 hematomas (0.3%), Infección herida operatoria 3 (0.2%). Control 3 meses-7 años: 1830 (99.4%) Curación sin secuelas; 6 (0.3%) Curación con secuelas «dolor crónico», Recidiva herniaria 4 (0.2%)

Conclusiones: Tras 7 años de experiencia con el procedimiento de hernioplastia en doble capa con anestesia local mas sedación en régimen de cirugía ambulatoria en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal primaria y recidivada se han objetivado resultados muy favorables tanto en la escasa presencia de recidivas como de dolor crónico posterior. Su realización por residentes mantiene los mismos resultados.

La cirugía ambulatoria como alternativa a la hospitalización en la colecistectomía laparoscópica resultados de 9 años

Docobo, F; Sánchez, L; Martín, C; Mena, M; Suarez, JM; Sacristán, C; Tamayo, MJ; Vázquez, JM.

Unidad Gestión Clínica CMA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección en el tratamiento de la colecistitis crónica litiasica sintomática. La posibilidad de realizarse en régimen de cirugía ambulatoria se ha intentado en diversos países con variables resultados. El objetivo es valorar los resultados de un programa de colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio a los 9 años de su inicio.

Material y Métodos: Durante el período Enero 1997 y Diciembre de 2005 fueron intervenidos 750 enfermos por colecistitis crónica litiasica. 703 (93.7%) fueron controlados por un periodo mínimo de 3 meses. Se incluyeron todos los enfermos con litiasis biliar sintomática sin evidencia clinica, analítica o ecográfica de coledocolitiasis o de graves enfermedades asociadas, y que cumplieran los criterios de ambulatorización. Las intervenciones fueron realizadas por un equipo entrenado incluyendo residentes de segundo año. Se estableció antibioterapia ante factores de riesgo o perforación vesícula. Profilaxis antitrombótica si riesgo añadido. Visita para preparación y firma de consentimientos para el programa, cirugía a primera hora de la mañana desde el 30 año del programa (excepto los 2 primeros años por la tarde) y controles postoperatorios al teléfono en el postoperatorio inmediato, a la semana y al mes.

Resultados: Se incluyen los de 703 enfermos de la serie .La edad media de la serie fue de 48 años, con un rango de 23-75 años. 626 (89%) eran mujeres y 77 (11%) varones.

El riesgo anestésico se clasificó según ASA en: I: 139 (19.7%); II: 454 (64.5%); III: 110 (15.6%). Posición europea en todos los casos. Colocación de 4 trócares en 111 (15.7%) y

3 trócares en los otros 592 (84.3%), índice de conversión: 38 casos (5.4%). Causas de conversión: Dificultad de identificar estructuras 22 (3.04%). Adherencias 10 (1.22%). Hemorragia 7 (0.87%). Complicaciones intraoperatorias que no obligaron a conversión: Perforación vesícula biliar 17 (2.09%) y sangrado controlado 3 (0.37%).

Alta postoperatoria: Primeros 5 años serie: CMA 4 (1.3%) - 23 horas 302 (98.7%). Últimos 4 años serie: CMA 305 (76.8%) - 23 horas 92 (23.1 %), índice sustitución total: 43.8. Complicaciones postoperatorias: Dolor abdominal 4 (0.5%), Coleperitoneo 2 (0.25%) por lesión via biliar principal. Reingresos: 4 (0.5%) Dolor abdominal. Reintervenciones: 2 (0.25%) Reconstrucción vía biliar sobre tubo en «t».Mortalidad: O Seguimiento (3 meses): 672 (97.03%) Asintomáticos 21 (2.97%) Sintomáticos: Dolor HD 13 (1.61%);Dolor epigástrico 5 (0.62%); Colección subhepática 2 (0.25%); Cálculo VBP 1 (0.12%).

Conclusiones: Desde la introducción del procedimiento se han aumentado las altas en CMA. Los resultados a largo plazo avalan la eficiencia de la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio.

Evisceración: incidencia y bases para su prevención. Analisis de una serie de 61 casos

Martín, C; Sanchez, L; Docobo, F; Suárez, JM; Sacristán, C; Legupin, D; Tamayo, MJ; Vázquez, JM.

Unidad Gestión Clínica CMA. Hospital Universitario Virgen del Roda. Sevilla

Introducción: La evisceración es un grave problema postoperatorio que incrementa la morbimortalidad de cualquier intervención. Conocer la incidencia actual e identificar los factores de riesgo que pueden favorecer su presentación. Revisar las técnicas de cierre laparotómico para mejorar resultados y proponer medidas que limiten su presentación.

Material y metodos: Se incluyen 61 enfermos eviscerados de un total de 48351aparotomías realizadas en un período de 3 años en un Hospital de 3 nivel.

Se valoran criterios epidemiológicos en relación con la edad, género, patología asociada, intervención quirúrgica realizada (urgente-electiva), tipo de incisión, características del cierre (mono o multifilamento) (Continua-discontinua) (Absorbible-No absorbible), Suturas de retención, colocación de mallas. Tratamiento: Revisión herida y órganos eviscerados. Limpieza. Planificación del cierre (Sutura o nllala). Complicaciones. Morbimortalidad.

Resultados: Edad media 63 años. Rango 18-90. Género: 31 Mujeres (50.8%), 30 Varones (49.2%). Diagnóstico: Salida visceral 61(100%), Abultamiento herida 26 (42.4%), Perdida liquido herida 49(80.3%), Dolor agudo 32 (52.4%).

Factores de riesgo: EPOC 14 (22.9%), H. Tabáquico 24 (39.3%), Obstrucción intestinal 10 (16.3%), Diabetes 16 (26.2%), Neoplasias 24 (39.3%), otras 8 (13.1%). Asociación de 2 factores en un 57.3%. Tipo de incisión: Supraumbilical6 (9.8%), Infraumbilical6 (9.8%), Suprainfraumbilical 32 (52.4%), Subcostal 5 (8.15%), Subcostal bilateral 5 (8.15%),

Otras 7 (11.4%). Longitud incisión: >10 cm 43 (70.49%), < 10 cm 18 (29.51%). Momento cirugía: 31 urgente (50.8%), electiva 30 (49.2%). Tipo de cierre: Continua 49 (80.32%) Entrecortada 12 (19.66%); Monoplano 26 (42.62%); Multiplano 35 (57.3%); Reabsorbible 44 (72.12%) No absorbible 17(28.86%); Monofilar 45 (73.7%) Multifilar 16 (26.2%); Sutura de retención 14 (22.94%); Sin sutura de retención 47 (77.04%). Intervenciones: Cierre con sutura 53 (86.88%): Monoplano 43 (70.49%) (Absorbible prolongado 30(49.18%) (No absorbible 13.21.31 %). 2 Planos 10 (16.39%) (Absorbible prolongado 4.6.55%) (No absorbible 6-9.83%).

Cierre con mallas: 8 (13.11%); 6 intraabdominales (9.85%) 4 PTFEe (6.55%) 2 Composite (3.27%); 2 Retromusculares (2.37%) (2 PPL- 2.37%).

Seguimiento: Curación sin secuelas 48 (78.68%) con secuelas 5 (8.21%) (4 sinus 6.55%-1 infección 1.66%). Complicaciones graves 8 (13.11 %) Infección intraabdominal 4-6.55%, fistula entérica 1.1.66%, TEP 1-1.66%, insuficiencias sistémicas 2-3.27%. Mortalidad 8 (13.11%) (FMO 69.83%) (IRA 2-3.27%)

Conclusiones: La evisceración presenta una incidencia infrecuente pero esta gravada con una elevada morbimortalidad. Se debe prevenir su presentación mediante un adecuado planteamiento del cierre laparotómico. Su tratamiento implica cirugía sin demora y cierre primario o colocación de material protésico según las características de cada enfermo.

Eventracciones complicadas. Serie de 51 enfermos

Sánchez, L; Martín, C; Docobo, F; Sacristan, C; Suárez, JM; Tamayo, MJ; Mena, J; Vazquez, JM.

Unidad Gestión Clínica CMA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La eventración es una de las complicaciones habituales de la laparotomía. Su presencia puede condicionar una importante morbi-mortalidad. Se pretende valorar las características de una serie de enfermos que presentaron complicaciones derivadas de la presencia de una eventración.

Material y metodos: De un total de 590 eventraciones intervenidas en un periodo de 3 años en un Hospital de 3º nivel, 51 de ellas (8.64%) fueron intervenidas de urgencia por presentar complicaciones agudas. Se analizan las características de la serie en cuanto a edad, género, riesgo anestésico, tipo de anestésico, tratamiento quirúrgico (cierre primario-colocación material protésico), procedimientos asociados. Estancia hospitalaria. Curaciones. Complicaciones. Recidivas. Morbimortalidad.

Resultados: 31 eran mujeres (60.7%) y 20 varones (39.3%), la edad media de la serie fue de 57.3 años. El riesgo anestésico se distribuyó según ASA en: I-6 (11.76%); II-7 (13.72%); III-22 (43.13%); IV-16 (31.37%).

Tipo de anestesia: 40 general (78.6%): 39 balanceada y 1 TIVA, 6 raquídea (11.76%); 5 local mas sedación (9.8%).

Tratamiento: Cierre primario 10 (19.6%) (5 Sutura absorbible-5 Sutura irreabsorbible) (3 Monoplano-7 Multiplano). Hernioplastia con malla; 41 (80.39%) Tipo de material protésico: PTFEe 5 (12.19%), Dualmesh 1 (2.43%), PPL 41

(85.36%). Situación prótesis: suprafascial 31 (75.6%), retro-muscular 4 (9.75%), intraperitoneal 6 (14.63%).

Técnicas asociadas: 13 (Resección intestinal 9; plastia intestinal 2; liberación adherencias 2; colostomias temporales 3.

Estancia media: 17 días. Rango 2-21 días. Complicaciones 27 (57.94%) (Infección herida 7, ileo prolongado 10, dolor abdominal B, FMO 5.

Recidivas 3 (5.88%); Mortalidad 2 (3.9%)

Conclusiones: La eventración es una complicación frecuente del cierre laparotómico. Su resolución es quirúrgica que debe realizarse sin demora. En ocasiones se presentan complicaciones agudas que requieren un tratamiento urgente para evitar un aumento de la morbimortalidad.

Glomangioma en pie derecho cara interna sub-maleolar

Suárez Grau, JM; Guzmán, A; Docobo, F; Mena, J; Sacristán C; Sánchez, L; Martín C; Suárez, G; Tamayo, MJ; Pineda. JA.

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. H. Duque del Infantado. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El tumor glómico es un tumor raro que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, de preferencia en las extremidades, con predilección por el sexo femenino. El tumor glómico, considerado la forma clínica solitaria de los glomangiomas puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, siendo más frecuente su presentación acral y con predilección por la región subungueal.

Caso clínico: En cuanto a la historia actual el paciente refiere una tumoración del tamaño de una lenteja la cual no produce dolor alguno, aunque un intenso prurito nocturno, desde hace dos años aproximadamente. La tumoración fue aumentando de tamaño, pero se mantuvo asintomática durante esos dos años. El paciente desestima la intervención en varias ocasiones. En el último mes aparece dolor en la zona de la tumoración, en forma de calambre con irradiación hacia la rodilla y a veces a la cadera, sin ocasionarle limitación en su vida diaria. A la exploración se trata de una tumoración dura, no de carácter pétreo, redondeada, no adherida a planos profundos, adquiriendo un color violáceo, fácilmente accesible de cara a intervención quirúrgica. Se realiza intervención quirúrgica de forma programada con anestesia local, en la cual identificamos al pasar la piel una masa abigarrada no capsulada, con forma de mórula o de racimo, muy vascularizada y sangrante durante la exéresis y no adherida a planos profundos, la cual se puede extirpar macroscópicamente en su totalidad. La pieza quirúrgica se envía a Anatomía Patológica que informa en la descripción macroscópica de fragmento irregular de tejido fibroadiposo de 35 mm que al corte muestra áreas firmes, amarillentas. Llegando al diagnóstico final de glomangioma que alcanza los bordes de resección. A los cinco días de la extirpación y dado que paciente no permaneció en reposo, sino caminando, y a la fragilidad de la piel, la herida se abrió, curando posteriormente por segunda intención.

Discusión: El tumor glómico es una lesión benigna infre-

cuenta de incidencia y prevalencia desconocida en nuestro medio, con características clínicas e histopatológicas distintivas. Los glomangiomas, también llamados malformaciones venosas glómicas, son lesiones vasculares cutáneas benignas caracterizadas por las formaciones de canales venosos de luz irregular, rodeados de células cuboides, de aspecto epiteloide, denominadas células glómicas, siendo ésta su característica patognomónica. Hay descritas tres variantes: el tumor solitario, múltiple nodular y tipo placa o multifocal. La sintomatología más frecuente es el dolor y la presentación clínica más frecuente son pápulas o nódulos color azul o púrpura, usualmente menor a 1 cm, localizados más comúnmente en áreas acrales. La malignidad del tumor es muy rara. No existe un tratamiento específico. La mayoría de las lesiones pueden ser extirpadas quirúrgicamente.

Conclusión: Se trata de un caso excepcional, poco frecuente y de diagnóstico inesperado. Revisando la literatura no hay otros casos parecidos, con similar localización y sobre todo tamaño, ya que siempre suelen ser de escaso milímetros. Este tipo de tumor puede ser tratado por supuesto en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria, y seguimiento en consultas, manteniendo siempre que la recidiva es la principal complicación y es bastante frecuente en esta tumoración si no se han alcanzado totalmente sus márgenes. La reintervención es la solución a esta complicación y si es necesario habría que ampliar la resección y realizar injertos cutáneos para cubrir el defecto.

Hernia incisional del puerto de acceso de reparación de eventración por vía laparoscópica

Díaz Roldán J; Torres Recio, J; Kaddouri, S; Romero Fernández, JM; Amaya Cortijo, A; Reig Pérez, M; López López, Y; Robles de la Rosa, JA; Alba Mesa, F.

Centro: Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. Hospital San Juan de Dios .Bormujos.Sevilla

Introducción: El abordaje laparoscópico de las hernias ventrales está cada vez más extendido. La mayoría de las complicaciones derivadas de la técnica se agrupan en lesiones viscerales, seromas, sangrado e incluso alguna recidivas. Existen pocas referencias a la aparición de hernias a través del orificio del trocar utilizado para la reparación. Presentamos un caso con resultado de obstrucción intestinal.

Caso clínico: Paciente de 48 años con antecedentes de obesidad, insuficiencia venosa crónica y diabetes mellitus, intervenida en otro centro de hernia de hiato por vía laparotómica dos años antes. Presenta eventración de toda la laparotomía media supraumbilical con anillo de 14 cm de eje mayor. Se intervino de forma programada por vía laparoscópica. Para el acceso se utilizó un trocar Hasson en HI y dos trócares de 5 mm en vacío y FII. Tras la liberación de adherencias e identificación del anillo se colocó un malla de PTFE sobrepasando 4 cm cada borde. La fijación se realizó con puntos cardinales transparietales de PTFE y doble corona de tackers. Se cerró el puerto de entrada del trocar de Hasson con puntos sueltos de Safyl. El postoperatorio cursó sin incidencias destacables siendo dada de alta a las 24 horas de la intervención. Se revisó en consultas

externas a la semana y al mes de la intervención destacando dolor moderado principalmente en relación con la zona de los puntos transparietales. La paciente acude a urgencias 3 meses después de la intervención por aparición de masa en flanco izdo de varios días de evolución con empeoramiento en horas y acompañado de vómitos. a la exploración la masa estaba en relación con la incisión del trocar en HI. La TAC realizada en urgencias evidenció la presencia de hernia e colon transverso a través de dicha incisión además de un seroma en relación con la malla de 7 cm de eje mayor. Se intervino de urgencias practicándose herniotomía, liberación de adherencias y hemioplastia con prótesis de polipropileno. No precisó resección intestinal. El postoperatorio cursó sin incidencias siendo alta al 3º día tras la intervención.

