



LXV Reunión de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Lugo 26 y 27 de noviembre de 2021

Comunicaciones científicas orales

CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES: NOVEDADES Y FRONTERAS

Francisco Javier Anguita Ramos; José Manuel Couselo Villanueva; Rocío Guillán Millán;
Ana Elisa Álvarez Gutiérrez; Sabela Vereza Varela; Isabel Pérez Moreiras;
Manuel Muínelo Lorenzo; José Conde Vales. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti

RESUMEN:

Objetivo: Presentar el caso de un carcinoma anaplásico de tiroides (CAT) inicialmente irresecable. Revisar las últimas actualizaciones y novedades en torno al manejo de esta patología.

Materiales y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 71 años, sin antecedentes de interés. Se diagnostica mediante biopsia de aguja gruesa de CAT de 6cm T4a N0 M0 (Estadio IVB) con invasión de luz esofágica, laringe y músculo esternocleidomastoideo. En comité multidisciplinar se decidió manejo no quirúrgico con administración de quimioterapia + radioterapia con intención radical. En TC de control y ecoendoscopia se objetiva respuesta parcial importante con desaparición de afectación de órganos vecinos, por lo que se decide resección quirúrgica. Se realiza tiroidectomía total, sin incidencias. El análisis de la pieza quirúrgica concluye respuesta completa patológica. Actualmente libre de enfermedad tras 8 meses desde el diagnóstico. Además, se realiza una revisión rigurosa de las últimas guías clínicas de CAT publicadas por la American Thyroid Association (ATA).

Resultados: El CAT es un tumor altamente agresivo y letal suponiendo el 1-2% de todos los cánceres tiroideos. Frecuentemente se diagnostican como una masa de rápido crecimiento que invade estructuras vecinas y genera sintomatología referente a las mismas. El tratamiento depende del estadio, aunque será fundamental la opinión del paciente y su capacidad para tolerar la secuencia terapéutica. El tratamiento se fundamenta en la cirugía asociada a quimiorradioterapia adyuvante. No obstante, este planteamiento es factible en pocos casos. En los últimos años se han desarrollado nuevos esquemas neoadyuvantes y adyuvantes que ofrecen resultados prometedores en cuanto a aumento de la supervivencia. Asimismo, el uso de la inmunohistoquímica y el análisis genético en busca de mutaciones diana, ha permitido el uso de terapias dirigidas, cuyos resultados, aun siendo esperanzadores, continúan en estudio. Las últimas guías de la ATA ahondan en estos aspectos y definen los futuros escenarios de investigación que dirigirán el estudio de esta patología.

Conclusiones: El CAT continúa siendo el que peor pronóstico presenta de todos los tipos histológicos que afectan al tiroides. Sin embargo, cambios en la secuencia neoadyuvancia/adyuvancia asociados a cirugía, así como, los nuevos descubrimientos en terapias dirigidas, han supuesto una nueva esperanza para mejorar el pronóstico de estos pacientes.



Comunicaciones científicas orales

COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS EN CMA: AMPLIACIÓN DE CRITERIOS

Irene Vázquez González, Isabel Pérez Moreiras, Gisela Navarro Quirós, Carlos Gegúndez Gómez, María Conde Rodríguez, Ágata Rial Durán, Cristian Varela Ferro, Francisco, Javier Anguita Ramos, Abel García Melón, Patricia Lenza Trigo, José Conde Vales. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti

RESUMEN:

Objetivo: Presentación de los resultados obtenidos de la realización de colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio entre los años 2014 y 2021 en el Hospital Universitario Lucus Augusti. Analizar si la inclusión en el programa de CMA de pacientes con antecedente de colecistitis, pancreatitis, coledocolitiasis o CPRE afecta a los resultados.

Material y métodos: se trata de un estudio retrospectivo analítico observacional comparativo. La muestra consta de 219 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio en nuestro hospital. Se analizará un estudio descriptivo de la muestra. Se dividirá la muestra en cuatro grupos independientes en función de las variables colecistitis (1), pancreatitis (2), coledocolitiasis (3) y CPRE (4). Posteriormente, y subdividiendo cada uno de estos grupos en función de la presencia o ausencia de la variable (A- colecistitis previa, Bausencia de colecistitis; C- pancreatitis, D- ausencia de pancreatitis; E- coledocolitiasis, Fausencia de coledocolitiasis; G- CPRE previa, H- no CPRE previa), se realizará un estudio estadístico para buscar diferencias en las variables de morbilidad estudiadas (ingreso desde CMA, acudir a urgencias, acudir a urgencias en las primeras 24 horas, complicaciones y dolor postoperatorio).

