



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

Secretaría Técnica:

mbk congresos

Tel.: 986 44 31 71
e-mail: mbk@mbkarma.com

**Colegio Oficial de Médicos
de Santiago de Compostela**

Salón de Actos

22 de Noviembre de 2013



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia
Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

COMUNICACIONES ORALES

Salón de Actos del Colegio Oficial de Médicos de Santiago

16,00 h. Sesión de Comunicaciones Orales (Nºs C1 al C8)

Moderadores: Mar Martínez Baracheta (Ferrol) y Jaime Seoane (Pontevedra)

C1 RESULTADOS EN LA CIRUGÍA DE RESCATE PÉLVICA

González Rodríguez, Francisco Javier; Paredes Cotoré, Jesús; Prieto, Daniel; Calvo, Dania; Martínez, Daniel; Bustamante Montalvo, Manuel
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN:

La resección completa es el factor pronóstico más importante en la cirugía de los tumores pélvicos, pero en aquellos localmente avanzados o recidivados los márgenes libres de tumor son difíciles de obtener debido a la proximidad y a la invasión de órganos y estructuras adyacentes. La resección en bloque del recto, vejiga y órganos genitales; fue introducida como un procedimiento paliativo en pacientes con tumores localmente avanzados, no obstante hoy en día se considera como un procedimiento factible y potencialmente curativo en pacientes seleccionados asumiendo una morbilidad muy elevada.

OBJETIVOS:

Evaluar los resultados obtenidos en pacientes sometidos a una cirugía de rescate pélvica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Analizamos prospectivamente los pacientes sometidos a cirugía de rescate en el año 2013 considerando datos demográficos (edad, sexo, ASA), criterios diagnósticos (clínica, pruebas de imagen, cirugías previas), criterios patológicos (tipo de tumor, recidiva, margen libre), datos quirúrgicos (tipo de intervención, complicaciones, duración de la cirugía, necesidad de transfusión, reingreso), y datos oncológicos (SV y SV libre de enfermedad).

RESULTADOS:

Hemos intervenido 6 pacientes en un intento de cirugía de rescate pélvica, no fue posible completar la cirugía en 2 pacientes, uno de ellos debido a carcinomatosis peritoneal (recidiva de neoplasia de endometrio) y en otro por infiltración vascular (recidiva de neoplasia de recto). En los cuatro pacientes restantes el diagnóstico fue de recidiva de neoplasia de recto, la edad media fue de 41 años; las cirugías realizadas, la duración de la intervención, las complicaciones y la estancia post-operatoria fueron las siguientes: 1 (exanteración pélvica posterior con sacrectomía y RIO, 9 horas, incontinencia urinaria transitoria, 10 días), 2 (exanteración pélvica completa con peritonectomía, Bricker y RIO, 5 horas, absceso pélvico, 30 días), 3 (resección recto-sigmoidea y resección ileocecal, 3 horas, no complicaciones, 7 días), 4 (histerectomía y doble anexectomía, 2 horas, no complicaciones, 7 días). En el momento actual todos los pacientes se encuentran vivos y libres de enfermedad.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

CONCLUSIONES:

La cirugía de rescate pélvica se acompaña de una morbilidad asumible, y el hecho de conseguir un buen control local de la enfermedad y una supervivencia aceptable justifican su utilización en pacientes meticulosamente seleccionados.

C2 RESULTADOS DEL TRATAMIENTO LOCAL DEL ADENOCARCINOMA DE RECTO

Aldrey Cao, Inés; Parajó Calvo, Alberto; Santos Lloves, Ramón; Villar Alvarez, Santos; González Conde, Ricardo; Iglesias Rodríguez, Nuria; Fernández Alvarez, Xuliana; Alvarez Sánchez, María Carmen; García García, Manuel
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El tratamiento local puede evitar procedimientos más agresivos, con morbilidad potencialmente mayor, sin comprometer las posibilidades de curación en determinados casos de adenocarcinoma rectal. Los criterios de selección de pacientes para cirugía local no están bien definidos, algunos dependen del paciente y otros del tumor. Incluso en casos precoces, la posibilidad de curación con resección local está condicionada por la presencia de invasión ganglionar no detectada preoperatoriamente. Objetivo: analizar los resultados obtenidos en pacientes con adenocarcinoma de recto intervenidos en nuestro Centro en los últimos 10 años mediante resección local.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo. Se analizan las variables dependientes del paciente y del tumor (estadio T, tamaño, grado de diferenciación, bordes quirúrgicos), complicaciones postoperatorias, mortalidad, cirugía radical secundaria, recidiva y cirugía de rescate, metástasis y supervivencia.

RESULTADOS:

Durante el período 2003-2012, 45 pacientes fueron sometidos a resección local por un adenocarcinoma de recto: Tis 16(35.5%), T1 17(37.8%), T2 10(22,2%) y T3(4,5%). En esta etapa 5,03% de los cánceres infiltrantes fueron tratados con cirugía local (29/576 pacientes). La edad media fue 74 años, 55.6% varones. Se registraron 5 complicaciones postoperatorias (11%): 2 incontinencias leves-moderadas transitorias (4.4%), 1 sangrado (2.2%), 1 ulceración mucosa (2.2%) y 1 estenosis resuelta con dilatación Hegar (2.2%). No hubo mortalidad postoperatoria. Se indicó cirugía radical en el primer mes postoperatorio en 4 casos (8.8%) por factores histopatológicos de mal pronóstico. Tras un seguimiento comprendido entre 10 meses y 11 años (media 4.1 años) se ha observado 1 caso (pT2) (3.45% de cánceres infiltrantes) con recidiva local a los 10 meses, tratado con cirugía de rescate y adyuvancia, metástasis a distancia a los 2 años y mortalidad 5 años después de la cirugía local.

CONCLUSIONES:

Los resultados oncológicos obtenidos en esta serie con cirugía local del cáncer de recto son similares a los estándares publicados. Son necesarios una estricta selección de pacientes, la realización correcta de la técnica (escisión completa de la lesión incluyendo toda la pared rectal con un margen de tejido sano por fuera de la tumoración), disponer de un protocolo de actuación inmediata para reconvertir a cirugía radical si se confirman factores de mal pronóstico después de la cirugía local y un protocolo de seguimiento riguroso. Se necesitan ensayos clínicos para definir con mayor precisión los criterios relacionados con el tumor y el papel de la neoadyuvancia y cómo valorar la respuesta antes de ampliar las indicaciones del tratamiento conservador del cáncer de recto.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

C3 INCORPORACIÓN DE LA SIMULACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA MEJORAR LA FORMACIÓN: CREACIÓN DE LAS AULAS DE SIMULACIÓN DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL (CHUF)

López de los Reyes, Ramón; Vives Rodríguez, Eulalia; Rascado Sedes, Francisco; López Curbeira, Yesica; López-Sastre Núñez, Pilar; Alarcón Caballero, Juan Pablo; Mato Iglesias, Almudena; Sánchez Guillén, Luis; Rodríguez Velandia
Wilson Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

OBJETIVOS:

Partiendo del material disponible crear un proyecto de Aulas de Simulación para facilitar la formación de los residentes y reducir su curva de aprendizaje y facilitar la formación continuada del resto del personal sanitario.

MATERIAL Y METODOS:

Partiendo de la iniciativa del Servicio de Cirugía General buscar una ubicación para dichas aulas y a continuación dotarlo de la tecnología necesaria. Nuestro propósito: la reutilización.

RESULTADOS:

Aulas de Simulación del CHUF que constan de: Aula de Simulación Quirúrgica: recrear técnicas laparoscopias y endoscópicas. Aula de Simulación Médica: recrear diferentes técnicas médicas en maniquí y situaciones de soporte vital básico y avanzado adulto y pediátrico. Aula de Formación dotada con medios audiovisuales: conectada por cámara web con el aula de cuidados críticos y quirófano. Aula de Cuidados críticos/quirófano: recrear situaciones críticas y retransmitirlas al aula de formación.

CONCLUSIONES:

Nace con mucha ilusión como algo novedoso e integrador del área sanitaria (Atención Primaria y Atención Especializada) en cuanto a la participación de todos los servicios. Esperamos conseguir una mejora notable en la curva de aprendizaje de técnicas médicas y quirúrgicas. Se facilitará la utilización por todo el personal sanitario para entrenamiento en cursos organizados y en actividad individual o colectiva diariamente y establecer convenios con otros centros para acudir a sesiones con animales vivos. NUESTRO PROYECTO ES DE TODOS PARA TODOS.

C4 CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES CON INFILTRACIÓN TRAQUEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernández Varela, Xuliana; Trillo Parejo, Pedro; Iglesias Rodríguez, Nuria; Álvarez Sánchez, María del Carmen; Aldrey Cao, Inés; Estefano Bulufert, Carlos; Domínguez Sánchez, Julio Manuel; Couce Santiago, José María; García García, Manuel
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

Los carcinomas de tiroides más frecuentes son los que se produce más frecuentemente como metástasis pulmonares y en tan sólo un 5% como invasión traqueal. El carcinoma papilar de tiroides infiltra con mayor frecuencia la tráquea con respecto al folicular, pero presenta menos metástasis pulmonares que el anaplásico. El diagnóstico temprano y la resección completa del tiroides así como de la zona traqueal afectada mejoran el pronóstico.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presentan datos clínicos, pruebas de imagen, hallazgos intraoperatorios y anatomía patológica, de un paciente que presenta carcinoma papilar de tiroides con metástasis linfáticas e infiltración traqueal. Se plantea tratamiento quirúrgico según revisión de la literatura y opciones terapéuticas.

RESULTADOS:

Varón de 45 años que presenta tumoración cervical derecha con diagnóstico de carcinoma papilar de Tiroides tras PAAF. En pruebas diagnósticas de imagen no se objetiva plano de clivaje con tráquea ni esófago, además de adenopatías en cadenas cervicales ipsilaterales. Se realiza tiroidectomía total en bloque con musculatura pretiroidea incluyendo segmento de primer anillo traqueal que se encuentra infiltrado y linfadenectomía central y lateral derecha. Se reconstruye defecto traqueal mediante sutura de bordes, plastia muscular y traqueostomía profiláctica. El postoperatorio transcurre sin incidencias siendo alta a las dos semanas tras cirugía.

CONCLUSIONES:

La infiltración traqueal por carcinoma tiroideo requiere resección de región infiltrada y reconstrucción del defecto traqueal en el mismo tiempo quirúrgico siempre que sea posible. La reparación traqueal primaria debe ser realizada con sutura absorbible cuando los bordes de lesión son viables, y puede ser reforzada con flaps musculares y drenaje de succión ante posibles futuras fugas.

C5 CARCINOMA FOLICULAR DE LOCALIZACIÓN EXTRATIROIDEA Y AGENESIA DEL TIROIDES

Álvarez Sánchez, M^a del Carmen; Trillo Parejo, Pedro; Iglesias Rodríguez, Nuria; Fernández Varela, Xuliana; Aldrey Cao, Inés; Couce Santiago, José M^a; Domínguez Carrera, José Manuel; Enríquez Sanmamed, Celso; García García, Manuel
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN:

La presencia de un carcinoma tiroideo ectópico es poco frecuente siendo el más frecuente el carcinoma papilar (80%) seguido del folicular (9%). El tiroides se origina a partir del foramen caecum situado en la base de la lengua y posteriormente migra a lo largo del conducto tirogloso para alcanzar su localización definitiva en la región anterior del cuello. El conducto tirogloso sufre una involución que en ocasiones puede ser incompleta dando lugar a una formación quística o también a remanentes del mismo a lo largo de su trayecto (lingual, sublingual, suprahiodeo e infrahiodeo). Otra anomalía del desarrollo embrionario es la agenesia tiroidea. Esta es una patología de causa desconocida. Es más frecuente en las niñas que en los niños, se presenta con más frecuencia en niños con síndrome de Down y en algunos grupos étnicos.

OBJETIVO:

Presentar el atípico caso de un carcinoma folicular de localización extratiroidea y agenesia del tiroides. por hipertiroidismo no controlado. En el Tc cervical se aprecia una gran masa situada en la región anterior del cuello dependiente de la localización teórica de la glándula tiroides. No se identifica tejido tiroideo de características normales. Se identifica otra masa con calcificaciones groseras que se extiende a través del espacio submaxilar derecho hacia el espacio sublingual y que se comunica con la anterior. Se practica cervicotomía apreciándose gran tumoración submaxilar bilateral de predominio derecho que se extirpa y agenesia del tiroides. El diagnóstico de la tumoración submaxilar derecha fue de tejido tiroideo ectópico sin



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia **Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013**

evidencia de malignidad y el de la otra fue de carcinoma folicular de tiroides variante angioinvasiva. No se aprecian restos de tiroides normal.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

El carcinoma tejido tiroideo ectópico con agenesia completa de la glándula es una afectación rara. La variante más común es el carcinoma papilar sinodo el folicular una eventualidad aun más rara. El diagnóstico diferencial debe establecerse con una metástasis de una lesión primaria de tiroides. En este caso la agenesia completa de la glándula descarta la metástasis.