Conclusiones: No se pueden sacar conclusiones generales de un caso que no deja de ser anecdótico. Ponemos nuestra atención en que el hecho que desencadena la complicación está en relación con un defecto técnico del cierre de la pared tras el uso del trocar de Hasson. El acceso mediante este tipo de trocar se dificulta en las regiones laterales del abdomen requiriendo disección por planos musculares más o menos amplias, en particular en pacientes obesos que como en este caso, pueden favorecer el cierre posterior inadecuado. Algunos autores prefieren en estos casos el acceso mediante aguja de Veress o visioport.

Absceso hepático secundario a fusobacterium mortiferum

García Cabrera, AM; García Padial, F; Vázquez Barros, P; Herrera Fernández, P; Martín Díaz, M; Jiménez Ríos, JA.

Hospital Básico Motril Ciudad Motril

Introducción: El absceso hepático es una enfermedad infrecuente cuyo diagnóstico suele ser tardío. La etiología más frecuente es la patología biliar asociada y en pacientes de edad avanzada. El microorganismo aislado en más de un 30% de casos es E. Coli. El desarrollo de nuevas técnicas radiológicas en los últimos 20 años ha permitido mejorar el diagnóstico topográfico de la lesión y la posibilidad de drenaje percutáneo como alternativa a la cirugía. Presentamos el caso de un paciente que presentó un absceso hepático secundario a un infrecuente microorganismo anaerobio y cuya etiología fue desconocida.

Caso clínico: Paciente varón de 61 años de edad con antecedentes de HDA, FA paroxística y hernia inguinal, que acude a Urgencias por cuadro de malestar epigástrico y síndrome febril de 10 días de evolución. Analíticamente destaca leucocitosis con neutrofilia y ligero aumento de GPT, GGT y FA. El estudio de imagen realizado informa de lesión hipodensa, con realce periférico tras administración de contraste, en porción anterior de lóbulo hepático izquierdo, de 7.5x8 cm. No se evidencia patología asociada. Se procede a punción aspiración y colocación percutánea de catéter para drenaje (pigtail 8F). La evolución posterior es satisfactoria, con retirada del drenaje al 5º día tras colapso de la cavidad. Cultivo positivo para fusobacterium mortiferum, instaurando tratamiento con Metronidazol según antibiograma.

Discusión: La etiología más frecuente de los abscesos piógenos hepáticos es la patología biliar (colecistitis, colangitis, estenosis benignas o malignas y derivaciones biliodigestivas). La infección también puede producirse a través de la vía portal (apendicitis y diverticulitis) o arterial (endocarditis, sepsis urinaria y tromboflebitis en ADVP). En un 15 a 20% de los casos los abscesos son idiopáticos. Actualmente el tratamiento de elección es el drenaje percutáneo y tratamiento antibiótico de amplio espectro hasta obtener antibiograma, consiguiendo unas tasas de éxito superiores a 80%. Las indicaciones de tratamiento quirúrgico son: absceso no accesible vía percutánea, coexistencia de patología intraabdominal subsidiaria de tratamiento quirúrgico urgente y fracaso del drenaje percutáneo. La gravedad de esta patología está relacionada con su diagnóstico tardío y la frecuencia de patología subyacente. En nuestro caso se aisló un microorganismo anaerobio (*Fusobacterium*), que suele ser saprofito de boca y fosas nasales. El paciente fue revisado por ORL y odontólogo sin apreciar patología a dichos niveles.

Tumor Phyllodes, presentación de un caso

García Cabrera, AM; García Padial, F; del Olmo Sánchez, JC; Vázquez Barros, P; Ortega Herrera, R; Jiménez Ríos, JA.

Introducción: El tumor phyllodes de la mama es una neoplasia fibroepitelial que histológicamente se asemeja al fibroadenoma, aunque presenta mayor tasa de recurrencia postquirúrgica y potencial metastásico. La presentación más frecuente es la aparición de una tumoración dura y móvil, bien delimitada, de rápida aparición. Raramente afectan al complejo areola-pezones o ulceran la piel. El tratamiento es la exéresis quirúrgica con margen de seguridad. Presentamos el caso de una paciente intervenida en nuestro Servicio de un tumor phyllodes de gran tamaño.

Caso clínico: Paciente mujer de 28 años de edad con antecedente de fibroadenoma de 2 cm en mama izquierda, que acude a Consulta Externa por aumento progresivo del volumen de mama izquierda en los últimos 3 meses. Se le realiza ecografía que evidencia la sustitución de la arquitectura glandular normal por una masa sólida de contornos bien definidos con algunas áreas hipocóicas parcheadas en su interior. La mamografía muestra asimetría volumétrica llamativa sin identificar el patrón fibroglandular y graso normal. Se realiza exéresis completa de la lesión. Informe AP: Tumor phyllodes (14 x 12 cm), no se observa atipia ni áreas de necrosis, bien delimitado y con bajo número de mitosis. La paciente es remitida a Consulta Externa para seguimiento, con resultado estético aceptable.

Discusión: Descrito como «cistosarcoma phyllodes» por Johannes Müller en 1938. fue renombrado como «tumor phyllodes» en 1981 por la OMS dado su comportamiento clínico benigno en la mayoría de los casos. Supone el 1% de todos los tumores mamarios, con un riesgo total de malignidad de 2 por millón de mujeres. Se presenta como una masa palpable, firme, de contornos suaves, bien definidos y móvil, que suele medir por término medio unos 5 cm, aunque puede alcanzar tamaños superiores a 10-15 cm. Histológicamente es similar al fibroadenoma, ambos contienen tejido epitelial (ductal) y

estromal, que se origina desde la unidad ductallobular. Sin embargo el tumor phyllodes presenta mayor celularidad, pleomorfismo, atipia celular y número de mitosis. El aspecto mamográfico es muy variable, desde pequeños nódulos hasta grandes masas que ocupan la totalidad de la mama. Existe controversia en cuanto a la utilidad del análisis histológico prequirúrgico. El tratamiento correcto requiere la exéresis tumoral completa con márgenes libres. La mastectomía simple se reserva para tumores de grandes dimensiones, sin margen seguro de resección o sucesivas recidivas. Dada la ausencia de afectación ganglionar no se recomienda la disección axilar. No existen estudios randomizados sobre el tratamiento adyuvante con quimio o radioterapia.

Carcinoma de mama en el varón. Análisis de 12 casos

Romero Vargas, ME; Flores Cortés, Valefa Sánchez, Z; Sánchez Moreno, L; Trillo, P; Madrid, M.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo: Analizar los casos de cáncer de mama en varones, acontecidos en nuestra unidad de mama durante el periodo comprendido entre 2000 y 2005, realizando un estudio comparativo con las mujeres que presenten dicha patología.

Pacientes y método: Determinaremos la incidencia del cáncer de mama en varones en nuestro medio, destacando entre otros datos la edad del paciente, la clínica, el método diagnóstico empleado y el tratamiento aplicado en cada caso, así como la evolución postoperatoria, tipo de tumor, técnica quirúrgica, complicaciones, presencia de metástasis ganglionares y a distancia y relación con otros tumores. A su vez estableceremos una comparativa con los casos de cáncer de mama que se desarrollan en las mujeres, mediante un análisis estadístico mediante SPSS.

Resultados: En el periodo citado se han intervenido 12 varones por carcinoma de mama en nuestro hospital, frente a 682 mujeres (1.72%). La edad media fue de 55 años en los varones, frente a los 57 años de las mujeres (diferencias no significativas, $p > 0.05$). En ninguno de los casos se describen antecedentes familiares de cánceres de mama. En uno de los casos hay antecedentes familiares de tumores de piel y en 3 casos antecedentes personales de otros tumores (2 adenocarcinomas prostáticos y un fibrosarcoma). En 2 casos hubo asociación a ginecomastia. Entre los hábitos personales destacan el tabaquismo (6 casos) y el consumo excesivo de alcohol (1 caso). El motivo de consulta en todos los casos fue percepción de tumor, asociada a telorrea en 1 caso, a ulceración de la piel en otro. En 1 caso el tumor fue bilateral. El tipo histológico predominante fue el carcinoma ductal infiltrante (9 casos), seguido del carcinoma in situ (2 casos) y el intraductal (1 caso) la cirugía empleada fue la mastectomía simple en 8 casos (1 bilateral). Patey en 1 caso y 2 mastectomías subcutáneas. Se realizaron 11 vaciamientos axilares, siendo positivos 6 de ellos en los niveles I y II y ninguno en el III, recibiendo en estos casos tratamiento posterior con radio y quimioterapia. La hormonoterapia se utiliza en los 3 casos que presentaban receptores estrogénicos positivos. Tuvo lugar una recidiva local que se reintervino. Se describen como complicaciones

postoperatorias 1 seroma de gran tamaño y un edema agudo de pulmón. No se ha descrito ningún exitus.

Discusión: Analizamos los aspectos epidemiológicos, terapéuticos y pronósticos en una revisión bibliográfica sistemática amplia que concluye la similitud de las características del cáncer mamario masculino y el femenino aunque con peores resultados para el primero atribuidos al retardo en el diagnóstico. No hemos encontrado diferencias significativas entre nuestros resultados y el de las otras series publicadas. En nuestra serie, se han encontrado como diferencias significativas destacables entre varones y mujeres una mayor incidencia de metástasis ganglionares en los primeros y de positividad para receptores estrogénicos en las mujeres.

Ferrotterapia perioperatoria y requerimientos transfusionales en pacientes sometidos a cirugía por cáncer de colon. Resultados preliminares

Fernández García, FJ; Gómez Modet, S; Martín Carvajal, F; Baca Pérez-Bryant, JJ; Díaz Rodríguez, JM; Campos, A.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Vitoria. Málaga. Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo. Unidad de Coloproctología

Introducción: la inmunomodulación inducida por transfusión puede incrementar la tasa de infección postoperatoria y de recurrencia de cáncer tras cirugía curativa. La anemia preoperatoria más que el sangrado intraoperatorio conlleva una alta tasa de transfusión en pacientes intervenidos por cáncer de colon. Por esta razón, hemos evaluado el impacto que el tratamiento con hierro durante el periodo perioperatorio tiene en los requerimientos transfusionales de estos pacientes.

Pacientes y métodos: Pacientes con cáncer de colon programados para cirugía han sido tratados:

— Grupo 2 (n=24): hierro oral si Hb > 14g/dL y ferropenia; hierro sacarosa iv (200 mg semanales) si Hb 10-14 g/dL; hierro sacarosa iv 200 mg 2 veces por semana si Hb < 10 g/dL

— Grupo 3 (n=10): reciben el mismo tratamiento que el grupo 2, pero con dosis adicionales postoperatorias de hierro sacarosa iv 200 mg los días 0, 2 y 4 de la cirugía.

— Grupo 1 (n=66): este grupo corresponde a un control histórico de pacientes no tratados con hierro. Se han recogido datos demográficos, clínicos y transfusionales de todos los pacientes

Resultados:

*p<0.05	Grupo 1	Grupo 2	Grup03
Edad	65±12	65±11	66±14
Hb basal (g/dL)	12,3±1,8	12,6±2,1	11,3±1,9
Pacientes transfundidos n(%)	31(47)	8(33)	2(22)
Unidades transfundidas n(U/pte)	165(2,26)	31(1,33)*	4(0,4)
Transfusión preoperatorio n(%)	22(33)	2(8)*	1(11)

Conclusiones: El tratamiento preoperatorio con hierro reduce el índice transfusional en pacientes con cáncer de colon, especialmente en el periodo preoperatorio, aunque 4 de los 8

pacientes transfundidos en el grupo 2 recibieron transfusión (13 unidades) entre los días 1 al 12º del postoperatorio. Estas transfusiones tardías se han reducido en los pacientes del grupo 3 al administrar hierro postoperatorio. El tratamiento ha sido ineficaz en los pacientes que han requerido más de 5 unidades. Para confirmar estos resultados se debería realizar un ensayo clínico randomizado.

Hipocondrectomía izquierda por tumor neuroendocrino de páncreas

Mayo Ossorio, MA; Gonzalez Rodicio, V; Bazán Hinojo, MC; Pacheco García, JM; Gil Olarte, A; San Miguel, M; Vázquez Gallego, JM.

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: Los tumores neuroendocrinos de páncreas se presentan con una incidencia de 1/100.000 habitantes. El 14-30% son no funcionantes y el 64-92% son malignos. Afectan por igual a ambos sexos y suelen manifestarse por dolor abdominal en la mayoría de los casos.

Presentamos un caso clínico que debutó por hemorragia digestiva alta debida a hipertensión y que obligó a una hipocondriectomía radical izquierda para su tratamiento.

Caso Clínico: Paciente de 49 años de edad, sin antecedentes de interés, que ingresa de urgencia por presentar hemorragia digestiva alta. En la endoscopia practicada se le aprecian varices fundícas, y en la ecografía abdominal hipertensión portal segmentaria y masa a nivel de hipocondrio izquierdo.

La TAC abdominal muestra una gran tumoración a nivel del hipocondrio izquierdo, con calcio en su interior, que invade cola de páncreas, bazo, polo superior del riñón izquierdo, suprarrenal izquierda y ángulo esplénico del colon.

Se practica arteriografía aórtica y de sus ramas en la que se observa gran vascularización del tumor a partir de todas las ramas principales, no pudiéndose embolizar debido a un paso muy rápido arteriovenoso.

Se intervino quirúrgicamente, practicándose hipocondriectomía radical izquierda (rescisión de cola de páncreas, esplenectomía) con nefrectomía izquierda, suprarrenalectomía izquierda, colectomía del ángulo esplénico del colon y de las adherencias del tumor al diafragma. La anatomía patológica fue de carcinoma endocrino pancreático bien diferenciado de bajo grado de malignidad. El posoperatorio evolucionó favorablemente.

Discusión: Los tumores neuroendocrinos de páncreas no funcionantes son poco frecuentes, de difícil diagnóstico precoz y de pronóstico incierto pero frecuentemente malignos. El caso que presentamos tuvo una rara forma de presentación clínica como hemorragia digestiva alta. La TAC dio el diagnóstico de tumoración a nivel de hipocondrio derecho, pero fue solo se obtuvo el diagnóstico definitivo hasta el estudio histológico de la pieza extirpada. El tratamiento es quirúrgico y exige la extirpación del tumor con todos los órganos afectados.

Tumor de Buschke-Lowenstein perianal

Mayo Ossorio, MA; Bazán Hinojo, MC; Gonzalez Rodicio, V; Pacheco García, JM; Castro Fernandez, JR; Gil Olarte, A; San Miguel, M; Vázquez Gallego, JM.

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: El Condiloma acuminado Gigante o Tumor de Buschke-Lowenstein, es un tumor relacionado con el Virus del Papiloma humano (HPV), que afecta la zona genital y el área perianal. Fue descrito en 1925 como un tumor localizado principalmente en el pene. A pesar de ser una lesión histológicamente benigna, su comportamiento clínico es maligno ya que destruye los tejidos donde asienta, y tiene gran tendencia a la recidiva. Las lesiones primarias a nivel anal son raras y en ocasiones asiento del carcinoma de células escamosas. Presentamos un caso de un Paciente con dicho tumor que precisó ser intervenido en varias ocasiones y que terminó finalmente con una porctectomía.