Resultados: se analizó la muestra a estudio, encontrándose mayoría de mujeres. Solo hubo una pérdida en el estudio, pues la paciente rechazó la intervención. El 94,5% de los pacientes se clasificaron como ASA<3 y el 64,7% como IMC <30. Del total, 9 pacientes tuvieron colecistitis, 26 pancreatitis aguda, 12 coledocolitiasis y 11 se sometieron a CPRE previamente. Un 2,3% de pacientes se intervinieron también de hernia umbilical. Ingresaron 19 pacientes por diferentes causas, entre ellas intolerancia digestiva o dolor abdominal. 15 pacientes acudieron a urgencias (6,9%), 2 en las primeras 24 horas (0,9%). En 7 pacientes se dieron complicaciones, en todos los casos con un Clavien-Dindo <3. El 87,2% no presentó dolor postoperatorio, el 10,6% dolor leve, 2,3% dolor moderado. No hubo registros de dolor grave. El tiempo de intervención observado mostró una mediana 45 minutos y un rango intercuartílico 35-55



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

minutos. Un 33,3% de pacientes con colecistitis previa ingresó desde la CMA, no hallándose diferencias significativas respecto al grupo no colecistitis ($p>0,05$). Asimismo, dividiendo a los pacientes en los grupos C pancreatitis – D ausencia de pancreatitis, tampoco podemos encontrar diferencias significativas en cuanto a la variable acudir a urgencias.

Conclusiones: la colecistectomía en régimen ambulatorio es un procedimiento seguro plenamente implantado en nuestro hospital. A la luz de los datos aportados en nuestro estudio, se pueden ampliar los criterios de inclusión en régimen ambulatorio en cuanto a los antecedentes de colecistitis, coledocolitiasis, pancreatitis y CPRE previas, pues los resultados postoperatorios medidos en ingresos desde la CMA, consultas a urgencias y consultas en las primeras 24 horas, complicaciones postoperatorias y dolor postoperatorio no se ven afectados por las primeras.



Comunicaciones científicas orales

ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

Clara Fernández Fernández, Iago Justo Alonso, Paula Sánchez-Beato Sepúlveda,
Kenza Sefrioui, Irina Machín Alonso, Alberto Alejandro Marcacuzco Quinto, óscar Caso
Maestro, Luis Carlos Jiménez Romero. (*)

(*) Hospital Universitario 12 de Octubre

RESUMEN:

Objetivo: Los abscesos hepáticos piógenos (AHP) son una entidad infrecuente asociada a una mortalidad elevada. Constituyen el tipo más común de absceso visceral (48%) y el 13% de los abscesos intraabdominales. Se desarrollan hasta en el 58% de los pacientes tras el trasplante hepático y asocian una mortalidad significativa (33% - 42%). Como factores de riesgo de AHP en trasplantados hepáticos (TH) destacan la trombosis de la arteria hepática, hepátocoyunostomía, estenosis de la vía biliar, donante vivo o en asistolia, colangitis, trasplante tipo split, tiempo de isquemia prolongado, diabetes o biopsia hepática. El manejo de los pacientes con AHP se basa en la antibioterapia y el drenaje percutáneo, siendo la intervención quirúrgica indicada en pacientes refractarios o infección grave. En TH, la tasa de retrasplante asciende al 50%. Nuestro objetivo es realizar un análisis comparativo de las características y factores pronósticos relacionados con los abscesos hepáticos piógenos en receptores de trasplante de órgano sólido versus pacientes no trasplantados

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 296 pacientes (33 trasplantados, 7 renales y 26 hepáticos, versus 263 no trasplantados) con diagnóstico de AHP entre enero de 2012 y noviembre de 2020.