C6 EFECTIVIDAD DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO EN EL PROTOCOLO DE PÉRDIDA DE PESO PREVIO A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Mariño Padín, Esther; Sánchez Santos, Raquel; González Fernández, Sonia; Estévez Fernández, Sergio; Brox Jiménez, Antonia; Ballinas Miranda, Julio; Carrera Dacosta, Ester; Nicolás Jiménez, Raul

Complejo Hospitalario Pontevedra

INTRODUCCIÓN:

Los beneficios de la optimización del paciente antes de la cirugía bariátrica están ampliamente demostrados. La pérdida de un 10% del sobrepeso antes de la intervención parece suficiente para facilitar la manipulación quirúrgica, reducir el tamaño hepático y mejorar la reserva funcional cardiopulmonar de los obesos mórbidos.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio de cohortes retrospectivo sobre una base de datos prospectiva en el que se evalúan los resultados del programa de pérdida de peso preoperatoria en la Unidad Funcional de Obesidad de Pontevedra en pacientes con y sin balón intragástrico. Todos los pacientes siguieron el mismo protocolo de pérdida de peso con el endocrinólogo y dietista y se les recomendó una dieta hipocalórica durante 6 meses y dieta líquida VLCD durante 7 días previa a la intervención. A los pacientes con IMC>50 se les ofreció el balón intragástrico. El objetivo fue un PSP>10%, evaluado el día previo a la intervención. Se analiza la influencia de la pérdida de peso en las complicaciones postoperatorias y en la pérdida del sobrepeso a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses tras la cirugía. Se realiza un estudio multivariado de factores pronósticos en el que se incluyen posibles variables de confusión como la edad, el sexo, el IMC inicial, el tipo de cirugía y las comorbilidades. El análisis estadístico se realiza con el SPSS 20.0.

RESULTADOS:

Se incluyen 331 pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre Abril de 2006 y Diciembre de 2012. 268 pacientes seguidos al menos durante 1 año. 82% eran mujeres, edad media de 39.9(ds10.2). Un 31.4% superobesos, siendo el IMC medio 47.5(ds10.2). Un 40.8% hipertensos, 14.8% diabéticos y 3.6% tenían SAOS. Todos fueron incluidos en el programa de pérdida de peso preoperatorio. Se ofreció Balón intragástrico a 104 pacientes (pacientes superobesos o de alto riesgo), lo aceptaron 53 (50.9%). Un 96% mostraron buena tolerancia y solo en dos casos se retiró antes de 6 meses. La pérdida media de peso fue mayor en los pacientes con BIG: 20.9(ds11.1)kg vs 7.7(ds6.9)kg $p<0.0005$; PSP con BIG 24.0(ds12.4)% vs 12.9(ds13.7); $p<0.0005$. 61% de pacientes de toda la serie perdieron más del 10% del sobrepeso previo a la cirugía; 88.2% en el grupo con balón. Un PSP >10% preoperatorio se asocia con una mayor pérdida de peso a los 6 y 12 meses (PSP6m 62.68(ds16.99)% vs 51.87(ds16.9)%; $p<0.0005$; PSP12m 72.1(ds18.1)vs 62.9(ds20.27). Complicaciones postoperatorias global: 9.1%, mortalidad 0%. No hay diferencias en las complicaciones en los pacientes con o sin BIG. En el estudio multivariado los pacientes con PSP>10 preoperatorio



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

pierden 4 veces más sobrepeso que el resto en el primer año (OR:4.33);(IC95:1.6-11.1;p=0.03).En el ajuste de la Regresión multivariada son factores pronósticos independientes de pérdida de peso en el primer año: el bypass mejor que GV (OR:3.05); (IC95:1.07-8.6;p=0.036) y el IMC<50 con un (OR:2.6);(IC95:1.02-7.14,p=0.04). En el segundo, tercer, cuarto y quinto año de seguimiento ninguna de las variables se relaciona con mayor pérdida de peso en el estudio multivariado.

CONCLUSIÓN: El protocolo de pérdida de peso preoperatorio tiene buenos resultados consiguiendo una pérdida mayor del 10% del sobrepeso en un 61% de los pacientes. El resultado mejora hasta un 88% con BIG y no influye en las complicaciones. Un 10% PSP preoperatoria influye favorablemente en la pérdida de peso en el primer año, junto con el IMC<50 y la técnica quirúrgica.

C7 ¿ES LA REHEPATECTOMÍA EN METÁSTASIS RECURRENTE DE CARCINOMA COLORRECTAL UNA TÉCNICA SEGURA?

Carrera Dacosta, Ester; Domínguez Comesaña, Elías; Mariño Padín, Esther; Estévez Fernández, Sergio Manuel; Portela Serra, José Luis; Lede Fernández, Ángel; Ballinas Miranda, Julio Roberto; Rial Durán, Ágata; Artime Rial, María Área De Xestión Integrada Pontevedra-Salnés
Hospital Monteeselo.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La recurrencia intrahepática tras hepatectomía por metástasis de carcinoma colorrectal está descrita en hasta un 40% de los pacientes. Aunque el beneficio oncológico de las re-hepatectomías todavía no está claramente demostrado, permiten prolongar significativamente la supervivencia en un número importante de pacientes. El objetivo de este estudio es analizar los resultados obtenidos con la re-hepatectomía en pacientes con recurrencia hepática aislada de metástasis de carcinoma colorrectal en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se hace un estudio retrospectivo a partir de una base de datos mantenida prospectivamente. Sólo se incluyeron los pacientes que experimentaron más de una resección hepática. Se excluyeron los pacientes con resección hepática secuencial. Se analizaron los resultados y se compararon con los obtenidos tras la primera hepatectomía. El análisis estadístico se hizo con la versión 20.0 para Mac del SPSS, utilizando tests no paramétricos.

RESULTADOS:

Se incluyeron 90 hepatectomías en 80 pacientes. De ellas, 10 fueron segundas hepatectomías. Treinta y dos pacientes (40%) tenían metástasis sincrónicas. Para el resto de los pacientes el tiempo medio entre la cirugía del tumor primario y la primera hepatectomía fue de 355 días (50-2520 días). El tiempo medio entre la primera y la segunda hepatectomía fue de 345 días (120-750). Las re-hepatectomías incluyeron 1 hepatectomía derecha ampliada al segmento IV, 3 bisegmentectomías, dos segmentectomías y 4 resecciones no anatómicas. Un 40 % (4) de los pacientes fueron mujeres y el 60 % (6), hombres. La mediana de edad de los pacientes fue de 58 años (28-78 años). Un 20 % de los pacientes con rehepatectomía tuvieron alguna complicación postoperatoria. Dos pacientes tuvieron hemorragia postoperatoria y fallo hepático grado I y un paciente tuvo, además, un absceso intraabdominal. No hubo reintervenciones ni exitus en el grupo de pacientes con rehepatectomía. La estancia postoperatoria en ese grupo fue de 10 días (5-24). En el grupo de pacientes con primera hepatectomía se hicieron 31 (38,75 %) hepatectomías mayores; el 28,75 %



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

(23) recibieron transfusión intraoperatoria y el 10 % (8), postoperatoria. En este grupo el 36,25% (29) tuvieron alguna complicación postoperatoria (8 infecciones de herida, 2 abscesos intraabdominales, 3 fístulas biliares, 7 hemorragias postoperatorias y 14 fallos hepáticos, la mayoría de grado I). Hubo 5 reintervenciones (6,25 %) y un exitus (1,25 %). La estancia media postoperatoria tras la primera hepatectomía fue de 9,89 días (4-59). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos de pacientes en cuanto a morbilidad postoperatoria ($p:0,338$), reintervención ($p:0,491$), exitus ($p:0,897$) ni estancia postoperatoria ($p:0,757$).

CONCLUSIONES:

La rehepatectomía en pacientes con recurrencia intrahepática de metástasis de carcinoma colorrectal es segura, con una mortalidad y morbilidad postoperatorias similares a las de la primera hepatectomía.

C8 EL SERVICIO QUIRÚRGICO COMO DOCENTE DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Trillo Parejo, Pedro; Couce Santiago, José María; Domínguez Carrera, José Manuel; Enriquez Sanmamed, Celso; Iglesias Diz, David; Octavio De Toledo - Ubieto, José María; Iglesias Rodríguez, Nuria; Gómez Lorenzo, Francisco José; García García, Manuel
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Dentro de las tareas profesionales, docentes y de investigación de un servicio quirúrgico se encuentra el formar estudiantes de Medicina de 3º al 6º curso o de último grado, según la nueva normativa de la UE, bien formando parte del Hospital Clínico Universitario, o bien como en nuestro caso recibiendo estudiantes de Medicina que vienen a cubrir su período de prácticas, de manera obligatoria, por lo que nos vemos obligados a dar una respuesta adecuada a su formación. El Objetivo de esta comunicación es mostrar el plan de trabajo que se realiza con ellos y como medimos el grado de satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODOS:

El trabajo se ha planificado sobre los primeros 20 alumnos que han rotado por el servicio de cirugía en los últimos 48 meses correspondiente a los dos últimos cursos lectivos, 2011-2012, 2012-2013, y que han elegido el Complejo Universitario Hospitalario de Ourense. La metodología empleada se ha consensado con la Comisión de Docencia del CHUOU, subcomisión de pregrado. En la acogida de los estudiantes han participado tanto los cinco tutores oficiales del Servicio de Cirugía como los residentes del mismo. A todos se les ha proporcionado documentación de acogida, se les ha adjudicado tareas diarias y al final de su período han rellenado una encuesta de valoración de las prácticas (Borman, J Am Surg Coll 2008).

RESULTADOS:

85 % mujeres, edad media 24 años. El 75 % afirma haber realizado alguna sutura. 65% han actuado de ayudantes. 45% reconoce que repetiría las prácticas en cirugía, y otro 45 % afirma que puede que haría cirugía como especialidad. El 100 afirma haber estado de acuerdo con las prácticas, los tutores y el trabajo del equipo.

CONCLUSIONES:

Nuestro método es sencillo organizado y extrapolable a otros estamentos o servicios quirúrgicos. La aceptación entre los alumnos ha sido alta. Demostramos cómo se puede ser docente en un hospital.



COMUNICACIONES VÍDEOS

Aula del Colegio Oficial de Médicos de Santiago
16,00 h. Sesión de Comunicaciones Vídeos (Nºs V1 al V7)

Moderadores: M^a Jesús Ladra (Santiago) y José Manuel Domínguez Carrera (Ourense)

V1 EXENTERACIÓN PÉLVICA TOTAL POR CÁNCER DE RECTO BAJO LOCALMENTE AVANZADO

Parajó Calvo, Alberto (1); Valbuena Alvarez, Rogelio (1); Sanz Giménez-Rico, Juan Ramón (2); Santos Lloves, Ramón (1); Trillo Parejo, Pedro (1); González Conde, Ricardo (1); Iglesias Diz, David (1); Villar Alvarez, Santos (1)

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (1); Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) (2)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los principios del tratamiento del cáncer de recto bajo localmente avanzado sin enfermedad a distancia son la quimio-radioterapia (QT-RT) preoperatoria y la escisión total del mesorrecto (ETM) (Heald 1998). Sin embargo, en 10% hay invasión de órganos adyacentes (T4b de la clasificación TNM, 7ª edición) y la ETM convencional no es suficiente para obtener un margen circunferencial libre, el factor de riesgo más importante de recidiva loco-regional (Nagtegaal 2008). Se presenta la técnica de exenteración pélvica total, en un varón con infiltración masiva del plano anterior (próstata) y fistulización del tumor en la grasa isquiorrectal y piel perianal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 53 años, sin antecedentes de interés, y presentación clínica con dolor y abscesos perianales. Inicialmente se realizó drenaje de abscesos, colostomía sigmoidea y antibioterapia. Se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de recto inferior G2 con fistulización a grasa isquiorrectal e infiltración de la próstata, estadio cT4bN2M0. Tras evaluación por el comité multidisciplinario se realizó quimioterapia de ciclo largo. En la re-estadificación, la resonancia magnética (RM) mostró significativa disminución del volumen tumoral, aunque persisten signos de infiltración por contigüidad de la próstata y del suelo pélvico y una imagen de fístula a las 12 horarias que desde el recto prácticamente alcanza el nivel de la uretra prostática, además se visualiza una marcada enfermedad fistulosa izquierda con varios trayectos de extensión transesfinteriana hacia la fosa isquiorrectal.

RESULTADOS:

Se practicó exenteración pélvica total 12 semanas después del fin de QT-RT. El tiempo perineal se realizó en prono con cocciguetomía y cistectomía-prostatectomía en bloque, incluyendo grasa isquiorrectal y elevadores así como fascia del obturador interno.

Se mantuvo la colostomía previa y se realizó ureteroileostomía tipo Bricker. Para el cierre pelvipereineal se empleó un colgajo miocutáneo TRAM.. Anatomía patológica: adenocarcinoma de recto G2, estadio ypT4bN0 (TNM-7ªed), grado 3 de regresión tumoral (Mandard), infiltra próstata y vesícula seminal izquierda. Configuración macroscópica ulcerada con 2 trayectos fistulosos, en caras anterior y lateral izquierda. Bordes quirúrgicos libres (distancia al borde radial: 8 mm). No metástasis ganglionar. El postoperatorio cursó con seroma en herida



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

laparotómica, sin otras complicaciones. Realizó QT postoperatoria y permanece asintomático y sin recurrencia tras 8 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES:

La infiltración de los órganos urinarios por un cáncer de recto bajo obliga a la extirpación en bloque para obtener una resección R0. En mujeres es infrecuente por la interposición de los órganos genitales, sin embargo en varones, cuando no es posible preservar la vejiga urinaria, es necesaria la exenteración pélvica total. Son imprescindibles la estadificación loco-regional preoperatoria (RM fundamentalmente), el tratamiento neoadyuvante y la valoración del comité multidisciplinario para una selección estricta e individualizar el tipo de resección.