Caso Clínico: Varón de 48 años entre cuyos antecedentes destacan el ser portador del VIH en estadio C3 desde 1995, y está en tratamiento actual con antiretrovirales. Acude remitido a consulta de cirugía general, por presentar gran tumor perianal compatible con condiloma acuminado que fue intervenido y tratado en el 2003 con escisión, electrofulguración y colostomía, siendo la AP de la pieza remitida compatible con condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Lowenstein. Posteriormente se realizaron nuevas electrofulguraciones de la zona perianal por recidiva tumoral en diciembre de 2003, abril de 2004 y octubre de 2005. La evolución del paciente es buena, pero acude de nuevo por presentar recidiva tumoral y prolapso rectal importante que impide al paciente realizar una vida normal. Se decide intervención quirúrgica y porctectomía total, con extirpación de la recidiva tumoral. El paciente tras la mejoría clínica es dado de alta.

Discusión: El Condiloma Acuminado Gigante o tumor de Buschke-Lowenstein, es un tumor que aparece en el área genital, y más raramente en la zona perianal, que se relaciona con el HVP. Los factores de riesgo incluyen, los pacientes inmunodeprimidos, la irritación crónica perianal ya sea secundaria a enfermedad inflamatoria intestinal, o pobre higiene personal. La edad media de presentación suele ser los 43 años con un predominio en el sexo masculino. El riesgo de recurrencia tras la escisión es del 60 al 66%. El Abordaje aceptado para los tumores de la zona perianal es la escisión quirúrgica radical. Algunos casos se malignizan dando lugar a un carcinoma de células escamosas invasivo que puede requerir tratamiento con quicio y radioterapia.

Tumor miofibroblástico del mesenterio

Mayo Ossorio, MA; Bazan Hinoj, MC; Gonzalez Rodicio, V; Mayo Ossorio, MA; Pacheco García, JM; García Ureña, MA; Gil Olarte Pérez, A; Vázquez Gallego, JM.

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: Los tumores miofibroblásticos inflamatorios (TMI) son lesiones raras, más frecuentes en edad pediátrica, forman parte de 105 pseudotumores inflamatorios, que recuerdan a los fibrosarcomas pero su comportamiento es diferente. Presentamos un caso tratado en nuestro Servicio.

Caso clínico: Mujer de 41 años con AP: Alergia a Penicilina y ácaros, resto sin interés. Estreñida habitual, en los últimos meses presentó diarrea intermitente, sin rectorragia, salvo al comienzo que presentó melenas, pero acompañada de molestias difusas periumbilicales, de sensación pulsátil cuando se acostaba. No pérdida de peso ni síndrome para neoplásico. A la exploración: Buen estado general, Abdomen: blando, no doloroso, se palpa masa central, grande, móvil, bien delimitada y no dolorosa. Analítica: Normal. Se realizó Ecografía abdominal, TAC, RMN. que evidenciaron masa mesentérica quística que infiltra Y porción duodenal. PAAF: insuficiente. Arteriografía: masa con vascularización neoformada en raíz de mesenterio. Se intervino: resección total de tumoración (30x16cm) de raíz de mesenterio que engloba arteria y vena mesentérica superior por debajo del borde pancreático, resección 45 cm de intestino delgado. «Second lock» a las 24h, observándose intestino sin signos de mala vascularización. Evolución favorable. Anatomía Patológica: Tumor Miofibroblástico inflamatorio de mesenterio (Fibrosarcoma inflamatorio).

Discusión: Los TMI son lesiones infrecuentes y raras. Se han identificado en diversos órganos, principalmente pulmón, mesenterio, bazo y endotelios en general. Se suelen confundir con los fibrosarcomas, algunos autores aseguran que es difícil establecer diferencias claras entre ambos. El comportamiento de la mayoría de los TMI es benigno, con tasas de curación del 100% si es técnicamente resecable y se realiza con bordes libres de lesión. No se conocen parámetros que puedan utilizarse como factores pronósticos en los pacientes.

Hematoma retroperitoneal espontaneo de causa desconocida

Mayo Ossorio, MA; Bazan Hinoj, MC; Gonzalez Rodicio, V; Pacheco García, JM; Castro Fernández, JR; San Miguel, M; Gil Olarte Pérez, A; Vázquez Gallego, JM.

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: El Hematoma retroperitoneal espontáneo, es una causa poco frecuente de shock hemorrágico, y de etiología muy variada. A pesar de que la causa más frecuente se encuentra a nivel del riñón (Neoplasia, tumores, enfermedades vasculares etc.) en ocasiones no suele identificarse la causa.

Presentamos uno de estos casos en los que no se pudo identificar la causa, que fue tratado en nuestro servicio, y en el que el manejo fue complicado por la presencia de una TVP del MMII

Caso clínico: Hombre de 65 años que como antecedentes personales refiere: Apendicectomía. Artrosis generalizada en tº con ibuprofeno. Enfermedad actual: Paciente que acude a urgencias de su centro de salud por presentar dolor en FII e hipotensión acompañado de pérdida de conciencia e hipoten-

sión. Se traslada a un hospital comarcal donde tras valoración mediante ecografía se aprecia masa de ecogenicidad heterogénea en FII sospechosa de aneurisma disecante de la ilíaca común izquierda, por lo cual es trasladado a nuestro hospital para valoración por cirugía vascular. A la llegada a nuestro hospital el paciente se encuentra consciente y orientado, con palidez cutánea y mala perfusión. TA 150/80. Y un abdomen doloroso a la palpación en FII y flanco izquierdo, pero sin signos de irritación peritoneal. En las exploraciones complementarias se aprecia una analítica con una hemoglobina de 10,4 g/dl, hematocrito del 30%, leucocitosis de 16.280. En ecografía abdominal y en TAC abdominal, se aprecia gran hematoma retroperitoneal sin lesión vascular asociada y sin neoforillaciones a nivel de riñón ni otras estructuras. Ingresa en el servicio de cirugía general para observación y tratamiento conservador. La evolución del paciente es favorable permaneciendo sin dolor, pero presenta una TVP en MMII a las 24 horas de probable origen compresivo por el gran hematoma retroperitoneal existente que se trata conservadoramente, posteriormente a los 7 días con heparina sódica intravenosa y más tarde con anticoagulación oral. Durante su evolución también se aprecia descenso del hematocrito y la hemoglobina que precisan transfusión sanguínea con 2 concentrados de hemáties. Se realizan controles ecográficos seriados y de TAC donde se evidencia una disminución progresiva del tamaño del hematoma. Por otro lado se descartó la existencia de vasculitis y conectivopatías (ANAS, AC anti ENA, Factor reumatoide y Ag HBs negativos). El paciente es dado de alta al mes de su ingreso con buena situación clínica, pero sin lograr identificar la causa del mismo.

Discusión: Los hematomas retroperitoneales espontáneos tienen una etiología variada, aunque con mayor frecuencia la causa es de origen renal. La TAC de contraste es la prueba diagnóstica más rentable para el diagnóstico y seguimiento de los mismos, a la hora de buscar una patología responsable de la hemorragia. Cuando la causa es desconocida, como en este caso, se debe hacer un seguimiento periódico por ecografía y TAC.

Fascitis necrotizante por streptococo B-Hemolítico del grupo A

Bazan Hinoj, MC; Mayo Ossorio, MA; Gonzalez Rodicio, V; Pacheco García, JM; García Ureña, MA; Gil Olarte Pérez, A; Gil Olarte Pérez, A; San Miguel, M; Vázquez Gallego, JM.

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Introducción: La Fascitis Necrotizante es una infección del tejido celular subcutáneo que progresa y destruye los tejidos separando el músculo de la piel. Se acompaña de dolor local, fiebre y toxicidad sistémica pudiendo evolucionar a shock séptico en pocas horas. Mortalidad del 30-60%. Puede presentarse en pacientes diabéticos, con enfermedades vasculares o con heridas abiertas contaminadas, en los que es más frecuente que se trate de flora mixta, o en pacientes sanos en los que es más frecuente que afecte el streptococcus pyogenes del grupo A.

El desbridamiento quirúrgico inmediato es fundamental para reducir la mortalidad. Presentamos un caso tratado en nuestro Servicio.

Caso clínico: Varón de 45 con antecedentes: amigdalectomizado, intervenido de Hemorroides, dislipemia. Ingresa de urgencias por cuadro de dolor en región torácica izquierda por debajo de la axila, confuso, desorientado, con fiebre elevada. El cuadro comenzó hace 5 días con dolor intenso en dicha zona tras realizar intenso ejercicio físico. Había sido tratado con AINEs y reposo sin mejoría. A la exploración presentaba mal estado general a la inspección, obnubilado y con relajación de esfínteres. Hipotensión severa y signos de shock. Se aprecian signos inflamatorios con hematomas en región torácica superior izquierda subaxilar, fiebre de 41°. Se puncionó la zona sin obtener drenaje de material purulento. En la analítica: Actividad protrombina: 62%, creatinina: 6.2, GOT 916, GPT 409, Br 4.37, PCR 44.25, PH: 7.07, PO2 74, Na 130. Ante la sospecha de Fascitis necrotizante se intervino de urgencias realizando desbridamiento amplio de la zona, fasciotomías múltiples e incisiones dorsales de drenaje. Se encontró celulitis del tejido celular subcutáneo sin franco drenaje purulento, fascitis necrotizante y mionecrosis que afectaba a ambos músculos pectorales, dorsal ancho y fascia intercostal. El paciente sufrió shock séptico y fallo multiorgánico, permaneciendo 17 días en UCI, precisó hemofiltración continua para el fracaso renal hasta el alta a planta. Fue reintervenido en 2 ocasiones más para desbridamiento. Tras mejoría clínica en planta fue dado de alta.

Discusión: La Fascitis Necrotizante es una verdadera urgencia médica e incluye como premisas fundamentales: Cirugía precoz, antibioterapia, soporte hemodinámico y la posibilidad de terapia hiperbárica (no está demostrado que sea eficaz en el tto. de la FN). No obstante la intervención quirúrgica precoz sigue siendo crucial para el pronóstico del paciente. El desbridamiento adecuado y la cirugía precoz se asocian a una mejor supervivencia y pronóstico. Estudios radiológicos como TAC, ecografía y resonancia magnética se pueden emplear para el diagnóstico de FN, pero será la clínica del paciente la que nos lleve al diagnóstico tras una detallada anamnesis y exploración física. La muerte precoz se debe a un síndrome séptico, mientras que la tardía es como consecuencia de un FMO.

Analgesia perioperatoria en cirugía laparoscópica

Bazan Hinojo, MC; Gonzalez Rodicio, V; Mayo Ossorio, MA; Calderón Seoane, E; Pacheco García, JM; García Ureña, MA; Gil Olarte Pérez, A; Gil Olarte Pérez, A; Vázquez Gallego, JM.

Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: Evaluar la eficacia analgésica de Bupivacaina 0.25% intraperitoneal (Bpi) versus placebo (SSF) en cirugía tlaparoscópica (CL).

Material y método: Realizamos estudio prospectivo aleatorizado, incluimos 25 pacientes divididos en 2 grupos. El grupo B: 15 pacientes intervenidos de CL en los que administramos

30ml Bpi, antes de la retirada de los trócares. El grupo control: 10 pacientes a los que administramos 30ml SSF. En ambos grupos se ha usado anestesia estandarizada: Propofol+Fentanilo (200mgr)+Cisatracurio. La analgesia postoperatoria utilizada Metamizol 2gr/8h. Los parámetros medidos: uso de opioides en postoperatorio. grado satisfacción del paciente, valoración del dolor según escala visual (VAS) de 0-100 en las 1ª 24h, incidencia de náuseas, vómitos y otras complicaciones.

Resultados: Test U-Man-Whitney. Expresado: X+/-DS.

	Bp 0.25%(n=15)	SSF (n=10)	P
Edad(años)	59±7	62±8	NS
Peso(Kg)	74±12	78±10	NS
Dur.cirugía(min.)	41±6	43±10	NS
VAS (0-100) Despertar	39±11	38±14	NS
VAS: 8h	15±6	45±7	p<0,05
VAS: 12h	12±8	38±14	p<0,05
VAS: 24h	10±9	20±10	NS
Req. opioides	13%	80%	p<0,05
Náuseas, vómitos	19%	40%	NS
Satisfacción	8,9±0,3	7,5±0,5	NS

Conclusiones: El uso de Bpi disminuye los requerimientos de analgesia de rescate durante el postoperatorio. Permite un mejor control del dolor en las 1ª 24h, sobre todo en 1ª 12h.

Obstrucción duodenal de etiología tuberculosa

Tallón, L; Sacristán, C; Bermejo, A; Galindo, A;

Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad sistémica causada por *M. tuberculosis* con una incidencia moderada en nuestro medio (10-25 casos /100000) que está aumentando en los últimos años por la inmigración y el VIH. La afectación intrabdominal es poco frecuente, suponiendo menos del 1%, siendo preferentemente linfática. La afectación intestinal es escasa con una presentación variable.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 45 años de edad estudiado por síndrome febril de larga evolución. cuadro constitucional y síntomas digestivos. Como único antecedente destaca un úlcus gástrico intervenido.

Ante la persistencia del cuadro se decide ingreso hospitalario, y se solicita:

- Analítica: Monocitosis sin leucocitosis.
- Urocultivo. Hemocultivo, serología: Negativos.
- Barr esputo (x3): Hallazgo de *M. tuberculosis* y las siguientes técnicas de imagen:
- Eco abdomen: Masa/colccción en halo a nivel de cabeza de páncreas
- TAC: Neumonía cavitada en LSI sospechosa de TBC e imágenes sugestivas de abscesos esplénico, pancreático y retrocecal.
- Endoscopia: Obstrucción de píloro bulbar por masa adyacente abscesificada que fistuliza a luz intestinal.

Se procede a aislamiento respiratorio, tratamiento con triple

terapia antituberculosa y manejo conservador de la obstrucción intestinal. Al no producirse mejoría del cuadro con tratamiento médico es valorado por Cirugía decidiéndose intervención.

Intraoperatoriamente se aprecia peritonitis difusa masiva con aspecto de diseminación miliar tuberculosa y colección periduodenal purulenta de 200 cc. Se realiza drenaje y toma de biopsia. El postoperatorio transcurre sin incidencias y es alta hospitalaria a las dos semanas.

La anatomía patológica es informada como inflamación granulomatosa crónica mínimamente caseificante, con células de Langhans e inflamación aguda abscesificante. Ziehl-Neelsen negativo y Lowestein positivo.

Discusión: La coexistencia de afectación intraabdominal y pulmonar tiene una incidencia variable según la bibliografía de 5-38%; si bien suelen ser independientes. Excluyendo la linfática la localización más frecuente dentro del abdomen es la peritoneal, siendo rara la intestinal; cuando ésta se produce afecta preferentemente al segmento ileocecal, seguido del colon (transverso, recto y ascendente según orden en frecuencia).

Los síntomas de la TBC abdominal suelen tener buena respuesta al tratamiento tuberculostático. Sin embargo, las lesiones anatomopatológicas pueden persistir hasta 24 meses y hasta un 15% de estos pacientes requerirán cirugía para el tratamiento de sus complicaciones con una alta incidencia de morbilidad y una mortalidad asociada que puede alcanzar el 40%.

Lipoma retroperitoneal gigante

Talión, L; Tuduri, I; García, J; Ferrari, JL; Congregado, E; Daza, A.

Unidad de Cirugía General. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Los tumores primarios retroperitoneales son poco frecuentes, representando <1% de los tumores de la economía. Son generalmente malignos (80%) y la variedad histológica más frecuente es el sarcoma. Debido a la poca sintomatología que producen se diagnostican habitualmente de forma tardía cuando ya han alcanzado tamaños considerables.