Resultados: La edad al diagnóstico fue significativamente menor en trasplantados con una mediana de 61 versus 70 años en no trasplantados. Tanto en pacientes trasplantados como en no trasplantados, existió un predominio en varones. La edad media fue de 61 años en los pacientes trasplantados y de 70 años en pacientes no trasplantados. Sólo un 15.2% de los pacientes trasplantados desarrollaron absceso hepático a una edad de más de 70 años, mientras que en no trasplantados fueron más del 50%, con una diferencia estadísticamente significativa. El origen biliar fue predominante, con mayor tendencia al desarrollo de AHP de origen vascular y de trombosis en trasplantados. La tasa de recidiva y mortalidad fueron más elevadas en pacientes trasplantados (28.6% y 21.2% respectivamente). Los microorganismos predominantes en trasplantados fueron *Enterococcus* spp. (27.3%) y en no trasplantados *Klebsiella pneumoniae* (20.5%). 8 receptores de TH (24%) requirieron intervención quirúrgica, de los



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

cuales la mitad fueron trasplantados. Las variables significativamente asociadas a la supervivencia fueron la edad mayor a 70 años (HR 2.67, $p < 0.001$, IC 1.28 - 4.2), el trasplante (HR 2.9, $p < 0.001$, IC 1.6 - 5.3), y el tamaño < 5 cm (HR 0.58, $p = 0.017$, IC 0.37 - 0.9).

Conclusiones: El ser receptor de trasplante de órgano sólido y la edad mayor a 70 años son factores de riesgo de mortalidad en AHP. En nuestra serie, el porcentaje de trasplante en caso de indicación quirúrgica en trasplantado hepático con AHP asciende al 50%.



Comunicaciones científicas orales

RESECCIÓN TRANSANAL. NUESTRA EXPERIENCIA

Laura Ramirez Ruiz, Olga Maseda Díaz, Gisela Navarro Quiros, Ignacia Torres García, Inmaculada Monjero Ares, Manuel Muinelo Lorenzo, Paula Montoto Santomé, Lucia Dorado Castro, Andres Blanco Hortas, José Cone Vales. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti

RESUMEN:

Objetivo: La resección transanal convencional (RTAc) y la cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) son dos opciones quirúrgicas establecidas para el tratamiento de pólipos rectales endoscópicamente no resecables y de tumores rectales seleccionados. El principal objetivo del estudio es evaluar los resultados de nuestra serie de RTA, tanto por vía TAMIS como por vía convencional.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva sobre datos recopilados prospectivamente de los procedimientos RTAc y TAMIS entre enero de 2013 y diciembre de 2018. Fueron evaluadas las siguientes variables: edad, sexo, tipo de cirugía, anatomía patológica (AP) preoperatoria y postoperatoria, afectación de márgenes, recurrencia, complicaciones y supervivencia.

Resultados: Fueron incluidos 57 pacientes, de los cuales a 40 se les realizó RTAc y a 17 TAMIS. En la AP definitiva 16 fueron lesiones benignas (adenomas), 32 neoplásicas (8 Tis, 11 T1, 5 T2, 3 T3, 5 otros) y en 9 la AP fue negativa. La mediana de estancia postoperatoria fue de 3 días y la de seguimiento de 40 meses. La recurrencia local fue del 10,5 %, sin relación con la afectación histopatológica de los márgenes. El 15,8% de los pacientes presentaron complicaciones, el 10,5% relacionadas directamente con la intervención quirúrgica: una perforación, dos retroneumoperitoneos, dos sangrados y una fisura anal. En 7 casos (12,3%) se realizó posteriormente cirugía abdominal por AP desfavorable. La tasa de exitus global fue del 14%, siendo la mortalidad postoperatoria del 1,7 %. En cuanto a la supervivencia global, esta no ha resultado ser estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Conclusiones: La resección local en pacientes correctamente seleccionados es segura, minimizando la morbimortalidad postoperatoria asociada a las resecciones radicales. Sin embargo, es importante la correcta estadificación preoperatoria para evitar resecciones abdominales posteriores, en territorios quirúrgicamente ya intervenidos, circunstancia que puede influir negativamente en la calidad histopatológica de la pieza.