V2 HERNIA PERINEAL POST-AAP: BASES ANATOMICAS Y ABORDAJE PERINEAL

Parajó Calvo, Alberto; Villar Alvarez, Santos; Fernández Alvarez, Xuliana; Santos Lloves, Ramón; Iglesias Diz, David; González Conde, Ricardo; Núñez Fernández, Sandra; Alvarez Sánchez, María Carmen; Aldrey Cao, Inés
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

En las hernias perineales o eventraciones que ocurren después de una amputación abdomino-perineal (AAP), el defecto está en la incisión quirúrgica y el contenido del saco herniario suele ser el intestino delgado. Para comprender como ocurren y cómo se tratan este tipo infrecuente de hernias debemos revisar la anatomía del suelo pélvico y las características de la operación, especialmente la AAP extraelevadora o cilíndrica, pues el defecto muscular es mayor y la incidencia de hernias más elevada. Por todo ello, el objetivo es describir el abordaje perineal para la reparación de la hernia perineal post-AAP, sus bases anatómicas y las referencias para la fijación de las mallas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Varón de 65 años afecto de adenocarcinoma de recto inferior, estadio clínico T4N0M0 (infiltración de cápsula prostática), tratado con quimio-radioterapia de ciclo largo, y posteriormente sometido a una AAP extraelevadora laparoscópica con prostatectomía parcial en bloque, presenta un año después de la intervención una hernia perineal incisional sintomática.

RESULTADOS:

Se realiza abordaje perineal en posición de navaja, con disección del saco herniario, y del remanente del arco tendinoso del elevador del ano, ligamento sacrotuberoso y plano presacro-coccígeo. Después de tratar el sacro se implanta una malla de polipropileno titanizada solapándola en profundidad y fijándola mediante sutura de polipropileno. No hubo complicaciones postoperatorias ni recidiva después de 7 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES:

Las principales ventajas del abordaje perineal son que no requiere abordar la cavidad peritoneal ni liberar adherencias, no es imprescindible la anestesia general, y permite un sólido anclaje de la malla bajo visión directa.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

V3 CIRUGÍA LOCAL DE TUMORES RECTALES: RESECCIÓN TRANSANAL

Parajó Calvo, Alberto; Alvarez Sánchez, María Carmen; Iglesias Rodríguez, Nuria; Fernández Alvarez, Xuliana; Aldrey Cao, Inés; Santos Lloves, Ramón; Villar Alvarez, Santos; González Conde, Ricardo

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El tratamiento local del cáncer de recto puede evitar en casos seleccionados procedimientos más agresivos, con morbilidad potencialmente mayor, sin comprometer las posibilidades de curación.

Objetivo: incidir en los detalles técnicos del abordaje transanal para la resección de la pared rectal con espesor completo y el colgajo de avance para el cierre del defecto.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos la técnica de resección transanal en dos pacientes de sexo femenino (79 y 58 años, respectivamente), con diagnóstico preoperatorio de neoplasia vellosa sesil de recto inferior. En ambas la biopsia (repetida) mostraba adenoma vellosa con displasia severa moderada y grave, respectivamente, pero existía sospecha de neoplasia infiltrante según hallazgos de ecografía endorrectal. Se completó estadificación loco-regional y a distancia sin otros hallazgos.

En ambos casos se realizó resección transanal con espesor completo y colgajo de avance rectal. Se han empleado retractores de Lone-Star® y de Hill-Ferguson con fibra óptica, y bisturí armónico para la disección.

RESULTADOS:

La evolución postoperatoria cursó sin complicaciones.

- Caso 1: Anatomía patológica (AP): adenocarcinoma bien diferenciado en el espesor de un adenoma túbulo-vellosa con grados variables de displasia. En su totalidad mide 5 cm, el área de adenocarcinoma mide 1 cm e infiltra submucosa (pT1). No invasión linfocascular. Bordes libres. Seguimiento 20 meses: asintomática sin recurrencia.
- Caso 2: AP: adenocarcinoma bien diferenciado, 3 x 4 cm, infiltra muscular propia, no invasión linfocascular, bordes circunferencial y profundo libres (pT2). Comité multidisciplinario: indicación de cirugía radical. Amputación abdomino-perineal un mes después de resección transanal: no tumor residual. Seguimiento 2 años: no recurrencia.

CONCLUSIONES:

El tratamiento local debe incluir la escisión completa de la lesión incluyendo toda la tumoración. Además de la estricta selección, considerando factores del paciente y del tumor, otras exigencias del abordaje local del cáncer de recto son disponer de un protocolo de actuación inmediata para proceder a cirugía radical si se confirman factores de mal pronóstico después de la cirugía local y cumplir un riguroso proceso de seguimiento.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

V4 RESECCIÓN ENDOSCÓPICA TRANSANAL DE NEOPLASIAS RECTALES MEDIANTE DISPOSITIVO DE PUERTO ÚNICO

Parajó Calvo, Alberto; Santos Lloves, Ramón; Aldrey Cao, Inés; Iglesias Rodríguez, Nuria; Álvarez Sánchez, María Carmen; Fernández Álvarez, Xuliana; Villar Álvarez, Santos; González Conde, Ricardo

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La cirugía transanal mínimamente invasiva (acrónimo en inglés TAMIS) fue realizada por primera vez empleando un dispositivo de puerto único laparoscópico comercialmente designado SILS (Atallah 2009), con el objetivo de reseccionar ciertos tipos de neoplasias vellosas y cánceres precoces del recto, no accesibles a la resección transanal convencional.

La principal ventaja sobre la microcirugía endoscópica transanal (TEM) y la denominada operación transanal endoscópica (TEO) es que no requiere material inventariable específico, la inversión económica inicial es menor, y por tanto es más asequible para la mayoría de los centros.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos dos casos de pólipos sesiles de recto medio tratados con resección transanal endoscópica empleando el SILS. El dispositivo se adapta al canal anal y dispone de una entrada para el neumorrecto y de tres trócares de 5 mm. Opcionalmente puede sustituirse uno de ellos por un trocar de 10 mm (por ejemplo para las suturas). Empleamos una óptica de 30° y 5 mm y el bisturí armónico y pinzera habitual de laparoscopia. Se muestran los detalles de la técnica de resección y la sutura del defecto rectal empleando dos tipos de material reabsorbible: sutura continua con lengüetas sin nudos (V-LOC, Covidien) y aplicador de clips (LAPRA-TY, Ethicon).

RESULTADOS:

No hubo complicaciones en el postoperatorio y la anatomía patológica fue adenoma vellosa con displasia (leve y moderada, respectivamente), bordes libres. Ambos permanecen asintomáticos y sin recidiva después de 10 y 12 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES:

El objetivo de la cirugía local es obtener un espécimen de pared completa, no fragmentado y con márgenes de tejido sano suficiente tanto para un diagnóstico anatómo-patológico certero como para que el procedimiento sea potencialmente curativo. Mediante el abordaje endoscópico se obtiene una visualización óptima y pueden tratarse lesiones lejos del alcance de la resección transanal convencional.

V5 CIRUGÍA TRANSANAL MEDIANTE DISPOSITIVO SILS (SINGLE INCISION LAPAROSCOPIC SURGERY)

Paz Novo, Manuel; Prieto González, Daniel; Paredes Cotoré, Jesús Pedro; Fernández López, Fernando; Paulos Gómez, Ana; Ladra González, María Jesús; Echevarría Canoura, María; Loreto Brand, Mariana; Bustamante Montalvo, Manuel

Complejo Universitario Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La resección de lesiones rectales por vía transanal mediante técnicas mínimamente invasivas es una opción terapéutica tanto para lesiones benignas no subsidiarias de exéresis endoscópica, como para el tratamiento de adenocarcinomas in situ y los T1 de bajo riesgo.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia **Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013**

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han estudiado de forma retrospectiva todos los pacientes operados en nuestra unidad mediante SILS desde Junio de 2011 hasta el momento actual. Excluyendo un caso en el que a pesar que biopsia endoscópica era de adenoma vellosos de bajo grado, tras completar estudio se trataba de un adenocarcinoma de recto medio estadio II (T3N0M0).

RESULTADOS:

En nuestro Servicio para llevar a cabo el TAMIS, usamos el dispositivo denominado SILS, usado habitualmente en cirugía laparoscópica transumbilical de puerto único. Tras su introducción en el conducto anal, se insufla CO2 para conseguir un neumorecto, que permita el uso de instrumentos utilizados habitualmente en cirugía laparoscópica para la resección de este tipo de lesiones, situadas en recto bajo y en algún caso recto medio.

Durante este periodo se han intervenido un total de 11 enfermos, 72.7% varones (edad media 69,5 años) y 27.3% mujeres (edad media de 62.3 años).

Se han intervenido con diagnósticos preoperatorios: 5 adenomas vellosos con displasia de bajo grado, 2 carcinomas in situ, 1 paciente con biopsia indeterminada y 3 adenocarcinomas compatibles con T1; El estudio preoperatorio se completa con ecoendoscopia, RMN pélvica y EDB.

En todos los casos se ha realizado TAMIS mediante el uso de dispositivo SILS. El tiempo medio de intervención fue de 145 minutos, con un máximo de 240 y un mínimo de 65. La media de días de ingreso de postoperatorio es de 3,4 días.

Entre las complicaciones postoperatorias destacar 3 casos con rectorragia autolimitada (27,3%) y 2 pacientes con oligoanuria las primeras 24 horas (18,2%). El estadio final postoperatorio fue 4 adenomas vellosos con displasia de bajo grado (36.3%), 9,1% carcinomas in situ (1 paciente), 3 adenocarcinomas T1 (27.3%), 2 adenocarcinomas T2 (18.2%) y una lesión friable en recto anterior con histología de fragmento de pared intestinal con cambios inflamatorios y reactivos inespecíficos sin evidencia de morfología neoplásica.

Durante seguimiento hemos tenido en caso de recidiva de paciente con adenocarcinoma previo (T2).

CONCLUSIONES:

La resección transanal por técnicas mínimamente invasivas es una buena opción terapéutica para la resección de lesiones premalignas y también para lesiones tumorales en estadio precoz y con potencial bajo de recidiva; fundamentalmente carcinomas in situ y ADC en estadio T1 tras estudio completo con RMN pélvica y ecoendoscopia para descartar infiltraciones de la capa muscular y la presencia de adenopatías en mesorrecto de aspecto patológico. La lesión debe situarse entre 5 y 12 centímetros del margen anal, preferiblemente de cara posterior.

V6 DIFERENTES ESTRATEGIAS EN LA RESECCIÓN DE LOS GIST GÁSTRICOS POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Echevarría Canoura, María; Parada González, Purificación; Lesquereux Martínez, Lucia; Santos Benito, Fernando; Paz Novo, Manuel; Sartal Cuñarro, Maria Isabel; Bustamante Montalvo, Manuel

Hospital Clínico Universitario de Santiago

INTRODUCCIÓN:

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo y se localizan en el estómago el 40-70% de los casos. En los de origen gástrico la supervivencia a los 5 años es superior al 90%. La cirugía es el tratamiento primario de elección para los tumores potencialmente resecables. Es suficiente la resección local con márgenes libres pero la localización y tamaño del tumor pueden condicionar una cirugía más extensa. En caso de infiltración de órganos vecinos se debe realizar exéresis en



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

bloque de toda la enfermedad visible. El tumor debe ser manipulado con cuidado para evitar la ruptura. En caso de disponer de suficiente experiencia no está contraindicada la cirugía laparoscópica siempre y cuando se mantengan los mismos principios que en la cirugía abierta. Todos los pacientes diagnosticados de GIST deben ser evaluados por un equipo multidisciplinar con experiencia en sarcomas. Son tumores frágiles y la biopsia puede causar hemorragia e incrementar el riesgo de diseminación por lo que cuando el tumor es fácilmente resecable no está indicada. Esta se realizará cuando se plantea terapia neoadyuvante. En caso de realizar biopsia es preferible la guiada por ecoendoscopia que la percutánea y la muestra debe ser analizada por un patólogo experto en sarcomas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el video de la resección de dos tumores por vía laparoscópica mostrando las diferentes estrategias motivadas por el tamaño y la localización de los mismos.

Caso clínico nº1: Mujer de 49 años de edad que consulta por melenas, epigastralgia y pérdida de 3 kg de peso de 3 meses de evolución. En analítica se detecta anemia con Hb de 8.1 gr/dl. Mediante endoscopia y ecoendoscopia es diagnosticada de tumor subepitelial con ulceración central de 5 cm de diámetro localizado en fundus gástrico. La PAAF guiada por USE es positiva para CD34 y C-Kit. Se realiza resección en cuña por vía laparoscópica. El postoperatorio cursa sin incidencias y la anatomía patológica definitiva es de GIST de 5.5 cm de diámetro y menos de 5 mitosis por 50 campos de gran aumento.

Caso clínico nº2: Varón de 49 años de edad que acude a urgencias por astenia y mareos de 6 meses de evolución. Refiere en ese periodo un único episodio de heces de aspecto melénico. En analítica se detecta anemia microcítica con Hb de 6.5 gr/dl. Mediante EDA, USE y TC es diagnosticado de tumoración subepitelial con ulceración apical localizada en cara anterior de cuerpo gástrico de unos 10 cm de diámetro. Es intervenido por vía laparoscópica evidenciando una tumoración con base de implantación muy amplia que no permite la resección en cuña con endograpadora por lo que se realiza apertura del estómago, resección de la tumoración con un cm de margen y posteriormente cierre de la pared gástrica con 3 sutura continuas monofilamento reabsorbible de 3-0. El postoperatorio cursa con normalidad. La anatomía patológica confirma GIST de 11 x 10 cm de diámetro con menos de 5 mitosis/50 campos de gran aumento.