Caso clínico: Varón de 82 años que presenta distensión abdominal de varios años de evolución que se acompaña de molestias en hipocondrio derecho sin dolor intenso, ritmo intestinal normal y sin pérdida de peso. A la exploración, abdomen globuloso, blando, depresible y no doloroso; con matidez a la percusión, sin semiología ascítica y escasos ruidos peristálticos a la auscultación. Se aprecia diastasis de rectos y sensación de masa que ocupa la práctica totalidad de la cavidad abdominal. Se solicitan las siguientes pruebas diagnósticas:

- Analítica: Sin hallazgos de interés.
- Eco abdomen: Desplazamiento de vísceras abdominales por masa intrabdominal de gran tamaño compatible con lipoma o liposarcoma.

Tac abdomen: Gran masa abdominal de densidad grasa, sin tabiques y con imágenes de calcio, que desplaza vísceras abdominales.

Se decide realización de intervención quirúrgica encontrán-

dose tumoración retroperitoneal lipomatosa gigante. Se realiza biopsia intraoperatoria, informada como material hialino no sugerente de malignidad, procediéndose a resección de la masa que presenta un peso de 13'5 kgs constituida enteramente por tejido amarillento de aspecto adiposo. La anatomía patológica es informada como lipoma retroperitoneal gigante sin signos histológicos de liposarcoma ni de lipoma atípico al microscopio óptico.

El paciente presenta una evolución postoperatoria favorable sin incidencias a destacar siendo dado de alta a los 5 días de la intervención.

Discussion: Los lipomas, pese a ser el tumor benigno más frecuente en adultos, sólo corresponden al 0'1-3% de los tumores retroperitoneales. Se diagnostican en torno a los 50 años cuando ya han adquirido tamaño suficiente como para dar sintomatología compresiva de otros órganos vecinos, siendo el dolor abdominal de tipo cólico la forma más frecuente de manifestarse. La localización abdominal es muy rara, y más aún la retroperitoneal, por lo que existen muy pocos casos publicados. En nuestra búsqueda no hemos encontrado ninguno de mayor tamaño con características similares, y sólo 2 si consideramos los de etiología maligna.

El diagnóstico se debe complimentar con técnicas de imagen, especialmente TAC. Gran controversia ha creado la biopsia percutánea por la más que probable diseminación local. Está indicado un tratamiento conservador salvo repercusión clínica y/o estética. El tratamiento quirúrgico que se debe realizar es la extirpación quirúrgica completa, con cápsula íntegra para dificultar la recidiva. Existen otras técnicas menos habituales como la liposucción.

Actinomicosis abdominal en mujer senil

Granda Páez, R; Ruiz de Adana Garrido, A; Toval Mata, JA; Asfruc Hoffmann, A; Gómez Arroyo, A; Fuentes Martos, R; Albert Vila, A; Moya Vazquez, R.

Hospital San Juan de la Cruz, SAS, Úbeda

Introducción: La Actinomicosis Abdominal es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, supurativa, que puede simular otras lesiones inflamatorias o neoplásicas y cuyo diagnóstico preoperatorio es muy infrecuente, siendo la laparotomía exploradora el recurso diagnóstico y terapéutico indicado, como en el caso que presentamos. Nuestro objetivo es recordar esta posibilidad diagnóstica y sus particularidades.

Paciente y Método: Mujer de 72 años de edad, con dolor abdominal inespecífico de un mes de evolución, Antecedentes patológicos: Valvulopatía cardiaca, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II, Apendicectomizada, Exploración física: signos vitales normales, dolor epigástrico a la palpación, sin masas ni megalias, De las exploraciones complementarias, destacamos el diagnóstico positivo de tumor abdominal con la TAC, la imposibilidad de practicar punción -biopsia-cultivo guiada (eco, tac) y los pocos datos aportados por la enema opaca, la ecografía y el tránsito intestinal baritado,

Resultados: Fue necesaria la laparotomía exploradora, con resección del tumor y las asas intestinales atrapadas en el mismo y anastomosis T-T. El diagnóstico de Actinomicosis

fue histopatológico, En el postoperatorio la paciente recibió tratamiento con Penicilina G sódica IVy tras el alta, Ampicilina oral. La paciente permanece asintomática a los seis meses de la intervención y en la TAC no se aprecian alteraciones,

Conclusiones: Resaltamos: la dificultad del diagnóstico preoperatorio de la Actinomicosis Abdominal, la necesidad de pensar en esta posibilidad diagnóstica, la utilidad diagnóstica y terapéutica de la laparotomía y la necesidad del tratamiento antibiótico prolongado.

Traumatismo duodenal de difícil diagnóstico radiológico

Jurado, R; Ruiz, V; Torres, C; Brox, A; Gomez Rubio, D.

Hospital Universitario de Valme. Sevilla

Introducción: Todo paciente con traumatismo abdominal severo puede presentar lesiones en múltiples órganos abdominales. El estómago es una viscera implicada con relativa frecuencia en traumatismos abdominales penetrantes, siendo menos frecuente su lesión en traumatismos cerrados.

El traumatismo colorrectal es mas frecuente en los traumatismos penetrantes (30-35%), siendo raro en los cerrados, complejo y asociado a lesiones de múltiples estructuras.

El traumatismo duodenal supone sólo el 4 % de los traumatismos abdominales. La viscera más frecuentemente lesionada en los traumatismos penetrantes es el intestino delgado, siendo la tercera viscera en frecuencia lesionada en los traumatismos cerrados (5-15%), tras el hígado (34%) y el bazo (50%).

Caso clínico: Paciente de 18 años, que sufrió traumatismo abdominal cerrado por accidente de moto Acudió a urgencias de nuestro hospital hemodinámicamente estable, consciente y orientado. A la exploración presentaba un abdomen sin masas ni megalias palpables, con contractura generalizada:

Hemograma: 10400 leucocitos. Resto normal.

Bioquímica: Hematuria microscópica. Amilasa 134, AST 140 y LDH 612.

Se realizó Ecografía y TAC abdominal urgente, pasada tres horas desde el accidente, que demostraban que no había lesiones de órganos sólidos y que existía una moderada cantidad de líquido libre intraperitoneal. No se observó neumoperitoneo.

Ante la persistencia de dolor y el deterioro clínico, a pesar de los hallazgos en la TAC abdominal urgente, es intervenido quirúrgicamente de urgencias, objetivando tras laparotomía exploradora, arrancamiento traumático del ángulo de Treitz y contusión pancreática Se realizó cierre de la cuarta porción duodenal y anastomosis duodeno (2a porción)-yuyenal latero-lateral.

Presentó un postoperatorio sin complicaciones, con control clínico, analítico y radiológico normales. Evoluciona favorablemente, con control clínico, analítico y radiológico normales.

Discusión: El traumatismo del intestino delgado cerrado, en general, es debido a precipitaciones o accidentes de tráfico, con bruscas desaceleraciones, que generan un importante aumento de la presión intraabdominal.

La lesión es mayor en aquellas zonas del intestino delgado donde uno de los extremos es fijo, como el ligamento de Treitz,

la válvula ileo-cecal y zona con bridas o adherencias por intervención quirúrgica previa.

La TAC abdominal urgente es la prueba diagnóstica de elección, si el paciente se encuentra estable, aunque en nuestro caso no observó neumoperitoneo, ni lesión intestinal.

Edema angioneurotico: causa rara de dolor abdominal y ascitis

Rueda López, A. 1; Pérez Cabrera, B; González Puga, C; García Gil, J. M

Servicio de Cirugía General de Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: El AEH Es una entidad de herencia autosómica dominante, caracterizada por ataques agudos y recurrentes de edemas del tejido celular subcutáneo y mucosas. Causado por una deficiencia del C I-inh sérico o a su no funcionalidad En el tipo 1, (85%), el CI-inh está disminuido En el tipo 11 (15%), la cantidad de CIinh es normal o incluso está aumentada, pero no funcionando. En ambos, los valores C4 y C2 se hallan disminuidos)1 descienden aún más durante los ataques. Tipo 111, ligado al cromosoma X . Existen dos formas adquiridas: en la primera se asocia a síndromes linfoproliferativos S, se producen anticuerpos contra el idiotipo de la inmunoglobulina monoclonal de la célula malignizada. En la segunda. se forman inmunocomplejos que consumen complemento, incluido el C I-inh. , la cantidad de el q circulante está disminuida. Las localizaciones más frecuentes del edema son las extremidades, la facies, los genitales, la laringe y el tracto gastrointestinal. El edema, con excepción de la localización intestinal, que puede remedar un abdomen agudo, es indoloro. El edema laríngeo puede ser causa de muerte. Los desencadenantes de las crisis suelen ser traumatismos menores, las infecciones, la cirugía, los fármacos (anticonceptivos orales, IECA) , el estrés emocional. la menstruación. El tratamiento preventivo consiste en la administración de andrógenos atenuados (danazol, estanozolol) que aumentan la síntesis de C I-inh. Debido a que su uso prolongado causa peliosis hepática y adenomas, se recomienda su utilización en la prevención de edemas tras traumatismos quirúrgicos o en casos graves de edema laríngeo intestinal. El C I-inh purificado sólo se debe emplear en crisis agudas o graves. La utilización de plasma fresco en los ataques agudos es controvertida, pues si bien es una fuente de C I-inh deficitario, también lo es de las proteínas sobre las que actúa, lo que puede generar más péptidos vasoactivos y empeorar el cuadro.

Caso clínico: Mujer de 37 años, apendicectomizada, toma habitual de AO, acude a urgencias con dolor abdominal de 2 días de evolución y vómitos. Refiere un episodio similar hace varios años autolimitado. Exploración física: apirética, con sensación de enfermedad. Abdomen blando, depresible, doloroso de forma difusa y signos de peritonismo. Analítica: leucocitosis y desviación izquierda, resto normal. Ecografía abdominal: abundante líquido libre perihepático, ambos flancos y región pélvica. Ante los hallazgos. se decide realizar laparoscopia diagnóstica : abundante líquido ascítico del que se toman muestras para cultivo, citología, bioquímica siendo todas ellas negativas. El curso postoperatorio evoluciona favorablemente

siendo dada de alta de forma asintomática. con T AC previo que informa de la ausencia de ascitis. A los 2 meses siguientes. sufre un nuevo episodio de dolor abdominal, precedido hacia dos semanas de edema facial: se realiza una batería de pruebas complementarias y analíticas tales como: PCR, electroforesis, marcadores tumorales, porfirias en orina, estudio hormonal, estudio de autoinmunidad e inmunohistoquímica(todo ello sin hallazgos), estudio del complemento, obteniéndose unos valores de C4: 8 mg/dL (10-40), C I inhibidor: 0.8 g/dL (0.21-0.39), properdina 27.4 (20-40) y C3: 131 mg/dL (90-180), anticuerpos antiC I inh que confirma el diagnóstico de AEA.

Discusión: Tener en cuenta este diagnóstico ante un paciente con dolor abdominal y ascitis, a pesar de ser poco frecuente, es importante dada la severidad que pueden tener algunos episodios, requiriéndose en algunos casos la realización de traqueotomía y/o laparotomías innecesarias. El diagnóstico de esta enfermedad es tardío, por lo cual es importante estudiar a toda la familia e informar del origen genético y su transmisión. Debido a los múltiples y comunes desencadenantes es importante realizar medidas profilácticas. La expresión clínica de esta enfermedad puede cambiar con la edad; en pacientes mayores se puede producir coagulación intravascular diseminada o fracaso multiorgánico , de ahí la necesidad de un seguimiento a corto y largo plazo de estos pacientes.

Técnicas de anestesia locorregional en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal

Martín Jiménez, MC; Sánchez Moreno, L; Suárez Grau, JM; Romero Vargas, E; Docobo Durantez, F.

H.U. Virgen del rocío. Sevilla.

Introducción: La Hernioplastia inguinal constituye el 15% de las intervenciones quirúrgicas en Cirugía General (1 de cada 30 personas desarrollará una hernia inguinal a lo largo de su vida) lo que supone amplias repercusiones laborales y socioeconómicas. Estas repercusiones y la puesta en marcha de programas de cirugía mayor ambulatoria o de corta estancia han hecho cada vez más frecuente el uso de técnicas de hernioplastia sin tensión junto con procedimientos de anestesia locorregional.

Material y métodos: Descripción detallada de las técnicas de anestesia locorregional en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal por parte de cirujanos y anestesiólogos. Disponer de fármacos. monitorización y equipo de reanimación cardiopulmonar. Con presencia o disponibilidad inmediata de un anestesiólogo. Para el bloqueo de la cresta iliaca se localiza un punto a 2-3 cm medial a espina iliaca anterosuperior e infiltración de 20cc tras chasquido de la fascia del oblicuo mayor. El tejido celular subcutáneo se infiltra en abanico 10-30cc en dirección al pliegue inguinal y ombligo. Se localiza el borde superior de la sínfisis del pubis y se infiltran 5-10cc debajo fascia oblicuo mayor. y a partir de este punto el tejido celular subcutáneo en abanico hacia ingle y línea media.

Conclusión: Este tipo de técnica anestésica favorece una mínima repercusión de la vida del paciente, deambulación precoz,

pronto restablecimiento de micción espontánea y reanudación temprana de la ingesta (alta precoz). Garantiza una analgesia postoperatoria de varias horas de duración (menor dolor postoperatorio) y por tanto mejor relación coste-beneficio.

Diagnóstico y tratamiento del quiste esplénico gigante

Martín Jiménez, MC; Sánchez Moreno, L; Romero Vargas, E; Suárez Grau, JM; Docobo Durantez, F.

H.U. Virgen del rocío. Sevilla

Introducción: Los quistes epidermoides esplénicos son tumores benignos muy poco frecuentes, cuyo interés radica en lo excepcional de su aparición.

Caso clínico: Mujer de 30 años que consulta por presentar molestias en hipocondrio izquierdo acompañado de dispepsia de varios meses de evolución. A la exploración el abdomen muestra resistencia a la palpación en hipocondrio izquierdo, con matidez a la percusión. En la ecografía abdominal se visualiza lesión quística en el bazo de 14 cm. En T AC abdominal se objetiva lesión quística de características benignas de 14 cm de diámetro máximo que muestra calcificaciones en sus paredes a nivel del bazo, compatible con quiste epidermoide. Se practica Esplenectomía total. dado el gran tamaño de dicha tumoración.

La pieza de esplenectomía presenta un peso de 200 g un tamaño de 15 x 5.5 cm. El parénquima esplénico ha sido sustituido por un quiste que mide 15 x 11 cm, situado a nivel hiliar, mostrando unas paredes externas finas y pardas, con áreas de fibrina. La superficie interna es blanquecina y fibrosa con áreas hemorrágicas y calcificaciones focales. El espesor de la pared quística es de 0.3 cm.

Los hallazgos histológicos mostraron que la pared quística estaba revestida de un epitelio escamoso y ocasionalmente mucinoso y ciliado. Los hallazgos citológicos del contenido quístico son propios de quiste epitelial sin displasia celular individual.

Conclusión: Los quistes esplénicos suelen ser asintomáticos constituyendo un hallazgo casual. Los quistes verdaderos tienen un origen malformativo, mientras que los pseudoquistes parecen tener un origen traumático. Los primeros son más frecuentes en mujeres, mientras que los segundos tienen mayor incidencia en hombres. Publicaciones recientes evidencian la relación entre quiste epidermoide y niveles elevados de marcadores tumorales (CEA, CA 19.9, 11.-10), a pesar de tratarse de patología benigna. Aunque el tratamiento tradicional en quistes esplénicos grandes y/o sintomáticos es la esplenectomía total, en la práctica sólo se emplea en quistes múltiples, de gran tamaño o de localización central con compresión del pedículo esplénico.