Comunicaciones científicas orales

EVENTROPLASTIA CON PANICULECTOMIA SIMULTÁNEA

A. Rodríguez, M. Darriba, P. Trillo, L. Rigueiro, A. Reinoso, C. Estrada, C. Martínez,
M. García-García. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

RESUMEN:

Objetivo: En asociación con la cirugía para la reconstrucción la pared abdominal, la paniculectomía se ha entendido tradicionalmente cómo una intervención fundamentalmente de tipo estético, siendo rechazada por considerarse poco útil para fines no estéticos y añadir complejidad y una morbilidad no deseable. No obstante, la bibliografía más reciente parece indicar justamente lo contrario, añadiendo numerosas ventajas funcionales e incluso disminuyendo algunas complicaciones. **Objetivos:** Revisar la idoneidad y los resultados de la realización en un mismo acto quirúrgico de la reparación de la pared abdominal y la paniculectomía en pacientes indicados, así como la morbimortalidad del procedimiento de los pacientes intervenidos en nuestro centro.

Material y métodos: Revisión bibliográfica de la indicación y resultados de la paniculectomía asociada a la cirugía de la eventración y revisión retrospectiva los pacientes intervenidos en nuestro centro desde enero del 2016 y agosto del 2021 en los que se realizó cirugía correctora de defectos de la pared abdominal asociada a paniculectomía. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables incluidas.

Resultados: En total fueron intervenidos 13 pacientes, siendo todos ellos mujeres. La edad media fue de 66 años y su IMC de 40 Kg/m². A parte de la obesidad, la comorbilidad médica más frecuente fue la diabetes mellitus (23%) y el ASA más frecuente, III. La reparación realizada más habitual fue la eventroplastia retromuscular. La complicación quirúrgica más frecuente fue la necrosis de los bordes de la herida, en hasta un 50% de los casos y la estancia media 29 días, a expensas de los pacientes que presentaron alguna complicación de carácter quirúrgico. No se objetivaron complicaciones médicas.

Conclusiones: Los riesgos y las complicaciones, por las que clásicamente se rechazaba la realización de una paniculectomía de forma adicional a la cirugía de reparación de pared abdominal en obesos, puede que no sean tan elevados o añadan una morbilidad tan excesiva como se creía. No compromete de ninguna forma la eficacia de la reconstrucción de la pared. Y valorando los beneficios en cuanto a la normalización de la imagen y ergonomía en estos pacientes, puede ser globalmente beneficiosa y útil esta intervención.



Comunicaciones científicas orales

LEIOMIOSARCOMA DE COLON. UNA ENTIDAD INFRECUENTE

A. Reinoso Hermida, S. Núñez Fernández, L. Rigueiro López, A. Rodríguez Outeiriño,
C.R. Estrada López, C. Martínez Martínez, M. García García. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

RESUMEN:

Objetivo: El cáncer de colon es el tercero más frecuente en varones y el segundo en mujeres a nivel mundial. Aunque la clínica es variable, hasta en un 25-30% de los casos debuta como perforación u obstrucción. El tipo histológico más común es el adenocarcinoma, pero en debemos tener presente otros tipos menos frecuentes en nuestro diagnóstico diferencial, como son los tumores estromales (GIST, leiomiosarcoma), el linfoma primario o el tumor carcinoide.

Material y métodos: Varón de 79 años, con antecedentes de HTA, diabetes mellitus, dislipemia, cardiopatía isquémica y penfigoide ampoloso, que ingresa por síndrome general de 4 meses de evolución y dolor en fosa ilíaca derecha asociada a fiebre de hasta 39°C y vómitos. A la exploración, masa dolorosa en flanco derecho, con moderada defensa y Blumberg positivo. Analíticamente, PCR 17 mg/L y leucocitosis con neutrofilia. Se realiza TAC abdominal, donde se objetiva masa craneal a válvula ileocecal en probable relación con neoplasia con posible inflamación asociada. No se realiza colonoscopia por riesgo de perforación. Se interviene de forma programada realizándose hemicolectomía derecha abierta, donde se objetiva una gran tumoración localmente avanzada adherida a peritoneo parietal pero con plano de clivaje y con adenopatías sospechosas en el origen de la arteriacólica derecha, un implante en la grasa perintestinal pero sin LOEs hepáticas ni pulmonares. La anatomía patológica revela un leiomiosarcoma de alto grado pT3 pN1c con positividad para desmina y actina y negatividad para c-KIT, CD34 y Dog1, y con aislamiento de 24 ganglios no afectados. Se presenta en comité de tumores y se decide no adyuvancia debido a comorbilidades. Ingresó 3 meses después por dolor abdominal y distermia, objetivando en TAC tóraco-abdominal recidiva local de aproximadamente 20 cm con infiltración de asas ileales y de músculo transversal derecho, así como metástasis hepáticas, peritoneales y pulmonares. Se inicia quimioterapia paliativa con Doxorubicina Liposomal, pero tras mala evolución por mal control del dolor e intolerancia oral, es éxito tras 15 días de ingreso.