CONCLUSIONES:

La resección laparoscópica es factible en la mayor parte de los GIST gástricos y es segura siempre que sea realizada por cirujanos expertos y no se pongan en riesgo los principios oncológicos.

V7 GASTRECTOMÍA TOTAL CON PRESERVACIÓN DE ARTERIA HEPÁTICA IZQUIERDA REEMPLAZANTE POR VÍA LAPAROSCÓPICA

López Goye, Sara; Parada González, Purificación; Santos Benito, Fernando; Lesquereux Martínez, Lucia; Loreto Brand, Mariana; Puñal Rodríguez, José Antonio; Bustamante Montalvo, Manuel
Hospital Clínico Universitario de Santiago

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento radical del cancer gástrico es la resección quirúrgica completa del tumor. La gastrectomía laparoscópica es menos invasiva que la cirugía abierta convencional y los resultados oncológicos son comparables si el cirujano cuenta con la suficiente experiencia en cirugía gástrica y laparoscópica avanzada. En el cáncer gástrico avanzado la indicación es más



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia

Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

controvertida debido a las dificultades técnicas durante la curva de aprendizaje para realizar una linfadenectomía D2 adecuada, sin embargo, van en aumento el número de publicaciones que comunican unos resultados oncológicos equiparables de la cirugía laparoscópica y la convencional. Existen arterias hepáticas aberrantes en más del 25% de los enfermos y el porcentaje de arterias hepáticas izquierdas aberrantes reemplazante está cercano al 5%. Cuando se identifica esta última variante debe preservarse. La reconstrucción intracorporal total es técnicamente posible y segura pero requiere experiencia, habilidad y coordinación del equipo quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Varón de 68 años de edad con antecedentes de lobectomía pulmonar inferior izquierda en el año 2007 por cáncer de pulmón, en seguimiento desde entonces por Oncología sin evidencia de recidiva. En noviembre de 2010 refiere adelgazamiento de 5 kg de peso, anorexia, molestias en epigastrio y vómitos ocasionales de 2 meses de evolución. La analítica muestra anemia ferropénica con hemoglobina de 8.1 g/dl. La TC muestra engrosamiento de la pared del cuerpo gástrico sin evidencia de metástasis ni recidiva de la neoplasia pulmonar. La endoscopia evidencia una lesión vegetante que ocupa toda la circunferencia del cuerpo gástrico distal sin condicionar estenosis significativa. Las biopsias endoscópicas son positivas para adenocarcinoma de tipo intestinal. En la ecoendoscopia, la lesión infiltra en profundidad todas las capas de la pared incluida la serosa y se observan adenopatías perilesionales de aspecto neoplásico sin ascitis. Es intervenido por vía laparoscópica realizando una gastrectomía total con linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y de Roux. Se identifica una arteria hepática izquierda aberrante reemplazante que se disecciona y preserva. El postoperatorio cursa sin complicaciones, realizando estudio esófago-yeyunal al 6º día en el que se descarta fístula anastomótica por lo que se reintroduce la ingesta por vía oral y es alta hospitalaria al 8º día. La anatomía patológica informa de un tumor de 7 cm. de diámetro que infiltra la serosa con metástasis en un ganglio linfático de los 25 aislados (estadio IIIA: T4a,N1,M0). En el video se observan los diferentes pasos de la técnica quirúrgica: disección colo-epiploica, sección de vasos gastroepiploicos derechos y arteria pilórica, sección duodenal, disección ganglionar, preservación de una arteria hepática izquierda aberrante originada en la arteria gástrica izquierda, sección esofágica y reconstrucción en Y de Roux.

CONCLUSIÓN:

La gastrectomía por laparoscopia es factible y segura en hospitales con alto volumen de pacientes y entrenamiento suficiente en procedimientos laparoscópicos avanzados, sin reducir radicalidad ni aumentar el riesgo respecto a la realizada por vía laparotómica y añadiendo las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.



COMUNICACIONES PÓSTERS

16,00 h. 1ª Sesión de Comunicaciones Pósters (Nºs P1 al P11)

**Moderadores: Javier Vázquez Cancelo (Burela) y
Fernando Fernández López (Santiago)**

P1 MEGAESÓFAGO SECUNDARIO A ACALASIA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

De La Fuente Bartolomé, Marta; Osorio Silla, Irene; Domínguez Sánchez, Iván; Miñambres Cabañes, Carla; Bra Insa, Eneida; Gutiérrez Samaniego, Maria; Fernández Miguel, Tamara; Moreno Bargeiras, Alejandro; Martínez Pueyo, José Ignacio
Hospital 12 de Octubre Madrid

INTRODUCCIÓN:

La acalasia es uno de los trastornos motores esofágicos más frecuentes. Tanto la ausencia de peristaltismo en el cuerpo del esófago, como la incapacidad del esfínter esofágico inferior (EEI) para relajarse con la deglución, derivan en una dilatación esofágica progresiva. En ocasiones, el megaesófago puede ser grave y condicionar la clínica del paciente. Existe mayor riesgo de regurgitación y aspiraciones que pueden dar lugar a complicaciones respiratorias graves, como neumonías, abscesos pulmonares, así como el desarrollo de una esofagitis crónica. La etiopatogenia exacta de la enfermedad sigue siendo desconocida, aunque se aboga por un origen multifactorial con relación de factores como los inmunosupresores, o la infección por citomegalovirus (CMV) y virus Varicela Zoster (VVZ). Presentamos un caso clínico de megaesófago grave secundario a acalasia en un paciente trasplantado renal, con el objetivo de describir el manejo de esta complicación y hacer una breve revisión del proceso.

MATERIAL Y METODOS:

Varón de 57 años con antecedentes personales de Hipertensión arterial, EPOC y trasplante renal hace 13 años. En el último mes, requiere atención médica e ingreso hospitalario por varios episodios de insuficiencia respiratoria aguda secundario a neumonía. En la anamnesis se pone de manifiesto la presencia de disfagia de largo tiempo de evolución, y con la sospecha de microaspiraciones se solicitan pruebas complementarias. Los resultados de la gastroscopia muestran un megaesófago con esofagitis crónica sugestivo de acalasia. Se le realiza manometría, en la que se evidencia que la presión del EEI es mayor de 30 mmHg. Las biopsias resultan en esofagitis con infección por citomegalovirus. Se le diagnostica de Acalasia tipo I y megaesófago secundario.

RESULTADOS:

Debido a la sintomatología del paciente, con varios ingresos por infección respiratoria, se propone intervención quirúrgica (Miotomía de Heller y técnica de Dor). En espera de la cirugía, el paciente desarrolla un cuadro diarreico intenso y deterioro progresivo secundario a infección sistémica por CMV. Se le realiza una TAC abdominal que pone de manifiesto una afectación inflamatoria grave de todo el tubo digestivo, siendo más intensa a nivel del esófago. Se traslada a la unidad de cuidados intensivos, presentando una evolución tórpida y posterior fallecimiento.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

CONCLUSIONES:

La asociación de megaesófago e inmunosupresión es un factor de riesgo de infección potencialmente mortal. En los pacientes trasplantados e inmunosuprimidos por otros motivos podría ser aconsejable el tratamiento quirúrgico precoz de la acalasia para evitar complicaciones, así como el tratamiento profiláctico para evitar infección por CMV.

P2 PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ADENOMA PARTIROIDEO GIGANTE COMO CAUSA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO. A PROPOSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

De La Fuente Bartolomé, Marta; Gutiérrez Samaniego, Maria; Osorio Silla, Irene; Miñambres Cabañes, Carla; Bra Insa, Eneida; Domínguez Sánchez, Iván; Moreno Bargeiras, Alejandro; Fernández Miguel, Tamara; Martínez Pueyo, José Ignacio
Hospital 12 de Octubre Madrid

INTRODUCCIÓN:

El adenoma paratiroideo es la causa más común de hiperparatiroidismo primario (HPTP). En pocas ocasiones, los adenomas paratiroides alcanzan grandes proporciones, por lo que se tratan de tumores benignos que rara vez se evidencian en el examen físico o presentan síntomas de compresión. Por otra parte, la localización preoperatoria con gammagrafía sestamibi y ecografía cervical permite un abordaje selectivo, con menor tasa de morbilidad. Presentamos dos casos clínicos de adenomas paratiroides de gran tamaño como presentación inusual de HPTP y realizamos una breve revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Caso 1: Paciente de 81 años con HPT1, presenta PTH de 388.8, calcio 12.9, y concordancia en ECO y Gammagrafía de zona compatible con adenoma paratiroideo en lóbulo superior de lóbulo tiroideo izquierdo. Se realiza paratiroidectomía selectiva con PTH intraoperatoria (a los 20min de 81,43) y resultado anatomopatológico de adenoma paratiroides de 4,12gr con ligera hiperplasia multimodal. Caso 2: Paciente de 66 años con HPT1°, presenta PTH 270,4, calcio 12,4, y concordancia en ECO y gammagrafía de zona compatible con adenoma paratiroideo en polo inferior de lóbulo tiroideo izquierdo. Se realiza paratiroidectomía selectiva con PTH intraoperatoria (a los 20min de 63,20) y resultado anatomopatológico de adenoma paratiroideo de 3,74gr.

RESULTADOS:

Intervención: En ambos casos se procede a la realización de paratiroidectomía de la glándula afectada, mediante abordaje selectivo. Se comprobó niveles de PTH intraoperatoria, objetivándose disminución de la misma. Anatomía Patológica: En el primer caso, se describe como adenoma paratiroideo de 2x1.7 cm de tamaño y 4,12 g de peso. Mientras, que en el segundo caso se trata de un adenoma paratiroideo de 3x2x0.8 cm de tamaño y 3,74 g de peso. Seguimiento: en el postoperatorio, ambos pacientes se mantienen normocalcémicos y con nivel de PTH dentro del rango de la normalidad. Conclusión En general, el HPTP se diagnostica por ciertos síntomas inespecíficos y alteraciones bioquímicas, principalmente hipercalcemia y niveles elevados de PTH. Aunque, los síntomas de presión local se tratan de una característica inusual en esta patología, se debe de considerar como consecuencia de un tumor de gran tamaño. Las pruebas preoperatorias nos permiten caracterizar la patología paratiroidea y por tanto planificar la intervención quirúrgica de la mejor manera.



P3 ROTURA RENAL TRAS UNA RESECCIÓN ANTERIOR BAJA. EL RIESGO DE LA RETENCIÓN URINARIA AGUDA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO. APROPOSITO DE UN CASO

Domínguez Sánchez, Iván; Gutiérrez Samaniego, María; Osorio Silla, Irene; Miñambres Cabañes, Carla; Bra Insa, Eneida; De la Fuente Bartolomé, Marta; Alcalde Escribano, Juan; Sánchez-Bustos Cobaleda, Fernando; De la Cruz Vigo, Felipe
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de la disfunción urinaria tras la proctocolectomía es de un 30-60% de los casos, siendo el síntoma más común la dificultad de evacuación urinaria. Su aparición está condicionada por dos factores dependientes de la cirugía: Los cambios anatómicos a nivel pélvico y la posible lesión nerviosa del sistema parasimpático que inerva el músculo detrusor o/ y la inervación simpática a nivel del cuello vesical, el trigono y la uretra. La extensión de la disección pélvica así como el tratamiento neoadyuvante con radioterapia suponen los mayores factores de riesgo de producir este tipo de lesión.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente varón de 55 años con antecedentes psiquiátricos, al que se diagnostica por colonoscopia de posible neoplasia estenosante a nivel recto-sigma, completándose el estudio con TAC toraco-abdominopélvico, RM pélvica y endoscopia endorrectal con diagnóstico de Adenocarcinoma uT4a N2b M0.

RESULTADOS:

Tras tratamiento neoadyuvante con Radioterapia y Quimioterapia se realiza Resección anterior baja, con anastomosis termino-terminal mecánica, dejándose ileostomía de descarga. En segundo día postoperatorio comienza con tránsito gastrointestinal positivo y dada la diuresis correcta mantenida se le retira sonda vesical. Ese mismo día realiza un pico febril por lo que se le cubre con antibioterapia. El paciente se mantiene afebril y con tránsito, manteniendo diuresis correctas, refiriendo leve incontinencia urinaria y dolor hipogástrico que no mejora con analgesia. En 9º día postoperatorio se acentúa el dolor y comienza con fiebre de hasta 39°C. Se realiza estudio analítico que presenta neutrofilia, elevación de creatinina y de reactantes de fase aguda, presencia de leucocitos y hematíes en orina y alteración iónica en orina compatible con fallo renal. Se realiza TAC urgente en el que se objetiva a dilatación pielocalicial bilateral con rotura de grupo calicial derecho y urinoma en espacio perirrenal. Ante dichos hallazgos es valorado por Urología, colocándose sonda vesical como medida descompresiva ante la probable etiología postrenal. Se repite TAC cinco días después, con desaparición tanto de la dilatación, como de la colección. La sonda vesical se mantiene al alta hasta completar el estudio urodinámico que demuestra la recuperación de la función excretora. El paciente presenta una buena evolución posterior, con diuresis mantenida y con recuperación de la continencia. Sin incidencias tras el alta.