Resultados a largo plazo en cirugía mayor

Martín Jiménez, ME; Sánchez Moreno, L; Romero Vargas, E; Suárez Grau, JM; Docobo Durantez, F.

H.U. Virgen del rocío. Sevilla

Objetivos: Describir la actividad quirúrgica de nuestra unidad de cirugía mayor ambulatoria con expresión de la actividad de cirugía general y digestiva.

Material y métodos: Se analizaron las intervenciones realizadas en el periodo de tiempo comprendido entre Octubre 1996- Octubre 2005 en las distintas especialidades quirúrgicas tributarias de régimen de cirugía mayor ambulatoria (Cirugía general y digestiva, Oftalmología, ORL, Cirugía vascular y otras).

En Cirugía general y digestiva destacamos las distintas patologías tratadas (patología de pared, proctológica, mama, litiasis biliar y cirugía menor). así como las diferentes técnicas empleadas. el índice de sustitución y el porcentaje de recidivas en cada una de ellas.

Resultados: Más del 50% de las intervenciones realizadas en nuestra unidad de cirugía mayor ambulatoria pertenecen a Cirugía general y digestiva.

Dentro de las hernias de pared las más frecuentemente intervenidas son las inguinales seguidas de las umbilicales. realizándose en las primeras fundamentalmente hernioplastia y herniorrafia en las umbilicales. En los procedimientos proctológicos la patología más frecuente intervenida es el sinus pilonidal, realizándose preferentemente exéresis abierta. La colecistectomía laparoscópica es la técnica más empleada en la patología biliar. En la patología mamaria se intervienen fibroadenomas más frecuentemente realizándose exéresis.

Conclusiones: Los procedimientos realizados en el periodo analizado, han mostrado seguridad en su resolución, eficacia en su aplicación y eficiencia en el consumo de recursos. Se debe procurar aumentar la cartera de servicios en régimen de cirugía ambulatoria para dar respuesta a esta prestación en constante aumento de demanda.

Resultados quirúrgicos de la hemorroidectomía en una unidad de cirugía mayor ambulatoria (U.C.MA)

Vázquez Monchul, JM; Docobo Durántez, F; Martín, C; Sánchez, L; Tamayo, MJ.

Servicio de Cirugía. Unidad Cirugía Mayor Ambulatoria. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo: Valorar los resultados en el tratamiento quirúrgico de las hemorroides en una UCMA.

Materiales y método: Desde enero de 2.001 hasta diciembre de 2.005. fueron intervenidos 4.376 pacientes. por patología proctológica, en la UCMA del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Procedentes de la espera quirúrgica del área sanitaria. Distribución por patologías: Sinus pilonidales, 2.058 (47.03%); hemorroides. 1.094 (25.00%); fistulas de ano. 820 (18.74%); fisuras de ano. 404 (9.23%). Criterios de inclusión: Sociales de CMA y Anestésicos (ASA I-III compensada). Estudio preoperatorio y evaluación preanestésica. Ingreso procedente del domicilio. Preparación preoperatoria adecuada. Intervención quirúrgica el mismo día. Grupos de pacientes por número de nódulos hemorroidales extirpados: I, II, III. En la 1ª intervención se extirpan un máximo de 2 nódulos. Procedimiento quirúrgico: Milligan-Morgan, Fer-

gusson y Longo (se llevó a cabo esta intervención sólo unos meses y en casos concretos). Anestesia: Raquidea hiperbará o local con sedación. Alta el día de la intervención con protocolos de analgesia programada y medidas higiénicas. Control postoperatorio telefónico a las 24 horas, línea telefónica abierta y revisiones posteriores (a las 48 horas en Unidad de Día y al mes en Consulta).

Resultados: 1.094 pacientes intervenidos por hemorroides. Edad media: 43.02 años. Sexo: 603 mujeres (55.12%) y 491 hombres (44.88%). Pacientes según nº de nódulos: 1.307 (28.06%); 11. 718 (65.63%); 111.69 (6.31%). Precisarón segunda intervención para completar extirpación total de nódulos hemorroidales. 69 pacientes (6.31%). Procedimiento quirúrgico: Milligan-Morgan. 589 (53.84%); 1ª intervención 550 y 2ª intervención 30. Fergusson. 500 (45.70%); 1ª intervención 461 y 2ª intervención 39. Longo, 5 (0.46%). Anestesia: Raquidea. 502 (45.89%); Local + sedación. 592, (54.11%). Alta: Mismo día. 957 (87.47%); en 24 horas, 128 (11.70%); más de 24 horas, 9 (0.83%). Reingreso, 22 (2.01%); dolor 18 y sangrado importante 4. Los Residentes realizaron 3.112 procesos proctológicos (71.11%), de ellos 704 hemorroidectomías (64.35%). Hasta el momento y controles evolutivos: Curación definitiva, 1092 (99.82%); recidiva o persistencia del cuadro, 2 (0.18%).

Conclusiones: El análisis de los resultados del tratamiento quirúrgico de las hemorroides en régimen ambulatorio, refleja una estancia preoperatoria, y estancia postoperatoria mínima (> 24 horas sólo 9 pacientes, 0.83%), con una tasa de reingreso sólo del 2%. La mortalidad es nula y la morbilidad muy baja; destaca el dolor (18 pacientes). Permite extraordinarios resultados (altas tasas de curación y una disminución de los costes sanitarios), siendo muy aceptado y con alta satisfacción por los pacientes. Por ello tras la hemorroidectomía en UCMA, se obtienen excelentes resultados, con una baja tasa de complicaciones. La analgesia postoperatoria es primordial. Procedimiento seguro y posible de realizar en régimen de CMA. requiere una adecuada selección de pacientes, una técnica quirúrgica poco traumática y control evolutivo adecuado.

Análisis de la cirugía proctológica durante un bienio en una unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA)

Vázquez Monchul, JM; Docobo Durántez, F; Sánchez, L; Martín, ; Tamayo, JM.

Servicio de Cirugía. Unidad Cirugía Mayor Ambulatoria. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo: Valorar los resultados del tratamiento quirúrgico de los distintos procesos proctológicos en nuestra UCMA.

Material y método: Incluimos en el estudio 1.233 pacientes intervenidos por distintos procesos proctológicos, entre enero de 2.004 y diciembre de 2.005, en la UCMA del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Todos los pacientes procedentes de la espera quirúrgica del área sanitaria. Criterios de inclusión: Sociales de CMA (teléfono, transporte, distancia al centro menor de 1 hora) y anestésicos (ASA I-III compensada). Estudio preoperatorio y evaluación preanestésica. Los

pacientes acuden procedentes del domicilio con preparación adecuada: Ayunas y enema de limpieza esa mañana. Intervención el mismo día del ingreso. Autorización por escrito, consentimiento informado. Técnica quirúrgica por procesos: Sinus (exéresis, fistulotomía + curetaje); hemorroides (Fergusson, MilliganMorgan); fistulas (fistulectomía, Setón, fistulectomía + Setón); fisuras (ELI, dilatación); otros (extirpación). Anestesia: Raquidea o local + sedación. Alta el mismo día. Se prescribieron analgesia programada y medidas higiénicas. Control y revisiones: En el postoperatorio inmediato en Unidad de Día y posteriores Consultas Externas.

Resultados: Intervenidos por patología proctológica un total de 1.233 (25.93%) entre 4.755 pacientes operados en la UCMA: Sinus pilonidales, 588 (47.69%); hemorroides, 294 (23.84%); fistulas de ano, 226 (18.33%); fisuras de ano, 118 (9.57%); otros (pálipos, condilomas), 7 (0.57%). Edad media: 42.86 años. Sexo: Hombres, 680 (55.15%); mujeres, 553 (44.85%). Alta: Mismo día, 1.218 (98.78%); en 24 horas, 11 (0.89%); más de 24 horas, 4 (0.33%). Hasta el momento y controles evolutivos: Curación definitiva, 1.229 (99.67%). Persistencia del cuadro, 4 (0.32%); Fistulas, 2 (50.00%); sinus, 1 (25.00%); hemorroides, 1 (25.00%). Mortalidad: 0. Morbilidad, 5 pacientes (0.41%); 3 reingresos por sangrado (2 hemorroidectomías y 1 exéresis sinus pilonidal); 2 proctalgia y tenesmo persistente (1 fistulectomías que su posterior estudio diagnosticó enfermedad inflamatoria intestinal y 1 ELI). Los Residentes realizaron 915 procesos proctológicos (74.21%).

Conclusiones: La patología proctológica benigna supone un volumen asistencial importante, superior al 25%, de los distintos procedimientos quirúrgicos llevados a cabo en una UCMA. El régimen ambulatorio constituye un método idóneo para el abordaje de la mayoría de la patología proctológica, demostrando una alta seguridad y gran eficacia. Existe una buena aceptación por parte de los pacientes y se obtienen unos magníficos resultados a corto y largo plazo. La excelencia en cuanto a resultados se relaciona de forma muy directa con la oportuna aplicación de pertinentes protocolos establecidos. Debe seleccionarse a los pacientes de manera adecuada y llevar a cabo una técnica quirúrgica precisa, junto a unos controles postquirúrgicos idóneos.

Tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas de origen colorrectal. Nuestra experiencia

Fernández García, FJ; Sánchez Viguera, T; Baca Pérez Briant, JJ; Daza González, JJ; Marques Melero, E; Fúster de la Mata, A.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Vitoria. Málaga. Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo. Unidad de Coloproctología

Introducción: La cirugía es el mejor tratamiento para las metástasis hepáticas (MH). La presencia sincrónica, enfermedad extrahepática, valores elevados de CEA y la presencia de 4 ó más MH son factores predictivos de menor supervivencia.

Material y métodos: Entre 2001-2004 se han intervenido 32 pacientes con MH de origen colorrectal. Realizamos un

análisis retrospectivo de los mismos. La indicación de cirugía fue hecha conjuntamente por cirujanos y oncólogos en base a criterios de reseabilidad, extensión de la enfermedad y estado clínico del paciente. El estudio preoperatorio consta de TAC Toracoabdominal, RMN hepática, colonoscopia, PET y niveles de CEA y Ca 19.9. Intraoperatoriamente se realizó ecografía sobre superficie hepática. Los pacientes con MH sincrónicas se operaron en un segundo tiempo.

Resultados: Se operaron 18 varones (60%) y 12 mujeres (40%) con edad media de 61.63 años (33-76 de rango) y con estancia media de 11.12 días (5-26 de rango). La mortalidad operatoria es del 6.25% (dos casos, uno por insuficiencia hepática y otro por IAM). La morbilidad se relacionó con dos biliomas tratados con drenaje percutáneo y uno de ellos con papilotomía endoscópica, dos infecciones de herida quirúrgica y una neumonía nosocomial. Actualmente 12 pacientes viven sin enfermedad (40%), 14 pacientes viven con enfermedad (46.6%) y 4 pacientes han fallecido (13.4%), si bien nuestro estudio presenta aún cortos periodos de seguimiento.

Conclusiones: Es un tratamiento eficaz y con pocas complicaciones. La quimioterapia adyuvante aumenta la supervivencia. La presencia sincrónica y un número de MH mayor de 4 son factores de peor pronóstico en cuanto a supervivencia en nuestro estudio. Es importante un seguimiento minucioso y una indicación quirúrgica concensuada.

Embarazo heterotópico como causa de abdomen agudo

Sacristan Pérez, C; Martos Martínez, JM; Salvador Almeida, D; Razak Muchref, A; Lozano Crivell, M; del Valle López de Ayala, A.

Unidad de Cirugía endocrina. HHUU Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El embarazo heterotópico (gestación intrauterina coincidente con gestación ectópica) es un proceso infrecuente que ha experimentado un incremento de su incidencia en los últimos tiempos, con las nuevas técnicas de reproducción asistida. Sin embargo, el embarazo combinado espontáneo sin factores de riesgo continúa siendo raro. **Caso Clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 33 años de edad, gestante de 8 semanas, que acude a Urgencias derivada del Hospital Maternal por cuadro de dolor abdominal agudo. La paciente no refería antecedentes personales relevantes; había sido valorada por Ginecología realizándose ecografía endovaginal que mostraba saco gestante con signos de vitalidad. Ingresó en observación de cirugía estable hemodinámicamente con dolor abdominal moderado y se solicitó ecografía abdominal que recoge resultados similares a la previa. Durante su estancia en observación se produce episodio brusco de hipotensión con dolor abdominal intenso por lo que se decide intervención urgente. Se realiza laparotomía exploradora que confirma la sospecha de embarazo ectópico roto: se extirpan la trompa y anejo izquierdos. El postoperatorio transcurre sin incidencias objetivando latido fetal positivo a los tres días de la intervención. La gestación llegó a término con cesárea a las 36 semanas de gestación. Se presentan las imágenes más relevantes.

Discusión: La rotura de un embarazo ectópico continúa

siendo una urgencia relativamente frecuente en cirugía; su coexistencia con un embarazo intrauterino viable es mucho más rara. Se estima una incidencia 0,75 - 1,3 % de embarazos combinados en pacientes sometidas a tratamientos de reproducción asistida. Es muy frecuente que la gestación ectópica no se detecte en las primeras ecografías, por lo que debería considerarse la posibilidad en pacientes que refieran sangrado vaginal y dolor abdominal, especialmente en aquellas con factores de riesgo. En torno al 75% de las gestaciones intrauterinas en pacientes intervenidas por gestaciones heterotópicas llegan a término.

Men IIB

Sacristan Pérez, C; Martos Martínez, JM; Salvador Almeida, D; Razak Muchref, A; Lozano Crivell, M; del Valle López de Ayala, A.

Unidad de Cirugía endocrina. HHUU Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: El síndrome MEN 2B es el menos frecuente de todos los síndromes de neoplasia endocrina múltiple, y la aparición con todas sus características (hábito y neuromas, cáncer medular de tiroides y feocromocitoma) está escasamente descrita en la literatura española. Presentamos un caso tratado recientemente en nuestra unidad para ilustrar todas las características de este síndrome.

Caso clínico: Varón de 22 años, que no refiere antecedentes familiares de interés que hace 5 años a raíz de un estudio por un nódulo tiroideo, fue diagnosticado de síndrome MEN 2B e intervenido de su carcinoma medular mediante tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar central. A la exploración presenta un indudable aspecto marfanoide, así como engrosamiento de labios y encías, con los característicos neuromas de esta enfermedad en la lengua. En el seguimiento en consultas, presenta elevación de catecolaminas importante en las últimas revisiones, realizándose gammagrafía que es sugestiva de hiperplasia adrenal bilateral, por lo que se propone suprarrenalectomía bilateral, que se lleva a cabo sin incidencias, siendo la evolución postoperatoria excelente con alta a los 3 días. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de feocromocitoma bilateral. Se presentan los datos iconográficos más relevantes del caso.

Discusión: El síndrome MEN2B es un síndrome infrecuente, de modo que en una unidad de amplio volumen como la nuestra solo tenemos recogidos 3 casos de MEN 2B completo en los últimos 8 años. El feocromocitoma aparece aproximadamente en el 40-50% de los MEN 2B y, de estos, la mitad son bilaterales. Raramente es la forma de presentación del MEN 2B, y se detecta habitualmente después del CMT o concurrentemente con éste. El seguimiento estrecho de estos pacientes y un tratamiento precoz es fundamental dada la tendencia mas agresiva que en el MEN 2A de los tumores que presentan.

Metastasis ganglionares masivas de carcinoma neuroendocrino oculto

Sacristán Pérez, C; Martos Martínez, JM; Razak

Muchre, A; Lozano Crivell, M; Salvador Almeida, D;
Del Valle López de Ayala, A.