Resultados: El leiomiosarcoma es un tumor derivado del músculo liso intestinal. Es muy infrecuente, con tasas de 0.1-1%, pero presenta una mayor agresividad y un peor pronóstico debido a su alta tasa de recurrencia local y a la diseminación hematogena del mismo. Se localiza más frecuentemente en intestino delgado (45%) y colon (38%), siendo menos frecuentes estómago, esófago y recto. Afecta



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

sobre todo a varones en torno a los 50-60 años de edad. Se presenta fundamentalmente en forma de pólipos submucosos o nódulos intramurales originados de la muscular propia, que pueden llegar a ulcerarse y necrosarse. Clínicamente se presenta como dolor abdominal, masa abdominal palpable o incluso con cuadros de obstrucción o perforación. Su diagnóstico se basa en el estudio anatomopatológico del espécimen quirúrgico; dada su morfología, puede ser indistinguible del GIST, por lo que utilizamos la inmunohistoquímica para su diagnóstico diferencial: los leiomiomas son positivos a marcadores musculares como la actina y la desmina, y negativos para marcadores propios del GIST como son c-KIT, CD34 y DOG1. Debemos distinguirlos muy bien, ya que el pronóstico varía considerablemente. Se debe realizar la exéresis completa de la pieza con márgenes de seguridad, a pesar de la cual existe una alta frecuencia de recurrencias locales. Se recomienda escisión del mesocolon adyacente a modo de linfadenectomía como si de un adenocarcinoma se tratase. En cuanto al tratamiento sistémico, sabemos que tanto la quimioterapia como la radioterapia juegan un papel muy limitado en el tratamiento del leiomioma, por lo que únicamente se utilizan de forma complementaria quimioterapia con antraciclinas en aquellos casos de gran tamaño o alta agresividad. Ante la presencia de recurrencia local y/o metástasis, el manejo recomendado es el rescate quirúrgico. Dada su diseminación hematológica, la localización más frecuente de las metástasis será a nivel hepático y peritoneal, seguido de la afectación pulmonar y muy excepcionalmente a nivel ganglionar. Por ello, los factores de mal pronóstico más importantes son el tamaño, la edad, la presencia de necrosis y la diseminación a distancia. Para su seguimiento se recomienda la realización de una TC tóraco-abdominal, cuya frecuencia varía en función al grado histológico que presente la tumoración. A pesar del tratamiento radical, existe recurrencia local en el 40% de los casos, con una supervivencia global a los 5 años en torno al 51.6%.

Conclusiones: Los leiomiomas de colon son neoplasias muy infrecuentes pero muy agresivas y de mal pronóstico. Se debe realizar un diagnóstico diferencial con el GIST, del que se diferencia por su negatividad en c-KIT, CD34 y DOG1 y su positividad ante desmina y/o actina. Su manejo es quirúrgico, seguido de quimioterapia en algunos casos. Dado que la quimiorradioterapia es muy limitada, existen altas tasas de recurrencia local y/o metastásica en la mayoría de los pacientes.



Comunicaciones científicas orales

USO DE LA BSGC EN EL MELANOMA: REVISIÓN DE RESULTADOS DE 2011-2020 EN EL CHUO

A. Reinoso Hermida, P. Trillo Parejo, L. Rigueiro López, A. Rodríguez Outeiriño, C.R. Estrada López, C. Martínez Martínez, M. García García. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

RESUMEN:

Objetivo: El melanoma es la principal causa de muerte por cáncer de piel, cuyo principal factor pronóstico es la presencia de diseminación ganglionar.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio observacional retrospectivo durante 10 años de aquellos casos de melanoma que precisaron estadificación ganglionar y manejo del mismo en un centro de tercer nivel, que ha sido de referencia autonómico, como es el Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario de Ourense, así como un estudio de su morbimortalidad a través de distintas variables (edad, sexo, histología, existencia de metástasis a distancia...)