CONCLUSIÓN:

Destacar la importancia de mantener medidas descompresivas durante el postoperatorio inmediato (sonda tipo Foley las 48-72 primeras horas de postoperatorio) en la cirugía coloproctológica. Se debe prestar especial atención a la sintomatología urológica que nos dirige al diagnóstico de una posible retención urinaria aguda. No debemos olvidar que la diuresis puede mantenerse por el fenómeno de rebosamiento, retrasando el diagnóstico. Una vez se produce la rotura renal el manejo inicial será conservador, manteniendo la sonda vesical, salvo que el paciente presente criterios de intervención quirúrgica urgente.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

P4 CARCINOMA DE VESÍCULA DE DIAGNÓSTICO INCIDENTAL. REVISIÓN DE CASUÍSTICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Domínguez Sánchez, Iván; De la Fuente Bartolomé, Marta; Pérez Torres, Jorge Brian; Galán Martín, Mónica; Miñambres Cabañes, Carla; Osorio Silla, Irene; Bra Insa, Eneida; Gutiérrez Samaniego, María; De la Cruz Vigo, Felipe
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de vesícula es una entidad poco frecuente (menos de 5000 nuevos casos/año en EEUU) pero de gran malignidad. El diagnóstico suele ser de forma incidental en hasta un 1-2% de las colecistectomías por colelitiasis. La mayoría se trata de estadios no avanzados T1-T2, no sintomáticos, por lo que superan en supervivencia a aquellos no incidentales. Se conocen múltiples factores de riesgo como la colelitiasis (70-90% de los pacientes), la vesícula en porcelana, los pólipos vesiculares, la implantación anómala de la unión pranicobiliar, las infecciones crónicas (Salmonella, Helicobacter,...). Todos ellos parecen tener en común la producción de inflamación crónica de la vesícula.

MATERIAL Y METODOS:

Se realiza un estudio retrospectivo analizando: edad, sexo, patología asociada, tipo de cirugía, pruebas de imagen, resultados analíticos y factores de riesgo, con objetivo de analizar factores de riesgo y asociaciones en los tumores vesiculares incidentales. Se incluyen todas las colecistectomías realizadas durante 5 años en el Hospital 12 de octubre del 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2007 (n= 689) y el seguimiento de cada paciente. Criterios de exclusión: menor de 16 años, diagnóstico previo a la cirugía de carcinoma de vesícula, o falta de seguimiento. Los resultados se evaluaron por análisis multivariante.

RESULTADOS:

El estudio incluyó 689 colecistectomías. La media de seguimiento fue de 2,4 meses (rango 0.5 a 6 meses), excepto en los tumores incidentales que fue de 13 meses (rango 0.3 – 33). Se encontraron 4 tumores vesiculares de manera incidental, (0.58% de los casos) de los cuales, el 75% eran mujeres, el 75% mayores de 75 años, 25% fumadores. En cuanto a la AP en 100% eran adenocarcinoma siendo 25% Tis, 50% T2 y 25% T3. El 50% se intervino de forma urgente por colecistitis aguda, el 50% programada, siendo el 100% colecistectomía abierta. La ecografía detecta en el 50% de los casos una vesícula escleroatrófica, con cálculo de >2cm en el 50% de los casos. La supervivencia media fue de 13 meses (rango 0.3-33).

CONCLUSIONES:

En nuestro medio la incidencia de cáncer vesicular es menor que en otras grandes series (0.58%). Cabe destacar que a pesar de que el diagnóstico incidental en estadios tempranos mejora el tiempo de supervivencia, este tipo de tumor presenta un mal pronóstico a pesar de completarse el tratamiento médico quirúrgico.

P5 MASA ABDOMINAL GIGANTE DE ORIGEN INDETERMINADO: CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CROMÓFOBAS

Calvo Rodríguez, Dania; González Rodríguez, Francisco; Castiñeira Piñeiro, Andrea; Fernández Pérez, Aquilino; Bustamante Montalvo, Manuel
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

CASO CLÍNICO: Paciente de 46 años remitida de consultas de Ginecología por presentar tumoración abdominal en epigastrio y clínica digestiva (plenitud posprandial). Se realiza TC



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

abdominal donde se observa masa de gran tamaño situada entre lóbulo hepático izquierdo, páncreas, riñón e hilio esplénico, de naturaleza líquida con componente sólido. Debe corresponder a cistoadenoma pancreático o a GIST/Sarcoma. En la analítica de sangre se evidencia elevación de marcadores tumorales: CA 19.9 (80.8 U/ml) CA 15.3 (85 U/ml).

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA:

El día 8/02/13 de manera programada y bajo anestesia general se realiza resección en bloque del tumor tras evidenciarse de que se trata de un tumor renal. La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta a los 5 días de la intervención. Anatomía patológica de la pieza quirúrgica: Carcinoma renal de células cromófobas, variante eosinofílica grado 3 nuclear de Fuhrman y crecimiento limitado al riñón, se evidencia extensa necrosis tumoral central.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El carcinoma de células cromófobas es un subtipo de carcinoma renal que representa entre el 5-8% de todas las neoplasias. Suelen presentarse en la 6ª década de vida. Se trata de tumores grandes con márgenes bien circunscritos y lobulados, pueden presentar áreas hemorrágicas pero no necrosis. El pronóstico suele ser bueno probablemente por presentarse en estadios bajos (T1-T2). En este caso se trata de una paciente joven con un carcinoma de células cromófobas pT2bN0M0, por lo que se trata de un caso atípico haciendo difícil pensar en éste como primera posibilidad.

P6 FISTULA QUILOSA POSTLINFADENECTOMÍA AXILAR

Cumplido Barreiro, Javier; García-Mayor Fernández, R. Lucas; Martínez-Almeida Fernández, Rafael
Hospital Del Salnés

INTRODUCCIÓN:

La linfadenectomía axilar es un procedimiento común en el tratamiento locoregional y estadiaje del cáncer de mama. Entre sus complicaciones mas frecuentes se encuentran la linforrea y los seromas, linfocele y linfoedema crónico. La fístula quílosa es una complicación rara en el vaciamiento axilar y puede retrasar el inicio de la terapia adyuvante que pueda necesitar la paciente. Presentamos el caso clínico de fístula quílosa postlinfadenectomía axilar por cáncer de mama. Con este motivo realizamos una revisión bibliográfica sobre la presentación clínica y manejo de esta entidad.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 69 con antecedentes de dislipemia (a tto con atorvastatina) e HTA, sometida a Cuadrantectomía en el CSE /UCCEE de la mama izquierda mediante mamoplastia lateral y vaciamiento axilar izq por Ca ductal infiltrante con 3 adenopatías sospechosas de MTX en la RMN (pT2pN2apMx) En el primer día postoperatorio presenta un drenaje axilar de unos 250cc serohemático, hacia el 8º-9º día po. el drenaje deja de ser serohemático y comienza a mostrarse seroso turbio con un débito de 100cc diarios por lo que se toman muestras para microbiología que son negativas. El 13º día po el líquido tiene un aspecto claramente quíloso y se realiza AS con un resultado de triglicéridos de 295 mg/dl. Se inicia tratamiento conservador con una dieta sin grasas apreciándose disminución del volumen de drenaje (que sin embargo se mantiene por encima de 50cc diarios) y de su turbidez, tras una semana de tto se opta por la NPT tornándose seroso el líquido (Bq triglicéridos 119 mg/dl) y produciéndose notable disminución del débito que permite la retirada del tubo de drenaje y el alta de la paciente una semana después del inicio de la nutrición parenteral, 32 días después de la intervención quirúrgica.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

DISCUSIÓN:

La fístula quilosa es una complicación infrecuente en la linfadenectomía axilar, habiéndose descrito hasta 12 casos en la revisión de la literatura. Puede ser debida a la lesión de canales linfáticos aberrantes relacionados con el conducto torácico ya que normalmente la linfadenectomía se realiza fuera de la zona donde se anastomosan el conducto torácico y el sistema venoso. Se sospecha ante débitos altos de los drenajes axilares postoperatorios o cuando se presenta un derrame de aspecto lechoso espeso, y se confirma el diagnóstico con el estudio del contenido en triglicéridos del mismo ($>160\text{mg/dl}$) y/o con un alto porcentaje de quilomicrones. En su manejo, debe evitarse la lesión de canalículos linfáticos en la porción profunda del hueco axilar, pero si la fístula quilosa se evidencia durante la cirugía se debe proceder a la ligadura de la misma. Si se presenta en el postoperatorio inmediato, se debe realizar un tratamiento conservador. Se recomienda una dieta exenta de grasas e incluso nutrición parenteral periférica o enteral con triglicéridos de cadena media, para los casos más persistentes. Sólo de forma excepcional se podría considerar el abordaje quirúrgico para tratar de ligar los vasos responsables del derrame.

P7 LESIÓN DE GRANDES VASOS. UNA COMPLICACIÓN INFRECUE EN LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Rodríguez López, Natalia; Loreto Brand, Mariana; Calvo Rodríguez, Dania; Ladra González, María Jesús; Fernández López, Fernando; Vidal Herrador, Beatriz; Serramito Veiga, Isabel; Villaverde Rodríguez, Javier; Bustamante Montalvo, Manuel
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La lesión de grandes vasos durante los procedimientos laparoscópicos representan un porcentaje de 0,03-0,09 %, pero no por esto se debe subestimar su gravedad. Se presenta el caso de una paciente joven que ingresa para intervención quirúrgica programada por colelitiasis sintomática vía laparoscópica, que sufre complicación mayor intraoperatoria en la introducción de los trócares con lesión de grandes vasos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 27 años que ingresa en otro centro para intervención programada de colecistectomía laparoscópica. Durante la introducción de aguja de Veres a nivel umbilical, la paciente presenta bradicardia e hipotensión arterial brusca, con salida de sangre a través de orificio de trocar. Se reconvierte a laparotomía subcostal bilateral, objetivándose sangrado retroperitoneal profuso, con gran hematoma. Se dan puntos sueltos en bloque sobre retroperitoneo, cediendo parcialmente el sangrado, y se realiza colecistectomía reglada. Es trasladada a nuestro hospital para realización de angiografía por la unidad de Radiología Intervencionista. Se inicia con vía de acceso por arteria femoral derecha, objetivándose punto de obstrucción sin paso de guía por aorta y fuga de contraste. Se decide realizar angioTAC aórtico, observándose extravasación de contraste en la cara posterior de esta arteria a nivel de L2, compatible con rotura, hematoma retroperitoneal y hemoperitoneo.

Ante los hallazgos, la paciente es intervenida de forma emergente en colaboración con el servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Se realiza laparotomía media xifopubiana, aspirándose aproximadamente 2000 cc de hemoperitoneo. Se localiza punto de sangrado a nivel de bifurcación aórtica a la salida de la arteria ilíaca común derecha, junto con lesión de vena cava inferior parcialmente estenosada. Se realiza exclusión vascular, reparación primaria de la lesión venosa y se coloca prótesis de Gore anillado 6 mm aorto-ilíaco, comprobándose intraoperatoriamente la estanqueidad de las suturas y la presencia de pulso pedio en miembro inferior derecho.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia

Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

RESULTADOS:

En el postoperatorio inmediato se mantiene hemodinámicamente estable, comprobándose de forma repetida, la buena perfusión del miembro inferior derecho, sin presentar datos de síndrome compartimental. La paciente es dada de alta al décimotercer día sin complicaciones durante el ingreso.

CONCLUSIONES:

1. La lesión de los grandes vasos durante la introducción de los trócares en cirugía laparoscópica, es una complicación poco frecuente pero potencialmente mortal.
2. Ante la sospecha de sangrado intenso, es necesario la reconversión quirúrgica inmediata, mediante laparotomía media e identificando el punto de sangrado.
3. Ante una lesión de grandes vasos, es conveniente contar con la colaboración del servicio de Angiología y Cirugía Vascular, ya que la radiología intervencionista en estos casos es poco resolutive.

P8 TUMOR MIXTO, EL HEPATOCOLANGIOMIOMA

Martínez González, Daniel; González Rodríguez, Francisco Javier; Paulos Gómez, Ana; Bustamante Montalvo, Manuel

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN:

El hepatocolangioma es un tumor raro por su frecuencia, que oscila entre el 1'-6'5% de los tumores primarios del hígado y que resulta ser una neoplasia mixta en la que se produce una doble diferenciación hacia hepatocitos y el epitelio de las vías biliares, coexistiendo ambas en el mismo tumor o en el mismo hígado.

MÉTODO:

Presentamos a un paciente de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial y gastritis crónica con hemorragia digestiva alta, remitido a consultas de Digestivo por hipertransaminasemia asintomática con predominio de GGT. En las pruebas radiológicas se confirma una masa polilobulada, mal definida, en la unión de los segmentos II y III de aproximadamente 5 x 2.7 centímetros con realce en fase arterial e isodenso en fase portal, altamente sugestivo de hepatocarcinoma. Esta masa está en contacto con la vesícula biliar, infiltrando o al menos comprimiendo, las ramas izquierdas de la vía biliar intrahepática. En los marcadores tumorales séricos destacan alfa-fetoproteína de 187, CA 19.9 de 569 y PSA 7. Virus hepatotropos negativos. Con la sospecha de hepatocarcinoma se realiza seccionectomía lateral izquierda sobre hígado con cirrosis hepática macronodular.