Unidad de Cirugía Endocrina. HHUU Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Aunque la presentación de un cáncer como metástasis sin primario conocido es relativamente común (2-5% de todos los cánceres). la presentación de un carcinoma neuroendocrino (CNE) como metástasis ganglionares masivas con primario no identificado a pesar de la laparotomía. es un hecho raramente referido en la bibliografía.

Caso clínico: Varón de 74 años con antecedentes de pleuritis en su juventud. hipertensión arterial. úlcera péptica. hemorroides. litiasis renal y prostatectomía transuretral por hipertrofia benigna de próstata. Estando previamente asintomático. se nota una tumoración en región inguinal izquierda, que se biopsia. diagnosticándose de metástasis de CNE. por lo que se inicia estudio. Se realiza T AC en el que se aprecian grandes tumoraciones de aspecto ganglionar metastático en FII y región inguinal izquierda (incluido conducto inguinal), con compresión de vasos ilíacos y femorales, sin otros hallazgos. Se solicita también PET. en el que se evidencian las mismas lesiones antes mencionadas además de una imagen de hipercaptación de posible origen maligno y localización probablemente intestinal (aunque con SUV inferior a las otras lesiones) a nivel de FID. Se remite a nuestra unidad. Es intervenido quirúrgicamente, realizándose exploración sistemática de toda la cavidad sin que se evidencien más hallazgos que las metástasis ganglionares referidas y realizándose apendicectomía y limpieza ganglionar desde bifurcación aórtica hasta región inguinal superficial, siendo precisa la reconstrucción del conducto inguinal con malla. El postoperatorio curso sin incidencias. El estudio anatomopatológico se informó de apéndice sin alteraciones y múltiples metástasis ganglionares (de hasta 7 cm) de CNE. con la rara peculiaridad de ser negativo a cromogranina, descartándose linfoma, melanoma o tumor germinal. En T AC realizado a los 7 meses de la intervención, solo se aprecia una imagen sugestiva de adenopatía con degeneración quística en región inguinal, sin otros datos. En la actualidad (9 meses). el paciente permanece asintomático. en seguimiento por Oncología.

Discusión: Los CNE asientan sobre todo en el tracto respiratorio (10%) y gastrointestinal. En este último se concentran sobre todo en intestino delgado (39%). apéndice (26%) recto (15%). colon (5-7%), estómago (2-4%), páncreas (2-3%) e hígado (1%). También existen en el esófago inferior, vesícula y vía biliar y mas raramente en ovarios, testículos, vejiga. próstata y otros lugares. Aproximadamente el 20% de los carcinoides del intestino delgado desarrollan metástasis. La probabilidad de metástasis es directamente proporcional a su tamaño. Si el tumor tiene más de 2 cm las posibilidades de propagación son mayores al 50%. Todo esto no parece haber sido así en nuestro caso.

Tumor carcinoide primario hepático:

García Moreno, JL; Valera Sánchez, Z; Suarez Grau, JM;
Molina García, AD; Socas Macías, M; Pareja Ciuró, F.

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: Se presenta el caso de una mujer de 52 años con un tumor carcinoide primario hepático. En el diagnóstico de este cuadro se debe ser cauto, debiendo descartar adecuadamente la existencia de tumor primario. ya que si bien es frecuente que tumores carcinoides del tracto gastrointestinal metastaticen en hígado. la presencia de un tumor carcinoide primario de esta localización es una autentica rareza.

Caso Clínico: Mujer de 52 años que consultó a médico de atención primaria por presentar episodios diarreicos acuosos de 10-20 deposiciones al día junto con intenso dolor abdominal de localización periumbilical y epigástrico de un año de evolución y pérdida de peso de 10-12 kg. en el último año. Analíticamente. los parámetros bioquímicos se mostraron con normalidad. Se realizaron test hormonales en los que se manifestaron una gastrinemia basal incrementada con test de la secretina negativo. Endoscópicamente se objetivó esofagitis grado IV junto con múltiples úlceras duodenales en bulbo y segunda porción duodenal. Ecográficamente se apreció lesión ocupante de espacio (LOE) de 6.5x4 cm a nivel del segmento hepático VIII. Se realizó tomografía axial computerizada que mostró dicha LOE a modo de lesión sólida e hipervascular aparentemente loculada. sin mostrar hallazgos compatibles con tumor primario. Se efectuó una punción-biopsia de dicha LOE siendo sugerente de tumor de origen neuroendocrino. Sospechando metástasis de tumor primario desconocido se realizó laparotomía exploradora. sin hallarse datos sugerentes de tumor primario. En un segundo tiempo se realizó una intervención con intención de extirpar dicha LOE, realizándose hepatectomía derecha. Anatomopatológicamente se informó la pieza de tumor carcinoide insular. El postoperatorio cursó tópidamente, aunque finalmente recibió el alta y actualmente se encuentra en seguimiento en consultas.

Discusión: Se discutirá sobre los tumores'carcinoides, realizando una revisión acerca de la clínica de este cuadro, hallazgos radiológicos y tratamiento propuesto tanto en este caso como en la literatura.

Presentación tipo póster, necesidad de un cañón de vídeo para la exposición.

Mujer de 31 años con sarcoma multipotencial de alto grado:

García Moreno, JL; Suarez Artacho, G; Talió Aguilar, L;
Suarez Grau, J.M.: Alamo Martinez, J. M.; Ferrari Marquez, J. L.

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: Se presenta el caso de una mujer de 31 años que consultó por presentar una tumoración a nivel submamario derecho de rápido crecimiento, indolora y con evidencias de malignidad que tras exéresis quirúrgica volvió a recidivar. En el apartado discusión se hablará de los sarcomas de partes blandas, realizando una revisión bibliográfica en la que se comentaran las características más importantes de este tipo de tumores.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una mujer de 31 años que consultó a médico de atención primaria por presentar tumoración en región submamaria derecha de 1.5 x 1.5 cm indolora, sin aspecto inflamatorio, móvil a la palpación y sin

adherencia a planos profundos. La paciente fue dada de alta con el diagnóstico de tumoración benigna de partes blandas (lipoma). Un mes más tarde vuelve a consultar por marcado aumento de tamaño de dicha masa, solicitándose ecografía mamaria, apreciándose nódulo bien definido con estructuras ecogénicas en su interior. Se solicitó un TAC para una mejor caracterización, donde se objetivó una lesión de 7x4,5x8 cm. mostrando realce periférico irregular con captación heterogénea sin relación con glándula mamaria ni parrilla costal. Dados los hallazgos se deriva a consultas de cirugía general para valoración. En consultas se apreció a la exploración una tumoración de 13x8 cm. indolora, de consistencia elástica y adherida a planos profundos, que ante la susceptibilidad de malignidad se programó para intervención quirúrgica programada con carácter preferente, realizándose RNM preoperatoria para planificar la intervención sin hallarse en la misma hallazgos compatibles con infiltración de estructuras vecinas. Se realizó exéresis de la lesión sin apreciarse macroscópicamente ni mediante estudio anatomopatológico intraoperatorio la evidencia de extensión local. dándose de alta la paciente al 14º día postoperatorio sin complicaciones. El informe anatomopatológico mostró la presencia de un sarcoma pluripotencial de alto grado, infiltrando músculo y periostio. La paciente recibió radioterapia del lecho quirúrgico, pese a la cual objetivó recidiva local de la masa y existencia de metástasis pulmonares a nivel de lóbulo inferior derecho. Actualmente la paciente está pendiente de iniciar quimioterapia adyuvante.

Discusión: Los sarcomas de partes blandas constituyen menos del 1% de los tumores del adulto, siendo más frecuentes en edad pediátrica (15%). En su etiología se han implicado factores genéticos, ambientales, y traumáticos. Aunque pueden localizarse en prácticamente cualquier lugar del organismo son más frecuentes en extremidades inferiores (46%), Se han descrito más de 50 subtipos histológicos, siendo los más frecuentes el histiocitoma fibroso maligno, liposarcoma y leiomiomasarcoma. Clínicamente se suelen manifestar como masa, habitualmente indolora (dolor como síntoma inicial en 33%), que en ocasiones se relaciona con antecedente de traumatismo. Sugiere malignidad una elevada velocidad de crecimiento. Su sintomatología se puede derivar de compresión de estructuras vecinas, sangrado, etc.. en casos avanzados, En su diagnóstico resulta fundamental una adecuada anamnesis y exploración física para su sospecha, siendo la resonancia magnética la exploración más útil para su estudio, La biopsia estará indicada si síntomas, >5cm ó >4 semanas de evolución. El tratamiento curativo es fundamentalmente quirúrgico, realizando una adecuada resección con márgenes libres. La radioterapia facilita el control local de la lesión, no habiéndose demostrado la efectividad de la quimioterapia. Hasta un tercio de estos tumores recidivarán con un intervalo libre de enfermedad de 18 meses.

Hepatitis simulando un tumor de kistkin: rentabilidad de las pruebas de imagen

García Moreno, JL; Suarez Grau, JM; Molina García, AD; Valera Sanchez, Z; Alamo Martínez, JM; Pareja Ciuró, F.

Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción: El estudio de las enfermedades de la vía biliar precisa de un correcto diagnóstico diferencial para realizar un adecuado manejo, sin embargo esto no resulta asequible en algunas ocasiones. Mostramos el caso de una hepatitis a nivel de la bifurcación del conducto hepático que simulaba tanto clínica como radiológicamente un colangiocarcinoma

Caso Clínico: Se presenta el caso de una mujer de 76 años que acudió a urgencias por presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho de dos semanas de evolución junto con ictericia, fiebre y síndrome constitucional. Analíticamente presentó incremento de los niveles de gamma-glutamilo transferasa, fosfatasa alcalina y marcadores tumorales. Ecográficamente se objetivó dilatación de la vía biliar intrahepática. y tanto la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica como la colangio resonancia nuclear magnética resultaron sugerentes de colangiocarcinoma, decidiéndose intervención quirúrgica. Intraoperatoriamente se realizó exploración de la vía biliar. apreciándose a nivel de la bifurcación del conducto hepático común un cálculo que formaba un molde que se extrajo mediante pinzas de cálculo y balón de Fogarty. no apreciándose ni exploratoriamente ni por biopsias estudiadas intraoperatoriamente datos compatibles con colangiocarcinoma. El postoperatorio cursó favorablemente y la paciente se encuentra actualmente en seguimiento por la unidad de cirugía hepatobiliar pancreática.

Discusión: Se discute acerca de la dificultad que en ocasiones se presenta para un adecuado diagnóstico diferencial entre litiasis biliar y colangiocarcinoma, realizando una revisión bibliográfica en la que se expone la sensibilidad y especificidad de las distintas pruebas de imagen en el diagnóstico de estas dos entidades.

Tratamiento neoadyuvante con mesilato de imatinib en un tumor estromal gastrointestinal de localización rectal

Jiménez Anula, J; Madero Morales, MA; Armenteros del Moral, J; Capitán Vallvey, JM.

Hospital Universitario Médico-Quirúrgico, Jaén

Introducción: La denominación t/llores del estroma gastrointestinal (GIST) se utiliza para designar un grupo de neoplasias mesenquimales que se localizan en el tracto gastrointestinal que, por su aspecto morfológico, se consideraban de origen muscular o neural. La mayoría de los GIST aparecen en el estómago y el intestino delgado, mientras que son muy poco frecuentes los de localización rectal, por lo que la experiencia de la mayor parte de los hospitales es muy limitada. Presentamos un caso de tumor estromal de localización rectal en el que realizó tratamiento neoadyuvante con mesilato de imatinib.

Caso clínico: Varón de 75 años que en un estudio urológico rutinario se detecta una tumoración yuxtaprostática. La PAAF demuestra una neoplasia mesenquimal de células fusiformes. CD 34 positiva y dudosa positividad para CD 117. La RMN mostró un tumor sólido, bien delimitado, de unos 5 cm de diámetro, en cara anterior de recto que desplaza próstata y uretra prostática sin infiltrarlas. No adenopatías ni metástasis.

El paciente fue sometido a quimioterapia neoadyuvante con mesilato de imatinib a dosis de 400 mgr/día durante seis meses. En los controles con RMN realizados durante el tratamiento se aprecia una clara regresión del tamaño tumoral. Fue intervenido quirúrgicamente realizándose exéresis del tumor por vía endoanal. El estudio anatomopatológico describió un tumor de 2 cm. de células fusiformes, con nula/escasa atipia celular. Índice mitótico 0-1/10 CGA. Inmunofenotipo: CD-117, S-100 y actina positivos. Un año tras la intervención, el paciente se encuentra libre de enfermedad.

Comentarios: La cirugía es el tratamiento de elección de los GIST. El objetivo del tratamiento quirúrgico es la extirpación completa, macroscópica y microscópica, del tumor evitando la rotura del mismo. En los tumores de recto se recomienda la cirugía radical (amputación abdomino-perineal / resección anterior) frente a la resección local; sin embargo, el tipo de cirugía no ha demostrado ser un factor pronóstico de supervivencia. La neoadyuvancia con imatinib sólo se indica en el contexto de ensayos clínicos adecuadamente controlados; aunque ésta es aceptada cuando la reducción del tamaño tumoral permite cirugía conservadora con conservación de esfínteres.

Tumores del estroma gastrointestinal de localización rectal

Jiménez Anula, J; de Reyes Lartategui, S; Oabán Collado E; Capitán Vallvey JM.

Hospital Universitario Médico-Quirúrgico - Jaén

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias de origen mesenquimal que se localizan en el tracto gastrointestinal y representan el 2% de todos los tumores de esta localización. Los tumores estromales de localización rectal son muy poco frecuentes, aproximadamente el 5% de todos los GISTs. Presentamos dos casos de tumor estromal de localización rectal tratados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén.

Casos clínicos: Caso 1: Varón de 55 años que en una revisión rutinaria se detecta tumoración en cara anterior de recto. Rectoscopia: tumoración submucosa en cara anterior de recto. TAC pélvico: Tumoración de 4,5 cm de diámetro mayor, bien delimitada, situada entre las vesículas seminales y el recto. PAAF: sugerente de tumor estromal. Se realiza exéresis del tumor por vía endoanal. El estudio de la pieza revela un tumor estromal CD 117 positivo, índice mitótico 7/50CGA. El paciente se encuentra libre de enfermedad después de 4 años. Caso 2: Varón de 75 años que en un estudio urológico se detecta tumoración yuxtaprostática. PAAF: tumor mesenquimal con positividad dudosa para CD-117. RMN: Tumoración bien delimitada, en cara anterior de recto que desplaza próstata y uretra prostática, de unos 5 cm de diámetro. El paciente recibe tratamiento neoadyuvante con mesilato de imatinib (400 mgr/día durante seis meses), apreciándose clara regresión del tamaño en los controles con RMN. Se realiza exéresis del tumor por vía endoanal. El estudio postoperatorio demuestra un tumor de 2 cm, CD 117 positivo, índice mitótico 0-1/10 CGA. Un año tras la intervención, el paciente se encuentra libre de enfermedad.

Comentarios: Los GIST de localización rectal son muy poco frecuentes y la experiencia de la mayor parte de los hospitales es muy limitada. Los tumores < 5 cm. a menudo, son silentes y se descubren de forma incidental. La expresión de CD-117 es el marcador diagnóstico más específico de los GIST y permite el diagnóstico diferencial con otras neoplasias mesenquimales del tracto gastrointestinal de origen neural o muscular. El objetivo del tratamiento quirúrgico es la extirpación completa, macroscópica y microscópica, del tumor evitando la rotura del mismo. Las dos variables con valor de predicción más importantes son el tamaño tumoral y el índice mitótico. En base a estas dos variables se clasifican los pacientes en diferentes grupos de riesgo.