Resultados: De los 93 pacientes tratados un 52.7% eran mujeres mientras que el 47.3% eran varones. Encontramos pacientes entre 51 y 65 años en un 32.3% de los casos, entre 66 y 75 años en un 22.6%, y mayores de 75 años en un 35.5%, siendo el grupo mayoritario. Entre los estudios complementarios que se realizaron con mayor frecuencia encontramos: TAC (87.1%), PET-TC (21.5%), RMN (20.4%), ecografía abdominal (18.3%) y ecografía de partes blandas (17.2). Las histologías más comunes fueron melanoma de extensión superficial (31.2%) y melanoma nodular (42%). Encontramos mutación del BRAF en el 29% de los casos. Se realizó BSGC en 81 casos, de los cuales 48 fueron positivos. Durante el seguimiento, se observaron metástasis en 34 casos, con tasas de curación del 52.7% y de éxito del 31.2%. En cuanto a la relación entre variables encontramos que:

- Respecto al sexo, encontramos relaciones con resultados estadísticamente significativos:
 - Los varones presentan más frecuentemente mutación de BRAF
 - Las mujeres presentan menos metastatización, menor recidiva local, menor necesidad de tratamiento adyuvante y mejores tasas de curación y éxito
- Respecto al estado del ganglio centinela, se observó que:
 - Fallecieron más pacientes con BSGC positiva, sin encontrar relación estadísticamente significativa.
 - Existieron 2 casos de falsos negativos que presentaron metástasis ganglionares, precisando linfadenectomía posterior.



- Aunque se encontraron 31 pacientes con BSGC positivo, solo se encontraron ganglios afectados en la linfadenectomía en el 20% de los mismos, siendo esta relación no es estadísticamente significativa.
- Al estudiar la relación entre afectación ganglionar en la linfadenectomía con la presencia de metástasis a distancia, se observó que en aquellos casos en los que aparecía diseminación ganglionar presentaban mayores tasas de metastatización, relación con resultados estadísticamente significativos. Sin embargo, la presencia de diseminación ganglionar no se relacionó mayor probabilidad de recidiva local, de curación o de éxitos.

Conclusiones: Se ha demostrado en estudios que la estadificación ganglionar es el factor pronóstico más importante en los pacientes con melanoma. Sin embargo, tras el estudio de nuestra muestra, no se han encontrado resultados estadísticamente significativos que nos permitan predeterminar la probabilidad de progresión tumoral de aquellos pacientes con afectación ganglionar. Aquellos pacientes con diseminación ganglionar tienen mayor probabilidad de diseminación a distancia, pero no obtenemos resultados concluyentes en cuanto a la tasa de curación ni de fallecimiento. Por tanto, y a pesar de que los resultados de nuestro centro no sean estadísticamente significativos, consideramos que la BSGC es un excelente método de estadificación ganglionar y predictor de metastatizació



Comunicaciones científicas orales

HERNIOPLASTIA INGUINAL EN RÉGIMEN DE CMA: ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA

Lucía Rigueiro López, Inés Aldrey Cao, José Manuel Domínguez Carrera,
Alejandro Rodríguez Outeiriño, Ayla Reinoso Hermida, Carlos Roberto Estrada López,
Carmen Martínez Martínez, Manuel García García. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

RESUMEN:

Objetivo: La cirugía de la hernia inguinal se ha asociado tradicionalmente al régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA). En los últimos años y dada su expansión, la cirugía laparoscópica de la hernia, de primera elección junto con la técnica de Lichtenstein en las últimas guías clínicas publicadas, ha pasado a formar parte de las técnicas frecuentes y aceptadas en protocolo de CMA. El objetivo es comparar los resultados del abordaje laparoscópico y el abordaje abierto en la reparación de la hernia inguinal en régimen de CMA durante diez años.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio un total de 590 pacientes intervenidos en nuestro centro de hernia inguinal desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2019, bajo protocolo de CMA. Fueron divididos en dos grupos según el abordaje realizado: abierto y laparoscópico. Se analizaron características demográficas, características clínicas (clasificación ASA, hernia uni o bilateral, hernia recidivada y otras hernias asociadas), variables relacionadas con la intervención (técnica quirúrgica, tiempo quirúrgico, tipo de cirujano, complicaciones intraoperatorias) y variables postoperatorias (necesidad de ingreso no programado, tiempo de ingreso, complicaciones postoperatorias y recidiva). Todas las variables se compararon en ambos grupos empleando modelos de regresión univariante. Los factores asociados a complicaciones postoperatorias fueron analizados mediante regresión multivariante.