RESULTADOS:

En los estudios de Anatomía Patológica, sobre cirrosis macro-micronodular de probable etiología alcohólica y márgenes quirúrgicos libres sin invasión de las vías biliares, se demuestra positividad para hepatocyte, citoqueratina 7 y 19, lo que apoya el diagnóstico de tumor mixto, Hepatocolangioma.

CONCLUSIÓN:

El hepatocolangioma resulta ser un tumor agresivo, de difícil diagnóstico preoperatorio, con tendencia a la invasión del sistema porta, vías biliares y a producir metástasis, presentando una supervivencia que oscila entre el 24 a 30 % a los 5 años y en el que aún no se ha definido bien el papel del trasplante hepático en su manejo.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

P9 HERIDA DE BALA EN PACIENTE CON COLOPLASTIA

Martínez González, Daniel; González Rodríguez, Francisco Javier; Paulos Gómez, Ana; Lesquereux Martínez, Lucia; Villaverde Rodríguez, Javier; Bustamante Montalvo, Manuel
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN:

Paciente de 35 años que es traído al Servicio de Urgencias por herida de arma de fuego con orificio de entrada epigástrico y de salida paravertebral izquierdo a nivel de D10-D12, e intoxicación etílica.

MÉTODO:

Dada la inestabilidad hemodinámica, hematemesis, tras haber descartado taponamiento cardíaco, y con ecografía urgente de imagen compatible con coágulos en estómago, se indica intervención quirúrgica urgente.

RESULTADOS:

Durante el lavado antiséptico en quirófano se descubre cicatriz xifopubiana y cervical derecha. Al revisar la historia clínica se encuentra en informe previo un antecedente de esofagitis cáustica en la infancia y posible coloplastia. Realizamos laparotomía media exploradora y observamos lo que parece ser un asa de coloplastia retroesternal sobre el hígado. Se decide introducir una sonda nasocolónica e instilar azul de metileno. No se consigue palpar la sonda en el interior de la plastia ni se tiñen las compresas que la rodean, pero sí se observa colorante en una compresa situada tras el lóbulo hepático izquierdo. Se continúa disección cuidadosa de los tejidos debido a las alteraciones de la anatomía, y se palpa la sonda en una víscera que posteriormente se identifica como estómago (no es frecuente conservar el estómago tras una causticación y de hacerlo, es extraño que dicho órgano no haya sido utilizado para la plastia esofágica). Finalmente, se objetiva una pequeña perforación a nivel de esófago abdominal sobre la que se realiza sutura primaria y un hematoma retroesofágico sin peritonitis pero con moderado hemoperitoneo asociados, y con tendencia al sangrado con su manipulación. Se decide limitarse al control de daños y realizar TC tóraco-abdominal inmediato que evidencia la existencia de una rotura contenida de la pared lateral izquierda de la aorta a 2.5 cm craneal a la salida del tronco celíaco con sangrado activo y hematoma extraperitoneal (Figura 1). Mediante un abordaje endovascular a través de la arteria femoral común se realiza el implante de una endoprótesis aórtica recubierta recta de 22x164 mm (Figura 2).

CONCLUSIÓN:

El paciente evoluciona favorablemente y al 8º día post-operatorio el estudio esófago-gastroduodenal (Figura 3) no evidencia fuga de contraste en el esófago abdominal y se observa que la coloplastia comunica el esófago proximal con el cuerpo gástrico.

P10 FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA CON ESCASA SINTOMATOLOGÍA POR MIGRACIÓN DE MALLA INTRAPERITONEAL

Rial Durán, Ágata; Días Silva, Antonio; Mariño Padín, Esther; Ballinas Miranda, Julio Roberto; Carrera Dacosta, Ester; Artime Rial, María; Sánchez Santos, Raquel; Romay Cousido, Gabriela
Hospital Montecelo Pontevedra

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La introducción de mallas en la reconstrucción de la pared abdominal es habitual y, generalmente, con buenos resultados. Una complicación infrecuente es la aparición de una fístula enterocutánea, pero más raro es que aparezca sin crear graves consecuencias para la salud del paciente y que se relacione con una malla de PTFEe. Se pretende describir el caso



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

de una paciente en la que tras reparación laparoscópica con malla de PTFEe de eventración reproducida, presenta como complicación fístula enterocutánea con escasa sintomatología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente mujer de 59 años, remitida a la consulta por supuración crónica por orificio cutáneo como única sintomatología, portadora de una malla de PTFEe tras reparación laparoscópica de eventración reproducida. El TAC y la colonoscopia nos permitieron llegar al diagnóstico de fístula colocutánea y programar la cirugía con resección intestinal y explantación de la malla y plastia abierta de pared, esta vez, con malla de polipropileno. Resultados: en este caso, para el tratamiento de la fístula enterocutánea por migración de la malla al intestino grueso, se realizó resección sigmoidea seguida de lavados repetidos, separación de componentes y malla de polipropileno.

CONCLUSIONES:

Sea por la posición de la malla y sus características, así como el tipo de fijación puede haber complicaciones. No es frecuente la fístula en relación a una malla cuyo único componente sea el PTFEe ya que su empleo puede considerarse seguro en posición intraperitoneal. La reparación puede hacerse con diversas técnicas y diferentes mallas.

P11 METÁSTASIS DE CARCINOMA RENAL INTESTINAL. PRESENTACION COMO SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO

Ballinas Miranda, Julio Roberto; Sanmartin, Carlos; Diz, Susana; Carrera, Ester; Mariño Padín, Ester; Rial, Agata; Sánchez Santos, Raquel; Seoane Antelo, Jaime; Piñeiro, Sandra
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma de células renales es un tumor maligno letal con diseminación metastasica a cualquier parte del organismo. Los lugares donde comúnmente se asientan las metástasis son a nivel pulmonar, suprarrenal, cerebral y cualquier órgano intrabdominal. Si bien es cierto las metástasis a intestino delgado son poco frecuentes, existen aproximadamente 45 casos en la literatura donde se presentan inicialmente con sangrado de tubo digestivo. Recientemente, las nuevas herramientas diagnosticas tal como la capsula endoscópica son útiles en el diagnóstico de sangrado gastrointestinal que no puede ser detectado por la enteroscopia convencional. Permitiendo realizar un examen más agresivo del tracto digestivo y localizando el sitio de sangrado. Se presenta el siguiente caso clínico de una paciente de 81 años de edad, Diabética, hipertensa, diverticulosis colonica y hemorroides grado II-III. Intervenido hace 4 años donde se le realizó una nefrectomía radical derecha + Cavotomía /trombectomia por un Carcinoma renal de células claras con invasión a la vena renal. Un año después con estudios de control sin evidencia de extensión de enfermedad.

Se presenta en urgencias 4 años posterior a la intervención con Sdr. Anémico y heces alquitranadas, que comprometen hemodinamicamente a la paciente, se realiza gastro y colonoscopia convencional sin detectar sitios de sangrado. Realizando una exploración con capsula endoscópica hallando una tumoración yeyuno proximal-medio que abarca toda la luz del delgado con sangrado activo. Y TC que confirma la lesión y retención de capsula endoscópica. Por lo que es llevada a quirófano donde se practica una resección intestinal.

CONCLUSIONES:

El sangrado de tubo digestivo en el intestino delgado es un debut raro una metástasis por carcinoma renal. Las herramientas con las que contamos hoy en día son un apoyo importante para la detección de sitio de sangrado en este caso por metástasis de Ca renal. Donde la enteroscopia tradicional no nos hubiera podido ayudar.



16,00 h. 2ª Sesión de Comunicaciones Pósters (Nºs P12 al P21)

Moderadores: Isabel Pérez Moreiras (Lugo) y Rafael Mtnez. Almeida (Vilagarcía)

P12 NECROSIS GRASA SIMULANDO TUMORACIÓN RETROPERITONEAL MALIGNA

Ramírez Ruiz, Laura; Pérez Moreiras, Maria Isabel; Muhammad Salem, Ali; Montoto Santomé, Paula; Dorado Castro, Lucía; López López, María; Durán Mariño, José Luis; Costa Buján, José Antonio
Hospital Lucus Augusti. Lugo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El dolor y la distensión abdominal son síntomas muy inespecíficos pudiendo ser secundarios a múltiples patologías y/o a trastornos funcionales. Presentamos el caso de una paciente con dolor abdominal y distensión como únicos síntomas, a la que se diagnosticó, tras realizar un estudio adecuado, de una tumoración retroperitoneal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 63 años con antecedentes personales de dislipemia y tiroidectomía subtotal. Remitida desde otro centro por dolor abdominal desde hace 15 días fundamentalmente en fosa iliaca izquierda, irradiado a flanco izquierdo, y acompañado en ocasiones de distensión abdominal. Se le realizan varias pruebas de imagen, entre ellas: -TAC abdominal: Masa retroperitoneal con contenido graso de 4 x 5 cm. Localizada a nivel paraaórtico izquierdo, y que desplaza estructuras vasculares del hilio renal hacia delante. extendiéndose prevertebralmente hacia el lado contralateral. Presenta otra lesión redondeada de características similares de 1,5 x 2 cm, y condiciona colapso de la vena cava inferior. Los hallazgos son compatibles con liposarcoma retroperitoneal -RNM abdominal: Lesión retroperitoneal de 4,5 x 3,8 x 3,7 cm, localizada a nivel del cuerpo vertebral L2, en íntimo contacto con la aorta aunque sin infiltrarla y con la arteria y vena renales izquierdas a las que desplaza anteriormente. Presenta la misma señal que la grasa con un anillo periférico que capta contraste. En el lado derecho se observa una lesión de 1,5 x 2 x 1,7 cm, y presenta las mismas características de señal, localizada entre la aorta y la cava, sin infiltrarlas. Estos hallazgos sugieren el diagnóstico de liposarcoma bien diferenciado como primera posibilidad, otras posibilidades como necrosis grasa parecen menos probables. Con estos resultados, se decide intervención quirúrgica, llevada a cabo en conjunto por el servicio de Cirugía General y Cirugía Vascular, realizándose mediante laparotomía media resección completa de la tumoración.

RESULTADOS:

Los hallazgos intraoperatorios son: Masa retroperitoneal de consistencia dura, delocalización prevertebral, en contacto íntimo con arteria aorta, que colapsa vena cava inferior y que engloba vasos lumbares bilateralmente. El estudio anatomopatológico es compatible con quiste de 4-4,5 cm bilocado, retroperitoneal, necrótico y encapsulado por lipófagos. Compatible con necrosis grasa. La paciente ha presentado un postoperatorio favorable, pero lento por mala tolerancia al dolor, siendo dada de alta en el 15º día postoperatorio.

CONCLUSIONES:

Los tumores primarios del retroperitoneo se definen como toda neoformación quística o sólida desarrollada en el retroperitoneo, y que provenga de células y tejidos no diferenciados en los órganos. Engloba neoplasias malignas y benignas, siendo la mayoría malignas y de



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia **Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013**

origen mesenquimatoso. La clínica es insidiosa, poco específica, y generalmente aparece en estadios avanzados por desplazamiento o compresión de órganos vecinos. El diagnóstico se realiza mediante pruebas complementarias, siendo el TAC la principal. La rentabilidad de la biopsia percutánea está en controversia, por el riesgo de diseminación tumoral y la obtención de material insuficiente para poder conseguir un diagnóstico. En general no se recomienda si el diagnóstico por imagen es claro. Respecto al tratamiento, si no se tiene un diagnóstico de certeza, hay que llevar a cabo una resección quirúrgica completa de la tumoración (R0), ya que es la única alternativa potencialmente curativa en la mayoría de las masas retroperitoneales. Sin embargo, se trata de resecciones de alta complejidad debido a las características del retroperitoneo, lo que dificulta una extirpación óptima.

P13 QUISTE DE COLÉDOCO EN EL ADULTO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Carrera Dacosta, Ester; Estévez Fernández, Sergio Manuel; Domínguez Comesaña, Elías; Mariño Padín, Esther; Portela Serra, José Luis; Lede Fernández, Ángel; Ballinas Miranda, Julio Roberto; Rial Durán, Ágata; Artime Rial, María Área de Xestión Integrada Pontevedra-Salnés. Hospital Montecelo. Pontevedra

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El Quiste de Colédoco es una anomalía congénita de la vía biliar poco común que puede estar asociada con complicaciones como infección, obstrucción y neoplasias. Debido a esto la resección completa del quiste debe ser hecha cercana al diagnóstico. El cuadro clínico puede ser variado, por lo tanto de difícil diagnóstico. La incidencia es muy baja, siendo más elevada en países de oriente, como China o Japón. El objetivo del presente trabajo es describir un caso clínico de quiste de colédoco en paciente adulto con iconografía tanto de las pruebas del preoperatorio como de la técnica quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente asiática de sexo femenino de 25 años de edad que consultó por dolor abdominal cólico relacionado con las comidas de moderada intensidad, acompañado de náuseas y hábito diarreico. Se le realiza Ecografía abdominal en la que se sospecha coledocolitiasis así como dilatación del colédoco y presentando también material ecogénico en su porción distal. Se completa estudio con USE que confirma la coledocolitiasis así como la coledocolitiasis, describiendo un colédoco dilatado de hasta 7 mm y con CPRE, solicitada para drenaje de vía biliar que diagnostica quiste de colédoco tipo 1b de Toddani.

RESULTADOS:

La paciente es intervenida quirúrgicamente realizando resección de vía biliar principal y hepaticoyeyunostomía. Con buena evolución la paciente es dada de alta al 7º díapostquirúrgico sin complicaciones en el postoperatorio inmediato.