Reconstrucción inmediata mediante prótesis mamaria y colgajo de músculo dorsal ancho

Hernandez, JM; Del Olmo, CM, Cañadas, O; Gómez Valverde, E; Torne, P; García Gil, JM.

Hospital Clínico San Cecilio. Granada

Introducción: El sarcoma filoides mamario es un tumor infrecuente pero, a pesar de su rareza, es el sarcoma mamario con mayor prevalencia. Por lo general se trata de un tumor unilateral de crecimiento lento y poco agresivo aunque entre un 20%...30% presenta un crecimiento rápido y súbito sobre una masa de larga evolución. La extirpación quirúrgica con bordes claros, junto a la radioterapia locoregional son fundamentales para el tratamiento y prevención de recidiva.

Caso clínico: Paciente de 40 años de edad. Antecedentes familiares: tía paterna adenocarcinoma de mama.

Antecedentes personales: sin interés. Cuadro clínico: Tumor en mama izquierda de larga evolución. Que desde hace unos cinco meses presenta un crecimiento constante y expansivo. A la exploración: Mama izquierda aumentada de tamaño (más de cuatro veces el del contralateral) indurada e irregular en toda su extensión pero sobre todo en cuadrantes externos donde la piel se encuentra ulcerada en unos 7 cm. de diámetro con signos de necrosis hemorrágica y sobreinfección. Exploración axilar: adenopatías palpables no pudiendo diferenciar la ecografía si se trata de inflamatorias o neoplásicas. Biopsia preoperatoria: sarcoma filoides maligno. Estadía preoperatorio: T4N1M0. Intervención: mastectomía radical modificada tipo Madden más Reconstrucción con expansor y colgajo muscular de dorsal ancho. Anatomía patológica: Pieza de mastectomía de 26*25*12,5 cm. de diámetro, mostrando al corte una tumoración friable con centro necro. hemorrágico de 19*18cm de d.. Diagnóstico anatomopatológico: Tumor filoides maligno, linfadenitis crónica en las 13 adenopatías aisladas (T4N0M0). Seguimiento: Ausencia de recidiva y de metástasis a distancia a los 25 meses desde la intervención.

Comentarios: Aunque el sarcoma tipo filoides suele ser un tumor de crecimiento lento existen casos que pueden presentar un crecimiento más rápido y agresivo siendo, no obstante, el riesgo de metástasis a distancia muy bajo. Por ello es fundamental un correcto control local de la enfermedad mediante una escisión con bordes quirúrgicos libres de enfermedad. Si

la superficie cruenta postoperatoria es muy extensa, estando los borde de la herida quirúrgica muy separados entre si, pensamos que la reconstrucción inmediata empleando un colgajo muscular (con o sin prótesis) es la mas idónea. No sejustitica la disección de los ganglios axilares a menos que existan indicios clínicos de compromiso ganglionar.

Incidentaloma de presentación atípica

Torres Arcos, C; Ruiz Luque, V; Gómez Rubio, D; Jurado Jiménez, R; Brox Jiménez, A; Sánchez Blanco, JM.

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Introducción: El incidentaloma suprarrenal es una lesión adrenal no sospechada, clínicamente silente, descubierta casualmente por estudios de imagen. La actitud ante dicho hallazgo esta bien establecida. La determinación hormonal en busca de actividad funcional. la diferenciación entre benigna y maligna. y la si se trata de una lesión primaria o metastásica. son los pasos a seguir. La mayoría de los incidentalomas suprarrenales son no funcionantes (55-94%). En la actualidad se considera candidato a resección quirúrgica las lesiones funcionantes. los incidentalomas de más de 4 cm. por el riesgo de malignidad, y todas aquellas lesiones con sospecha por estudio de imagen o punción de malignidad. Presentamos un caso de incidentaloma suprarrenal de presentación atípica en un paciente con diagnóstico de infección por VIH.

Caso clínico: Paciente varón de 45 años de edad con antecedentes personales de infección por VIH en estadio A2 y hepato patía crónica por VHC. Esplenectomizado por rotura traumática y Hepes zoster multimetamérico.

Diagnosticado en marzo del 2005. durame estudio de síndrome febril. de masa suprarrenal derecha de unos 2 cm de diámetro mayor. de aspecto homogéneo y bien delimitada. Estudio hormonal dentro de la normalidad. PAAF con resultado de tumoración adrenocortical sin hallazgos sugestivos de malignidad. A los 3 meses se realiza T AC de control en el que se objetiva que la masa conserva tanto las dimensiones como las características radiológicas. Ingresa en nuestro centro a los 7 meses por síndrome febril. realizándose ecografía abdominal donde se objetiva una gran masa suprarrenal derecha de 10 x 15 cm. sólida y heterogénea. En TAC abdominal se visualiza la misma masa de densidad y captación de contraste heterogéneos. con realce periférico y zonas hipodensas centrales. Dicha masa comprime estructuras de vecindad (hígado. riñón derecho y vena cava inferior. con dudosa infiltración de esta última). Se realiza RM donde la vena cava inferior está rechazada hacia delante pero no englobada ni infiltrada. Se repite PAAF informada como probable carcinoma suprarrenal. Los estudios hormonales (catecolaminas en orina, ACTH. iones. TSH) fueron normales. Ligera elevación del CEA (6.48 ng/ml).

Ante el diagnóstico de carcinoma Suprarrenal se plocede a realizar intervención quirúrgica hallándose un gran tumor de

12 cm de diámetro mayor. adherido a vena cava inferior e hígado. Se consigue resecar. quedando una pequeña porción tumoralligada a la vena cava inferior. La evolución postoperatoria ha sido favorable. siendo el alta hospitalaria a los 10 días

de la intervención v sin la aparición de complicaciones. encontrándose pendiente de realizar tratamiento adyuvante.

Conclusiones: El 4% de los incidentalomas suprarrenales operados son carcinomas primarios y solo el 10% de los carcinomas suprarrenales se manifiestan como incidentalomas.

Las técnicas de imagen son solo orientativas en cuanto a la naturaleza benigna ó maligna de la lesión. Sólo la presencia de metástasis ó invasión de estructuras vecinas son criterios absolutos de malignidad.

La PAAF tiene una dudosa utilidad en el diagnóstico de masas adrenales. ya que no discrimina entre adenoma y carcinoma suprarrenal primario, aunque sí es especialmente útil en el caso de sospecha de metástasis, siendo esta la única indicación claramente establecida.

En el caso de incidentalomas sin indicación quirúrgica. no existe un consenso sobre el seguimiento. aunque podría repetirse la TAC a los 3. 6 y 18 meses para descartar un crecimiento acelerado. Las lesiones que aumenten de tamaño deben ser resecaadas.

En este paciente es llamativo el rápido crecimiento de la lesión. probablemente en relación con cierto grado de inmunosupresión debido a la patología concomitante del paciente.

Tratamiento multidisciplinar del cordoma sacrocoxígeo

Sánchez Moreno, L; Martín Jiménez, MC; Romero Vanms, E; Suárez Grau, JM; Docobo, F.

H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Los Cordomas son tumores óseos malignos poco frecuentes (1-4% de los tumores óseos). originados de remanentes de la notocorda,

Presentamos el caso de un varón de 70 años con dolor en región sacra y masa palpable a dicho nivel.

Caso clínico: Paciente varón de 70 años que consulta por tumoración dolorosa en región sacro-coxígea de unos 12X9 cm de diámetro acompañado de estreñimiento y episodios de cialalgia.

La Tomografía axial computarizada así como la RNM abdomino-pelvianas demostraron a nivel sacrocoxigeo una gran masa de partes blandas de 14x12x9 cm de diámetro que destruía S4 y S5, Se realizó PAAF y Punción-Biopsia posterior cuyos resultados anatomopatológicos fueron indicativos de Cordoma por lo que se decidió realizar intervención quirúrgica programada,

La intervención quirúrgica se realizó mediante un abordaje multidisciplinar (Cirugía General y Traumatología) en dos tiempos quirúrgicos practicándose

Amputación abdomino-perineal y Colostomía Terminal izquierda con el objetivo de facilitar el abordaje anterior del tumor y Sacrectomía Parcial con resección del tumor. El resultado AP de la pieza resecaada fue de Cordoma Sacrocoxigeo,

Discusión: Los Cordomas son tumores óseos malignos poco frecuentes. de lento crecimiento y localmente invasivos. Se caracterizan por su elevada tendencia a la recidiva local va las metástasis tardías.

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, El trata-

miento de elección en los Cordomas es la resección quirúrgica completa del mismo mediante un abordaje combinado (anterior y posterior) por parte de un equipo multidisciplinario (Cirujano, Traumatólogo, Neurocirujano) que permita una adecuada exposición de la tumoración. aumentando así la probabilidad de realizar una exéresis completa con un margen amplio de seguridad. principal

Circuito asistencial en una unidad de cirugía mayor ambulatoria

Sánchez Moreno, L; Martín Jiménez, MC; Suárez Grau, JM; Romero Vargas, E; Docobo, F.

H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Descripción de las características de nuestra unidad de cirugía mayor ambulatoria. del circuito asistencial que siguen los pacientes en ella así como los criterios de selección para ser incluidos dentro de este régimen.

Material y métodos: En una unidad de cirugía mayor ambulatoria los pacientes diagnosticados previamente son intervenidos bajo cualquier tipo de anestesia y dados de alta ese mismo día. La asistencia al paciente en régimen de CMA requiere del establecimiento de unos criterios claros y bien definidos para asegurar la calidad asistencial. Éstos criterios se clasifican en cuatro grupos: Psicológicos. fisiológicos. quirúrgicos y sociales.

El circuito asistencial que siguen los pacientes comienza en atención primaria. ante una patología subsidiaria de tratamiento quirúrgico se deriva al Centro de Especialidades médicas y desde allí. aquellos que cumplen los criterios de selección se remiten a la unidad de cirugía mayor ambulatoria para ser intervenidos y seguidos en el postoperatorio inmediato por su médico de atención primaria.

Conclusiones: Las ventajas de una unidad de cirugía mayor ambulatoria son numerosas: alteración mínima en la vida del paciente. mejor atención individual. menor ansiedad, control directo cirujano-paciente. menor riesgo de complicaciones. menor baja laboral y reducción global de los costos.

Por tanto. los pacientes deben seguir unos criterios de selección bien definidos y tener el acceso a unos circuitos establecidos de forma que aseguren la mejor asistencia con el menor impacto en su vida cotidiana y su reinserción laboral temprana.

Complicaciones postoperatorias del sinus pilonidal en régimen de cirugía mayor ambulatoria

Sánchez Moreno, L; Martín Jiménez, MC; Romero Vargas, E; Suárez Grau, JM; Docobo, F.

H.U. Virgen del Rocío, Sevilla

Objetivos: Determinar las complicaciones postoperatorias del sinus pilonidal en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Métodos: Estudio transversal con una muestra de 264 pacientes intervenidos por sinus pilonidal a lo largo de un año

en nuestra unidad de cirugía mayor ambulatoria. Se analiza el porcentaje de ingresos por complicaciones postoperatorias así como la técnica quirúrgica empleada en cada caso.

Resultados: Del total de pacientes intervenidos, en un amplio porcentaje en torno al 80% se realizó exéresis radical y cierre por segunda intención y en el 20% restante tistulotomía y curetaje.

El porcentaje de ingresos por complicaciones en el postoperatorio inmediato fue del 3%. entre los cuáles el 50 % fue por dolor. 25% por hemorragia, y el resto por complicaciones anestésicas.

Conclusiones: En nuestro estudio se observa que existe un bajo porcentaje de complicaciones postoperatorias que motiven ingresos, por lo que podemos considerar que el sinus pilonidal es una patología subsidiaria de tratamiento quirúrgico en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Insulinoma: presentación de dos casos

Tallón, L; Martínez, A; Barrera, L; García, J; Gómez, MA.

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Introducción: Los tumores neuroendocrinos del páncreas son neoplasias originadas en los islotes de Langerhans cuya incidencia es muy rara en torno a 1-1'5 casos por cada 100000 habitantes y año. Dentro de éstos, la gran mayoría son no funcionantes, pero entre los funcionantes es el insulinoma con diferencia el más frecuente.

Caso clínico: Presentamos dos pacientes, una mujer de 34 años y un varón de 67, que presentan episodios repetidos de hipoglucemias. Tras realización de sendos estudios se diagnostican como insulinoma. Ambos casos presentan una localización y comportamiento diferente por lo que se decide una actitud y técnica quirúrgica distinta en cada uno de los mismos.

En el primero de los casos, se realiza TAC y ecoendoscopia que se considera dentro de la normalidad y una RMN donde se aprecia lesión nodular próxima al cm de diámetro en la porción más caudal de la cabeza pancreática, por lo que se decide realización de intervención quirúrgica. Se realiza enucleación de la tumoración de 0'5 x 0'5 cms, que es informada como insulinoma intraoperatoriamente.

En el segundo, se aprecia en el TAC una pequeña tumoración hiperdensa a nivel de la cola del páncreas de 1'3 cms sugestiva de tumor neuroendocrino productor de insulina dada la sintomatología que presenta. Se decide intervención quirúrgica, realizándose una pancreatomecía caudal. La anatomía patológica es informada como tumor endocrino bien diferenciado (insulinoma), multihormonal y de comportamiento benigno.

Tiroiditis por nocardia, una rara forma de tiroiditis

Bazán Hinojo, ME; Mayo Ossorio, MA; González

Rodicio, Y; Pacheco García, JM; García Ureña, MA; Gil-Olarte, A; San Miguel, M; Yáñez Gallego, JM.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: La tiroiditis aguda supurada es una situación clínica relativamente infrecuente debido a que las características intrínsecas de este órgano le dan gran resistencia contra la colonización. Las nocardias son actinomicetos aerobios que actúan como agentes patógenos en pacientes inmunodeprimidos.

Presentamos un caso de tiroiditis aguda por nocardia.

Caso clínico: Mujer de 44 años diabética con insuficiencia renal crónica terminal, que 2 meses después del trasplante renal presentó un cuadro febril y absceso a nivel del cuello, que se fistulizó hacia piel y faringe. La ecografía cervical muestra absceso tiroideo. Se aislaron Nocardias Asteroides en el cultivo de la PAAF del absceso tiroideo. Se realizó Rx y TAC de Tórax que mostró neumonía cavitada en segmento 10 izquierdo. Se realizó tratamiento médico con trimetoprim-sulfametoxazol y posteriormente tratamiento quirúrgico practicándose Tiroidectomía total.

La anatomía patológica muestra escaso tejido tiroideo y una extensa reacción xantogranulomatosa constituida por macrófagos, linfocitos y aisladas células gigantes multinucleadas, dando como diagnóstico tiroiditis xantogranulomatosa por nocardia.

Postoperatorio favorable, desapareciendo la fístula faríngea al mes de intervención.

Discusión: La glándula tiroidea tiene una gran resistencia a la colonización bacteriana debido a su rica vascularización y drenaje linfático, a su encapsulamiento y por último a la presencia de yodo que le da un efecto antibacteriano. La infección primaria es excepcional (formas yatrogénicas y traumáticas), afectándose generalmente de forma secundaria a una infección en otra parte de la anatomía.

La nocardia afecta generalmente a personas inmunodeprimidas y la localización más frecuente es a nivel pulmonar. Las complicaciones más frecuentes de la nocardiosis pulmonar son los abscesos cerebrales y las afecciones maxilocervicales.

En nuestro caso se trataba de una paciente inmunodeprimida que debutó con fiebre y absceso tiroideo siendo la PAAF la que dio el diagnóstico de infección por Nocardia. Aunque la paciente no presentaba síntomas respiratorios se buscó un foco primitivo, demostrándose mediante TAC torácico la presencia de una neumonía cavitada probablemente por Nocardia. Aunque con el tratamiento médico se apreció mejoría del cuadro, precisó del tratamiento quirúrgico (Tiroidectomía total) para la erradicación completa.

Neumatosis coli

Joseph Ph, JR; Molina Escobar, B; Rodriguez Morillas, D.

Clínica La Inmaculada, Granada

Introducción: La Neumatosis Coli (NC) es una enfermedad rara que se caracteriza por la presencia de numerosos quistes en la submucosa y/o en la subserosa llenos de gas en el marco cólico. Ocurre más frecuentemente entre las edades de 30 a

50 años. Se localiza en un 42% en el intestino delgado, en un 36% en el colon y juntos en un 22%. En un 15% de los casos se presentan de forma primaria pero habitualmente suele ser secundaria a varias patologías como enfermedades del colágeno, infecciosas, oncológicas, inmunitarias, inflamatorias, etc., y algunas veces traumatismo [2].

Caso clínico: Mujer de 60 años que tras 4-5 meses de episodios de dolor abdominal tipo cólico, meteorismo abdominal, flatulencia, náuseas, inapetencia y estreñimiento. Tras informar el radiólogo de neumoperitoneo y de la presencia de gas en la pared del colon, con sospecha de perforación intestinal, se remite a urgencias para valoración quirúrgica. En los antecedentes personales hay que resaltar: Miocardiopatía hipertensiva, diabetes mellitus, EPOC, sarcoidosis, parada respiratoria con reanimación efectiva hace 6 meses y tomadores habituales de corticoides. A la exploración abdominal se apreciaba un abdomen distendido con dolor difuso a la palpación pero sin signos de irritación peritoneal. La analítica era normal. Ante el buen estado general de la paciente y la discordancia entre la clínica y la prueba de imagen que nos hace pensar en la neumatosis coli, se decide instaurar tratamiento médico conservador (Dieta absoluta, NPT, metronidazol, omeprazol, analgesia, SNG, sonda rectal y oxigenoterapia al 100%) que consigue una mejoría completa de la clínica aunque no era así para la radiología. La evolución ha ido favorablemente iniciando tolerancia a los 5 días y alta hospitalaria a los 10 días. Al mes de la revisión seguía teniendo una radiología patológica pero la paciente seguía asintomática.

Discusión: La PCI es una enfermedad benigna e infrecuente que afecta más al sexo masculino y que se caracteriza por un cúmulo de gas en la pared intestinal específicamente en la submucosa y en la subserosa y que a veces se diagnostica de forma accidental. La gran mayoría de los casos suelen ser secundaria a diversas enfermedades. Se desconoce la etiología pero se han propuesto tres teorías o hipótesis para poder entender esta enfermedad: 1) la mecánica que facilita la entrada del gas por lesión de la mucosa de forma iatrogénica o haciendo una biopsia para localizarse en la submucosa 2) El origen pulmonar muy

manifiesto en los enfisematosos, broncopatas, RC?, etc. 3) El origen bacteriano implica a las bacterias gastrointestinales formadoras de gas como el clostridium perfringens y difficile, etc. En nuestro caso, tratándose de una mujer con enfermedad pulmonar crónica y una sarcoidosis están implicados dos mecanismos: la teoría pulmonar y la bacteriana facilitada por la corticoterapia que causa atrofia de la mucosa y permitir la entrada de micro bacterias formadoras de gas. La clínica y el pronóstico de la PCI son generalmente los de la enfermedad asociada. Las manifestaciones varían desde el caso descubierto accidentalmente hasta la fase más aguda que puede causar obstrucción intestinal. La evolución puede variar desde unos meses hasta años. El diagnóstico se puede hacer por medio de una Rx abdomen simple. La presencia de neumoperitoneo en un paciente asintomático debe sugerir neumatosis intestinal. La confirmación de PCI se hace con un enema opaco en la placa postevacuación. La colonoscopia, la sonografía y la punción con aguja fina de los quistes son probablemente hoy en día las técnicas de oro para establecer el diagnóstico. En el caso nuestro pudimos realizar el diagnóstico gracias al enema opaco. El tratamiento de la PCI debe de ser siempre conservador

y solo en casos de complicaciones o catástrofes abdominales esta indicado la cirugía. La eficacia del metronidazol y de la oxigenoterapia hiperbárica O por mascarilla parece facilitar la inhibición del crecimiento de las bacterias

anaerobias. (4-8] En nuestro paciente hemos instaurado un tratamiento entre otros con metronidazol por sospecha de posible microperforación de colón y de oxígeno con mascarilla al 100%. Dicho tratamiento ha permitido evitar una cirugía innecesaria y ha conseguido una buenamejoría a los 10 días.

Tratamiento quirúrgico de la pancreatitis crónica

González Puga, C; Rueda López, AI; Pérez Cabrera, B; Rodríguez Morillas, D; Delgado Carrasco, ML; García Gil, JM.

Hospital Universitario San Cecilia De Granada

Introducción: La incidencia de la pancreatitis crónica (PC) en Europa es de 5-10/100.000 habitantes, siendo la ingesta de alcohol la causa más frecuente en nuestro medio. El diagnóstico se basa fundamentalmente en la historia clínica y los resultados de las pruebas de imagen. Las principales indicaciones para el tratamiento quirúrgico en la PC son de dolor resistente al tratamiento, la sospecha de malignidad y las complicaciones de órganos adyacentes. En el momento actual, las técnicas más empleadas son los drenajes pancreático-digestivos y las resecciones pancreáticas.

Pacientes y métodos: Nuestro estudio comprende 32 pacientes con PC intervenidos en nuestro Servicio entre 1991-2005. Todos ellos fueron remitidos por el Servicio de Digestivo de nuestro hospital. Las variables recogidas han sido: edad, sexo, síntoma predominante que motiva la intervención, procedimiento quirúrgico realizado, complicaciones y mortalidad.

Resultados: 32 pacientes, 27 hombres y 5 mujeres, con edad media de 55.61 años (rango 26-74). Clínica predominante: dolor en 26 pacientes (81.25%). ictericia en 10 (31.25%), pérdida de peso en 25 (78.1%) y obstrucción duodenal en 4 (12.5%).

Procedimiento quirúrgico empleado: derivación pancreático-digestiva en 15 pacientes (46.87%). derivación biliodigestiva en 6 (18.75%), resección pancreática en 11 (34.37%) y cirugía derivativa externa en 2 casos (6.25%). Morbilidad: 18.75%. Mortalidad: 3.1%.

Discusión: En nuestro estudio se aprecia que el número de pacientes con PC remitidos desde el Servicio de Digestivo ha disminuido en el tiempo, encontrando tan sólo 4 casos desde el año 2000, lo que puede estar relacionado con el aumento de los procedimientos intervencionistas y de las medidas preventivas por parte de dichos especialistas. La indicación de un procedimiento resectivo en la PC se efectúa sobre todo si el conducto pancreático no está dilatado, además si existe una masa inflamatoria en la cabeza del páncreas se ha demostrado mejoría en las tasas de morbi-mortalidad con esta técnica. Ante la presencia de dilatación ductal mayor de 7 mm sin masa inflamatoria en la cabeza del páncreas los procedimientos derivativos pancreático-digestivos están indicados, estando asociados en varios pacientes en nuestra serie con derivaciones

bilio-digestivas. En dos casos que presentaron complicaciones serias de su proceso con absceso pancreático se realizó drenaje externo. La media de seguimiento fue de 16 meses (rango 2-34 meses), ya que en muchas ocasiones ante la mejoría clínica no volvieron a revisión: 4 pacientes desarrollaron diabetes mellitus y uno dolor recurrente. Un paciente fue diagnosticado de cáncer pancreático 10 meses después de la intervención.

Conclusiones: La técnica más empleada en nuestro servicio ha sido el drenaje pancreático digestivo seguido de las resecciones pancreáticas. En nuestra experiencia, la duodenopancreaticotomía cefálica y la pancreaticoyunostomía han sido las alternativas más efectivas.

Resultados en el tratamiento de la enfermedad litiasica biliar

Delgado Carrasco, M; González Puga, C; Pérez Cabrera, B; Cabrerizo Fernández, MJ; El Adel del Fresno, M; Garda GliL, JM.

Hospital Universitario San Cecilio de Granada

Introducción: La coincidencia entre colelitiasis y colédocolitis secundaria, se produce en un porcentaje que aumenta con la edad. Clásicamente, su tratamiento se abordaba por laparotomía, practicándose colecistectomía, exploración de VBP (CIO) y eventual limpieza de cálculos en el mismo acto quirúrgico. Actualmente existen diferentes estrategias diagnóstico-terapéuticas. El tratamiento en dos tiempos (CPRE y posterior colecistectomía laparoscópica), es un procedimiento bien establecido con un elevado número de éxitos terapéuticos y bajo índice de complicaciones. El objetivo de nuestro estudio es analizar los resultados obtenidos en el tratamiento de la enfermedad litiasica biliar siguiendo el algoritmo terapéutico CPRE+CL posterior.

Pacientes y método: En el quinquenio 2001-2005 se intervinieron 1574 px con enfermedad litiasica biliar. En 100 de ellos, se sospechó colédocolitis coincidente mediante criterios clínicos, bioquímicos y ecográficos. A todos se les practicó CPRE previa a la cirugía y posteriormente CL. El estudio estadístico se ha realizado con el programa SPSS.

Resultados: 100px presentaron colédocolitis coincidente (6.35%): 1 Hombres: 40 y Mujeres: 60 con edad media de 67.8 años (28-90) Y riesgo ASA II/III del 83%. Clínica: Ictericia dolorosa (57%). Pancreatitis y colangitis: 14% respectivamente. El patrón bioquímico más frecuente fue la colestasis (72%). La Ecografía fue diagnóstica de forma directa (detección de cálculo) o indirecta (dilatación de VBP mayor o igual a 8 0101) en el 79%. A todos los pacientes se les realizó CPRE terapéutica con un porcentaje de complicaciones del 5% (4 pancreatitis y 1 peritonitis tras perforación duodenal) con mortalidad del 1%. La colédocolitis residual de este proceder terapéutico fue del 1.65%.

Conclusión: La CPRE seguida de colecistectomía laparoscópica, es una opción terapéutica válida para el tratamiento de la enfermedad litiasica biliar.

Tumor abdominal desmoplásico de células

pequeñas v redondas

Joseph Phillipper, JR; Mirón Pozo, B; Rueda López, AI; García Gil, JM.

Hospital Universitario San Cecilio de Granada

Introducción: El tumor Desmoplásico de células pequeñas y redondas es una entidad clínico patológica maligna poco frecuente. Constituye un proceso independiente dentro del grupo de neoplasias de células pequeñas y redondeadas. Tiene mayor prevalencia en varones jóvenes (20-30 años), aunque existen algunos casos descritos en población infantil. Se localiza preferentemente en el peritoneo abdominal-pélvico, con un comportamiento biológico muy agresivo. Otras localizaciones menos frecuentes son: paratesticulares, pleura y SNC. La clínica es en general muy inespecífica, apareciendo dolor abdominal+ náuseas/vómitos +/- sensación de masa a la exploración + Síndrome constitucional. Debido a esto, el diagnóstico se suele demorar, llegándose a éste en fases avanzadas de la enfermedad. Las pruebas de imagen informan la mayoría de las veces de tumoración retroperitoneal y de imágenes compatibles con carcinomatosis peritoneal y pueden ser útiles para precisar la extensión del tumor y para no dejar inadvertidos otros implantes de localización dificultosa en el momento de la laparotomía. La confirmación diagnóstica es obviamente por estudio anatomopatológico, siendo necesario la realización de técnicas de inmunohistoquímica y microscopía electrónica. El perfil inmunohistoquímico muestra positividad para marcadores: epitelial, muscular y neural que se plantea como una coexpresión histoquímica de antígenos epiteliales (keratina, antígeno de membrana epitelial (EMA)) musculares (desmina y vimentina) y neurales (neuroenolasa específica), además de una translocación + (11:22) (p13;q12). El tratamiento incluye cirugía lo más radical posible asociada a regímenes de QT y RT.

Caso clínico: Varón de 40 años sin AP de interés que acude al servicio de urgencias por un cuadro meses de trastornos en el hábito intestinal y que se ha intensificado en los últimos 12 días. Presenta hinchazón y dolor abdominal difuso acompañado de náuseas, vómitos y cierre intestinal. A la exploración se aprecia cierta distensión abdominal y dolor a la palpación localizado sobre todo en hipocondrio izquierdo con una auscultación que evidencia un peristaltismo levemente aumentado. La analítica con leve anemia, leucocitosis y neutrofilia. Rx abdomen: dilatación de asas de intestino delgado y ciego, TAC abdominal: Dilatación de ciego y colon ascendente y transversal sin visualizar el descendente y sigma a pesar de ver aire en recto. Se informa como posible neoplasia de ángulo esplénico y ante la marcada dilatación de ciego se decide laparotomía urgente encontrando: Tumoración polilobulada de consistencia firme en ángulo esplénico del colon que infiltra bazo y páncreas a través de varios nódulos nacarados y redondos. Presenta otros 2 nódulos en diafragma Hígado sin LOES evidentes. Se realizó apendicectomía para lavado y aspiración, Hemicolecotomía izquierda y omentectomía parcial Esplenectomía, Resección de cola de páncreas Extirpación de 2 nódulos en el diafragma de unos 2 cm de diámetro Anastomosis primaria mecánica Colo-rectal T-T funcional con CEEA 31. Exploración del resto de la cavidad abdominal sin apreciar evidencia macroscópica de tumor. Ileostomía de protección, El curso postoperatorio

es favorable. salvo pequeño neumotórax en relación con la extirpación de los nódulos diafragmáticos. La A.P. informa de Infiltración por tumor desmoplásico intraabdominal de células pequeñas y redondas con afectación de bazo, colon, diafragma y de dos adenopatías en epiplon mayor. El perfil inmunohistoquímico muestra positividad para los marcadores epiteliales (EMA, Queratinas), musculares (Desmina) y Neurales. Igualmente presenta positividad para el WT1, Vimentina y CD99. Respecto al estudio por biología molecular, se ha encontrado la traslocación 1322. Tras sesión conjunta con Oncología se decide iniciar tratamiento con quimioterapia con un esquema similar al que se usa habitualmente para los sarcomas de Swing: Esquema de VACAD-IE que incluye: Mesna; Ciclofosfamida; adriamicina y Vincristina en 6 ciclos. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y sin evidencia de enfermedad en los controles radiológicos.

Discusión: El tumor que nos ocupa constituye una entidad muy poco frecuente. Desde su primera descripción en 1989 (Jerald WI. et al. 1989) se han publicado sólo 210 casos.

No obstante, ante diagnósticos de neoplasia digestiva en el contexto de cuadros obstructivos en pacientes jóvenes, debemos pensar en el TOCPR como una posibilidad y tratar de realizar resccciones lo más completas posibles dado su comportamiento tremendamente agresivo. Llegar a un diagnóstico preoperatorio o intraoperatorio conlleva una gran dificultad, ya que su aspecto por las pruebas de imagen convencionales (TAC/RJ/IN) asemeja en muchas ocasiones a una carcinomatosis peritoneal, tumor retroperitoneal o linfomas. Su escasa frecuencia hace que normalmente no se piense en ellos y el diagnóstico definitivo exige técnicas que requieren demasiado tiempo (IHQ- Me-), por lo que se llega a éste varios días después de la intervención o tras realizar punción-biopsia cuando es posible. El tratamiento requiere Cirugía (lo más radical posible) y combinaciones de R. T Y O T. Se necesitarían más casos-estudios para protocolizar esquemas de adyuvancia.