CONCLUSIONES:

El quiste de colédoco es una patología infrecuente que requiere cirugía, para evitar así complicaciones derivadas del mismo y su potencial maligno.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

P14 MELANOMA METASTÁSICO DE INTESTINO DELGADO: EL DEBUT DE UNA ENFERMEDAD EXTRADIGESTIVA

López López, María; Pérez Moreiras, María Isabel; González López, Rocío; Montoto Santomé, Paula; Dorado Castro, Lucía; Ramírez Ruiz, Laura; Conde Vales, José; Gegúndez Gómez, Carlos; Costa Buján, José Antonio
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

INTRODUCCIÓN:

El melanoma es la neoplasia maligna cutánea más prevalente. Las metástasis aparecen en el 15-26% de los melanomas en estadio I-II. Se trata de la neoplasia extraabdominal que más frecuentemente metastatiza al tracto gastrointestinal; aun así, este debut es inusual.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 60 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Estudiada por síndrome general y anemia de meses de evolución. Se realiza TAC toracoabdominopélvico en el que se visualiza engrosamiento marcado de intestino delgado (yeyuno), sugestivo de enfermedad neoplásica (GIST/LINFOMA). Se solicita valoración por servicio de endoscopias, para filiación de la lesión, desestimándose estudios adicionales por no accesibilidad de la misma. Se indica cirugía programada, realizándose resección segmentaria de intestino delgado e histerectomía con doble anexectomía.

RESULTADOS: El resultado anatomopatológico reveló melanoma maligno con predominio de células tipo epitelioides. Múltiples focos tumorales. Permeación vascular. Elevado índice mitótico. Veintisiete ganglios aislados, no infiltrados. Bordes quirúrgicos libres. Informado, por tanto, de posible metástasis de melanoma cutáneo sin poder descartar primario de intestino delgado. Con este resultado se procede a búsqueda de tumor primario, objetivándose melanoma de extensión superficial en región dorsolumbar. Se indica exéresis de la lesión y posterior tratamiento quimioterápico. Actualmente paciente en seguimiento por Servicio de Dermatología, Oncología y Cirugía General, sin recidiva tras seis meses desde el diagnóstico.

CONCLUSIONES: Las metástasis en el tracto gastrointestinal son poco frecuentes. Los melanomas, sin embargo, tienen especial predilección para la diseminación. Normalmente se producen en una secuencia ordenada: melanoma primario – metástasis regional – metástasis a distancia. A veces no es infrecuente el debut de la enfermedad con manifestaciones digestivas (5-7 %). Pueden aparecer en cualquier localización, siendo la localización más frecuente el intestino delgado (en la mitad de los casos). Los síntomas suelen ser inespecíficos (dolor abdominal difuso, obstrucción intestinal, invaginación, hematemesis, melenas...) lo que condiciona un diagnóstico tardío. En este escenario el tratamiento será paliativo, y el pronóstico infausto (supervivencia del 5-10% a los 5 años). La extirpación quirúrgica se considera el tratamiento de elección. La supervivencia y el tiempo libre de enfermedad en resecciones completas es superior a las resecciones parciales.

P15 TÉCNICA DE MARTIUS PARA LA REPARACIÓN DE LA FÍSTULA RECTOVAGINAL

Dorado Castro, Lucía; Ramírez Ruiz, Laura; López López, María; Montoto Santomé, Paula; Maseda Díaz, Olga; Pérez Moreiras, Isabel; Torres García, Ignacia; Alonso Fernández, Leticia; Costa Buján, José Antonio
Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La fístula rectovaginal es una complicación rara de la cirugía rectal o ginecológica y es más frecuente en el contexto de tratamiento radioterápico en la patología neoplásica. El manejo de esta es difícil ya que conlleva el uso de técnicas poco habituales y que en ocasiones no son resolutivas. Además es frecuente que sea preciso realizar colostomías, que en el contexto



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

de mujeres jóvenes con patología neoplásica no digestiva es una complicación añadida. Presentamos el caso clínico de una mujer de 68 años con una fístula rectovaginal como complicación de una RAB por un cáncer de recto medio. Precisó de intervención de Martius en 2 ocasiones, siendo la segunda reparación resolutive.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 68 años con antecedentes de RAB por cancer de recto medio y que ya en el postoperatorio inmediato presentó fístula rectovaginal. Inicialmente se realizó colostomía en asa transversa y 6 meses después intervención de Martius que no fue resolutive, presentando recidiva temprana de la fístula. Posteriormente se realizó colostomía definitiva. Dado la edad de la paciente, la presencia de síntomas y la posibilidad de reconstrucción del tránsito, se decide nuevo intento de reparación fistulosa mediante intervención de Martius, siendo en esta ocasión resolutive.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Tras 9 meses de seguimiento no presenta recidiva fistulosa. Presenta buena cicatrización del injerto y funcionamiento correcto del aparato esfinteriano evaluado mediante manometría. Las causas de las fístulas rectovaginales incluyen: el trauma obstétrico, la enfermedad inflamatoria intestinal, la diverticulitis, infecciones, los procesos malignos y las complicaciones de la radioterapia y la cirugía. La aparición de una fístula rectovaginal como complicación de la resección anterior baja de recto es muy poco frecuente. Desde un punto de vista histórico, ha existido cierto grado de frustración en el tratamiento de esta enfermedad, ya que las pacientes se veían abocadas a una colostomía definitiva para manejar esta complicación. Se han descrito múltiples opciones, desde operaciones no resectivas (interponiendo tejidos sanos como epiplón, músculo recto anterior, músculo gracilis o grasa y músculo bulbocavernoso, interposición de tejido colónico sano no irradiado técnica de Bricker o bien realizando colostomías permanentes en casos desesperados), resectivas con preservación de esfínteres como proctectomía con anastomosis primaria en sus diversas formas o resecciones sacrificando esfínteres como la amputación abdominoperineal y/o la exenteración pélvica. La técnica de Martius fue descrita en la década de los años veinte, y consiste en la interposición de un colgajo bulbocavernoso. El colgajo es un injerto muscular pediculado (músculo bulbocavernoso con almohadilla de grasa) cosechado de cualquiera de los labios mayores sobre la base de la rama perineal de la arteria pudenda. Es incorporado a través de un túnel subcutáneo y se sitúa entre la vagina y el recto.

Las líneas básicas para la reparación son: descartar persistencia de la enfermedad neoplásica si es de esta causa, diversión del contenido fecal previa a la cirugía local reparativa, por medio de colostomía (transversa en cañón de escopeta o sigmoidea terminal), se recomienda demorar la cirugía reparadora entre 6 y 12 meses después del diagnóstico, es esencial el manejo cuidadoso del autoinjerto, para evitar tensión en el mismo y posterior isquemia, extirpar la fístula en todo su espesor con el objeto de "refrescar" los bordes de la misma y el cierre de la ostomía derivativa una vez comprobada la estanqueidad de la reparación y la ausencia de estenosis rectal. El cierre de la misma conviene demorarlo más de 6 meses, dado que la evolución de la cicatrización en este tipo de tejidos puede no ser satisfactoria. La ausencia de graves complicaciones, acompañado de una tasa de éxitos satisfactoria, hace que la intervención de Martius sea una de las mejores opciones terapéuticas en el caso de la fístula rectovaginal.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

P16 ROTURA DIAFRAGMÁTICA

Costas Fernández, Verónica; Iribarren Díaz, Mauricio; Álvarez García, Helena; Díaz Cardamas, Pablo; Freiria Eiras, Miguel Ángel; Guzmán Suárez, Silvia; Primo Álvarez, Juan Carlos
Hospital Xeral Cíes. CHUVI. Vigo

INTRODUCCIÓN:

La rotura diafragmática aguda consiste en el desgarro del músculo diafragmático, con la posible herniación de las vísceras abdominales en la cavidad pleural. Es una lesión infrecuente pero asociada a una alta tasa de mortalidad. La causa más frecuente de rotura diafragmática son los traumatismos tócaroabdominales, tanto cerrados como abiertos, y el hemidiafragma más frecuentemente afectado es el izquierdo. Los síntomas más característicos son dolor torácico asociado a insuficiencia respiratoria. El diagnóstico debe ser de sospecha y está basado fundamentalmente en pruebas de imagen; Rx tórax, TAC tóraco-abdominal. El tratamiento de la rotura diafragmática es quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso clínico y el abordaje quirúrgicos de un varón de 29 años que acude a urgencias tras caída accidental.

RESULTADOS:

Se trata de un varón de 29 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que es trasladado desde su hospital de referencia a nuestro servicio tras caída accidental desde un caballo. El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con datos de insuficiencia respiratoria leve. A la auscultación pulmonar destaca hipofonesis, con auscultación de ruidos intestinales en hemitórax izquierdo. Solicitada Rx tórax donde se visualiza elevación de estructuras abdominales hacia el espacio torácico izquierdo y desplazamiento mediastínico hacia la derecha. El TAC apoya el diagnóstico de rotura diafragmática, por lo que, con estos datos, se decide realizar una intervención quirúrgica de urgencia. Durante el procedimiento quirúrgico, a través de una laparatomía subcostal izquierda, se visualiza una ruptura anterolateral del músculo diafragmático, desde xifoides a línea media axilar; con herniación de vísceras abdominales como estómago, bazo, intestino delgado y grueso dentro la cavidad pleural. Se consigue reducción sin complicaciones del contenido herniado y se realiza la reparación de diafragma mediante sutura continua de PDS-Loop.

Tras la intervención quirúrgica presentó un ingreso prolongado, con evolución tórpida, desarrollando un cuadro oclusivo aproximadamente un mes tras cirugía que se decide intervenir dado la ausencia de respuesta a tratamiento conservador. En el acto quirúrgico se observa una adherencia firme de colon transversal con la línea de sutura diafragmática, por lo que se procede a su liberación. Buena evolución tras reintervención quirúrgica y alta próxima.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico de rotura diafragmática pasa a menudo desapercibido tras un traumatismo, sin embargo, está asociada a una alta tasa de complicaciones e incremento de mortalidad si la lesión es inadvertida. Por ello es importante establecer un diagnóstico de sospecha precoz, en pacientes politraumatizados que presenten clínica respiratoria. El tratamiento es quirúrgico; consiste en la reparación del músculo diafragmático. Puede recurrirse a la colocación de mallas protésicas si el tejido es insuficiente para reparar el defecto.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

P17 CIERRE DE ESPACIO DE PETERSEN Y BRECHA MESENTÉRICA CON SUTURA EN BOLSA DE TABACO

Osorio Silla, Irene; Gómez Rodríguez, Pilar; Gutiérrez Samaniego, Maria; De La Fuente, Marta; Bra Insa, Eneida; Domínguez Sánchez, Iván; Martínez Pueyo, José Ignacio; De La Cruz Vigo, José Luis; De La Cruz Vigo, Felipe

Hospital Doce de Octubre. Hospital Nuestra Señora del Rosario. Madrid

INTRODUCCIÓN:

En la cirugía de la obesidad, el Bypass gástrico laparoscópico es una de las técnicas quirúrgicas que se emplea más comúnmente. Una de sus posibles complicaciones es la obstrucción intestinal secundaria a una hernia interna, cuya frecuencia parece ser superior que en la cirugía derivativa abierta (0,9% -4,5%). Se han propuesto diferentes técnicas para el cierre de los defectos mesentéricos. Nuestro objetivo es valorar la sutura en bolsa de tabaco con hilo no reabsorbible para el cierre de la brecha mesentérica y el espacio de Petersen.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de 226 pacientes con diagnóstico de obesidad mórbida, a los que se realizó Bypass gástrico con banda laparoscópico. A todos se les cerró la brecha mesentérica y a 210 de ellos (92,9%) también el espacio de Petersen, con una sutura en bolsa de tabaco del mesenterio, con hilo de polipropileno del 1. La sutura se termina con un nudo de Roeder extracorpóreo. Se revisa el tiempo empleado, las complicaciones intraoperatorias y la aparición de hernias internas.

RESULTADOS:

En un 7,1% de los pacientes no se pudo cerrar el espacio de Petersen por dificultad técnica, ocurriendo esta eventualidad sobre todo en los primeros casos en que se intentó. El tiempo medio empleado en la brecha mesentérica ha sido 6:42 min. (5:30-8:00) y en el espacio de Petersen 4:42 min. (4:00-5:30). Salvo algún pequeño hematoma mesentérico ocasional, el hecho de suturar los defectos no ha producido complicaciones intra ni postoperatorias. No ha aparecido hernia interna alguna en todo el grupo de pacientes.

CONCLUSIONES:

El cierre de la brecha mesentérica y el espacio de Petersen evita la aparición de hernias internas. La sutura en bolsa de tabaco de dichos defectos es relativamente sencilla y consume muy pocos minutos. Este proceder no conlleva complicaciones intraoperatorias de importancia.

P18 HEMOPERITONEO POST COLONOSCOPIA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Gutiérrez Samaniego, Maria; Osorio Silla, Irene; Miñambres Cabañes, Carla; Bra Insa, Eneida; Domínguez Sánchez, Iván; De La Fuente Bartolomé, Marta; Pérez Zapata, Ana Isabel; Gutiérrez, Marta; De La Cruz Vigo, Felipe

H.U. 12 Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La colonoscopia es una técnica cada vez más utilizada, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de patologías que afectan a recto, colon y parte distal de íleon. El riesgo de complicaciones asociadas a la técnica es bajo, 1-2%, siendo lo más representativo la hemorragia en el lugar de la polipeptomía, seguida de la perforación. Existe una complicación grave muy poco frecuente que hay que conocer, en la cual la pared del colon se encuentra íntegra: el hemoperitoneo post colonoscopia.



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

MATERIAL Y METODOS:

Caso 1: Paciente de 79 años, con AP de amputación abdominoperineal hace tres semanas por adenocarcinoma de recto, que acude a Urgencias por dolor abdominal súbito en epigastrio y flanco derecho, acompañado de náuseas y vómitos. No fiebre. Se solicita colonoscopia urgente por imagen de vólvulo de ciego en Rx de abdomen. El colonoscopio no puede progresar por atrapamiento del mismo, introduciéndose endoscopio de calibre fino hasta ángulo hepático. Tras esto, el paciente comienza con hTA e importante anemia, por lo que se realiza TC abdominal urgente, que muestra hemoperitoneo con signos de sangrado activo.

Caso 2: Paciente de 56 años, AP endarterectomía carotídea, a la cual se realiza colonoscopia ambulatoria. Comienza con MEG, dolor abdominal y mareo, por lo que acude a Urgencias. Importante inestabilidad hemodinámica que requiere ingreso en UVI. Se realiza TC abdominal que objetiva laceración esplénica con abundante líquido libre.

RESULTADOS:

Caso 1: LMSIU sobre previa. Se objetiva hemoperitoneo aproximadamente de 2 litros, con abundantes coágulos. Bazo íntegro. Se identifica vaso en mesosigma con sangrado activo, que se sutura. Se resecta colostomía por aspecto isquémico de la misma, realizándose nueva colostomía en orificio previo. El paciente evoluciona favorablemente en planta, con ausencia de nuevos signos de sangrado. Presenta buena tolerancia oral y colostomía funcionante de buen aspecto, siendo dado de alta bajo control domiciliario.

Caso 2: LMSU. Se objetiva desgarro capsular de polo inferior del bazo con hemoperitoneo mayor a 2 litros. Esplenectomía. Adecuada evolución postoperatoria con alta a domicilio.

CONCLUSIÓN:

Desde que en 1974 se describiera el hemoperitoneo post colonoscopia son pocos los casos recogidos pese al exponencial aumento del número de colonoscopías. Generalmente está asociado a rotura esplénica, como en uno de nuestros casos. Sin embargo, no es ésta su única causa. En pacientes con laparotomías previas, especialmente con cirugías colónicas, la colonoscopia en la que se progresa por dificultad por atrapamiento del colonoscopio puede ser causa de hemoperitoneo masivo por tracción y rotura de vaso directo del meso al colon explorado. Es importante su sospecha ante paciente que tras la prueba presenta hTA, anemia y ausencia de neumoperitoneo en la radiografía. El TC abdominal con CIV es la técnica diagnóstica de elección, con intervención quirúrgica urgente posterior.

P19 RESECCIÓN LAPAROSCOPICA DE DIVERTICULO EPIFRENICO. REVISIÓN TRATAMIENTO ACTUAL

Gutiérrez Samaniego, María; Pérez Zapata, Ana Isabel; Ibarra Peláez, Alfredo; Bra Insa, Eneida; Osorio Silla, Irene; Miñambres Cabañes, Carla; De La Fuente Bartolomé, Marta; Domínguez Sánchez, Iván; De La Cruz Vigo, Felipe
H.U. 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

Los divertículos epifrénicos se localizan en el tercio inferior del esófago, especialmente en los 10cm distales. Se producen por pulsión, con herniación de la mucosa y la submucosa. Generalmente se asocian a trastornos motores esofágicos, aunque en ocasiones coexisten hernias hiatales, esofagitis por RGE... Son poco frecuentes, con una prevalencia desconocida ya que la mayor parte de ellos son asintomáticos. Cuando presentan clínica (10-30%), suele ser de disfagia y regurgitación de alimentos. El tratamiento quirúrgico se realiza en función del



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

caso, reservándose en general a pacientes sintomáticos o con complicaciones por el divertículo. Presentamos la revisión del tratamiento de los divertículos esofágicos epifrénicos a partir del caso de un caso de divertículo esofágico gigante.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 74 años, con AP de HTA, hiperglucemia en tratamiento dietético y alergia a AINEs, que presenta cuadro de un año de evolución de vómitos, disfagia y regurgitación alimetaria, asociada a pérdida de 6 kg de peso. Se realiza estudio esofagogastroduodenal, que no diferencia entre hernia paraesofágica o divertículo. La manometría esofágica informa de EEI hipotenso con morfología de hernia de hiato, y TME en el cuerpo esofágico con aperistalsis o presurización panesofágica sin actividad contráctil. En endoscopia se objetiva esófago dilatado y gran divertículo en tercio distal lateral a la UGE, así como esofagitis péptica grado B de L.A., asociado a pequeña hernia por deslizamiento. Se decide intervención quirúrgica laparoscópica.

RESULTADOS:

Se visualiza hernia por deslizamiento que se reduce. Disección de pilares diafragmáticos y de la parte distal del esófago, objetivándose gran divertículo lateral izquierdo de unos 7-8cm de eje mayor, con cuello de 6cm, situado 4cm por encima de UGE y adherido a pleura mediastínica izquierda. Se realiza endoscopia intraoperatoria, que muestra el divertículo lleno de restos alimenticios, que se extraen. Resección de divertículo con endoGIA, dejando línea de sutura de 6cm. Se aproximan pilares diafragmáticos. La pieza de AP se informa como divertículo esofágico con candidiasis. La paciente fue dada de alta sin incidencias postoperatorias, con buena tolerancia oral.

CONCLUSIÓN:

Hasta hace unos años, el abordaje de estos divertículos se realizaba mediante toracotomía. La aparición de las técnicas mínimamente invasivas, como la toracoscopia y la laparoscopia, ha conllevado un cambio en la técnica quirúrgica. La laparoscopia es segura y efectiva, con menor dolor postoperatorio, puede adentrarse en disecciones mediastínicas con un menor traumatismo que la vía abierta por toracotomía o laparotomía y presenta menor estancia hospitalaria, aunque no debemos desdeñar sus posibles complicaciones como fuga de la línea de sutura... Si bien parece que el tratamiento indicado para esta patología es la diverticulectomía con miotomía de Heller, asociada en general a una técnica antirreflujo, reservándose abordaje combinado para divertículos situados en mediastino; en ese caso, la ausencia de estenosis/hipertrofia muscular distal, el gran tamaño del divertículo, con línea de sutura superior a 6cm, hizo desestimar la realización de miotomía y funduplicatura para evitar hiperpresión en la línea de sutura.

P20 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ENDOMETRIOSIS. CASO CLÍNICO

Iglesias Rodríguez, Nuria; Aldrey Cao, Inés; Fernández Varela, Xuliana; Álvarez Sánchez, María; Iglesias Diz, David; Trillo Parejo, Pedro; Couce Santiago, José María; Enríquez Sanmamed, Celso; García García, Manuel
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La obstrucción intestinal de delgado es una entidad frecuente en la cirugía de urgencia. Puede deberse a causas mecánicas o funcionales. Dentro de las mecánicas, las etiologías más frecuentes son la presencia de adherencias secundarias a intervenciones abdominales previas y las hernias, pero también deben excluirse otras causas como tumores, vólvulos o estenosis por enfermedades inflamatorias. Una de las causas poco habituales descritas en la literatura es



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

la endometriosis intestinal. El objetivo de esta presentación es mostrar un caso clínico de obstrucción ileal por implantes endometriósicos, que además fue el debut de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 29 años sin alergias conocidas, antecedentes de interés o intervenciones quirúrgicas previas; que no toma ninguna medicación. Acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal suprapúbico y en FID que se inicia con la menstruación, de unas 24 horas de evolución. Refiere dismenorrea habitual, pero esta vez el dolor persiste y se asocia a vómitos biliosos. No refiere alteraciones en el hábito intestinal ni fiebre. A la exploración presenta distensión y dolor a la palpación abdominal, con defensa en FID, con un Blumberg dudoso. Es vista por el servicio de Ginecología, que descarta patología ginecológica, visualizando en ECO transvaginal, asas de ID dilatadas con abundante contenido y moderada cantidad de líquido libre. En la analítica destaca una leucocitosis de 14,900 con desviación a la izquierda, siendo el resto de parámetros normales. En la radiografía de abdomen se visualiza dilatación de asas de ID a nivel centroabdominal. Ante los hallazgos se realiza TAC abdomino-pélvico con contraste en el que se encuentran hallazgos compatibles con obstrucción intestinal secundaria a divertículo de Meckel invaginante y moderada cantidad de líquido libre. Se decide intervención quirúrgica urgente.

RESULTADOS:

Se realiza una laparotomía media, hallándose moderada cantidad de líquido libre hemático y presencia de 4 lesiones en íleon terminal, una de ellas invaginante y adherida al retroperitoneo, que produce obstrucción proximal del ID; mal delimitadas, induradas y pigmentadas, compatibles macroscópicamente con implantes de endometriosis. El útero, anejos y plica vesical tienen aspecto normal. Se procede a resección segmentaria de íleon terminal de unos 15-20 cms, abarcando la totalidad de las lesiones en la misma pieza y reconstrucción termino-terminal con vicryl. Se cierra el mesenterio y se completa la cirugía con apendicectomía. Se coloca drenaje aspirativo y se cierra la pared abdominal de forma estándar. La anatomía patológica confirma que se trata de una endometriosis que afecta a todas las capas intestinales, con inflamación aguda abscesificada y congestión hemática. La paciente presenta buena evolución, con un postoperatorio sin incidencias.

CONCLUSIONES:

La endometriosis es una enfermedad benigna frecuente en mujeres premenopáusicas. Su extensión extrapelviana se localiza sobre todo en la región rectosigmoidea, siendo el apéndice e intestino delgado lugares de afectación poco frecuentes. La oclusión intestinal aguda a nivel de ID es muy rara y difícil de diagnosticar (ya que cuando se afecta el ID infiltra la serosa, pero no a la muscular ni a la mucosa), principalmente en casos sin antecedentes de endometriosis. Debe mantenerse un alto índice de sospecha en mujeres ya diagnosticadas previamente de endometriosis pélvica.

P21 PERFORACIÓN GÁSTRICA ESPONTÁNEA EN PACIENTE JOVEN SIN COMORBILIDADES, POR INGESTA MASIVA DE ALCOHOL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gutiérrez Samaniego, María; Pérez Zapata, Ana Isabel; Miñambres Cabañes, Carla; Osorio Silla, Irene; Bra Insa, Eneida; Domínguez Sánchez, Iván; De La Fuente Bartolomé, Marta; Ibarra Peláez, Alfredo; De La Cruz Vigo, Felipe
H.U. 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La úlcera gastroduodenal es la causa más frecuente de perforación en dicha localización, con una incidencia entre 2 y 10% en los pacientes con úlceras. El uso de AINEs, ha demostrado su



LVII Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia Santiago de Compostela, 22 de noviembre de 2013

clara asociación. Existen otras causas menos frecuentes, como la ingestión de cuerpo extraño, neoplasias, traumatismos, o por iatrogenia. Sin embargo, hay pacientes que presentan perforaciones gastroduodenales espontáneas, sin asociar ninguna de las etiologías previas.

OBJETIVO:

Presentamos el caso de un paciente q acude a Urgencias por dolor abdominal súbito epigástrico y neumoperitoneo, sin AP de interés.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 20 años, sin AP de interés, no fumador, sin antecedentes de úlcera gástrica ni toma de AINEs, que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal epigástrico de horas de evolución, súbito, que se ha ido intensificando hasta hacerse difuso. Asocia náuseas y sensación distérmica. Comenta ingesta masiva de alcohol en las últimas 72 horas. A la EF, abdomen doloroso, con defensa. Analíticamente presenta leucocitosis con neutrofilia. Se realizan Rx abdomen y tórax, evidenciándose neumoperitoneo. Se decide intervención quirúrgica urgente.

RESULTADOS:

Se realiza LMSU, objetivándose moderado líquido intraabdominal de aspecto biliar y una perforación de casi 1cm de diámetro en cara anterior postpilórica, sin bordes anfractuosos. Se realiza piloroplastia tipo Heineke-Mikulicz con epiploplastia. El paciente presenta evolución favorable en planta. En analítica de segundo día postoperatorio se objetiva amilasa de 500, sin clínica asociada. Se confirma posteriormente con lipasa, relacionándose tras evaluación por M.Interna con reacción pancreática postquirúrgica vs pancreatitis de etiología enólica. Dado el BEG del paciente se reintroduce alimentación oral sin grasas, con buena tolerancia, decidiéndose alta en sexto día postoperatorio.

CONCLUSIÓN:

Tras revisión de la literatura, no he encontrado ningún caso de perforación gastroduodenal en adulto joven por consumo agudo de alcohol. El alcohol es irritante de la mucosa gástrica, y estimula la hipersecreción de ácido clorhídrico. Los casos recogidos corresponden a pacientes de edad media, con larga historia de consumo de sustancias tóxicas y úlcera asociada. No he hallado asociación con ingesta enólica aguda en pacientes sin historia de consumo previo. Sin embargo, es el único antecedente que presenta nuestro paciente. Para el diagnóstico, aunque los AP no nos hagan sospechar, es suficiente con la descripción del dolor, la EF y la radiografía, reservando TC para casos sin neumoperitoneo en la placa y alta sospecha. En cuanto al tratamiento, abordaje quirúrgico por laparoscopia/laparotomía, realizando sutura primaria vs piloroplastia +-epiploplastia.