Resultados: Del total de 590 pacientes intervenidos, 281 fueron intervenidos por vía abierta y 309 por vía laparoscópica. De las intervenciones por vía abierta, 178 fueron Rutkow-Robbins, 80 Lichtenstein, 4 preperitoneal y 19 no especificada. A todos los pacientes del grupo laparoscopia se les realizó técnica tipo TEP (totalmente extraperitoneal). El sexo masculino y la reparación bilateral se asociaron de forma estadísticamente significativa con el abordaje laparoscópico ($p < 0,001$). El residente como cirujano principal se asoció de forma significativa con el abordaje abierto ($p < 0,001$). El tiempo quirúrgico fue superior en abierta frente a laparoscopia, tanto en cirugía unilateral (52,46 vs 51,97 minutos) como en



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

bilateral (91 vs 68,86 minutos), pero las diferencias no resultaron estadísticamente significativas. Las complicaciones postoperatorias fueron más frecuentes en el abordaje abierto que en el laparoscópico, tanto en global (16% vs 11,3%) como específicamente en dolor postoperatorio (2,8% vs 1,6%), hematoma (7,1% vs 5,7%) y seroma (6% vs 2,6%), pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas. El sexo femenino y la edad avanzada resultaron factores de riesgo para la aparición de complicaciones. La recidiva fue inferior en abierta que en laparoscopia (0,7% vs 2,3%), no siendo la diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: Creemos que la cirugía laparoscópica obtiene resultados comparables o incluso mejores a la cirugía abierta de la hernia inguinal. Sin embargo, consideramos que, para la obtención de resultados rigurosos, la comparación de la hernioplastia inguinal laparoscópica debiera realizarse exclusivamente con la vía preperitoneal abierta, mucho menos utilizada y por ello más difícil de analizar, al igual que afirman otros estudios publicados. Además, creemos que la cirugía laparoscópica de la hernia es perfectamente compatible con el régimen de CMA, con beneficios establecidos para los pacientes, y con la formación durante la residencia en esta técnica.



Comunicaciones científicas orales

IRRIGACIÓN TRANSANAL EN DISFUNCIÓN INTESTINAL. ESTUDIO COLABORATIVO DEL GRUPO GALLEGO DE COLOPROCTOLOGÍA

A. Reinoso¹, I. Aldrey¹, I. Cordovés², A. Piñeiro², M^a Riveiro¹, MF Abilleira², A. Parajó³

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

(2) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

(3) Grupo Gallego de Coloproctología

RESUMEN:

Objetivo: La irrigación transanal (IT) recibe cada vez más atención como opción de tratamiento en pacientes con disfunción intestinal. Es una técnica mínimamente invasiva a tener en cuenta antes de métodos más invasivos como la neuroestimulación de raíces sacras o los estomas definitivos. El objetivo primario fue analizar el efecto sobre la función intestinal y la calidad de vida de la IT en disfunción intestinal neurogénica, síndrome de resección anterior baja (LARS), incontinencia fecal y estreñimiento crónico. Objetivos secundarios: detalles técnicos, tasa de interrupción, eventos adversos y factores predictivos de éxito.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados mediante IT desde 2017 a la actualidad. Fueron invitados a participar todos los hospitales gallegos, aportando datos solo dos de los centros, al tratarse de una técnica aun no implementada en el resto.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes, con una mediana de edad de 57 años (18-79 años). 14 pacientes presentaban patología medular (51,85%), 9 cirugía colorrectal oncológica (33,33%) y 4 patología funcional (14,81%). El síntoma principal fue el estreñimiento (40,75%), 33,33% LARS y 25,93% incontinencia. Tras una mediana de seguimiento de 14,5 meses, el 66,68% presentaba una mejora significativa en la función intestinal y calidad de vida; el 18,5% una mejora parcial. 4 pacientes (14,81%) abandonaron la técnica: 2 por dolor/discomfort abdominal, 1 por proctalgia y 1 por falta de respuesta. El volumen empleado más frecuentemente fueron 600 mL. La frecuencia más común es cada 48 horas. El 81,5% de los pacientes se autoadministran la IT. No encontramos factores predictivos consistentes para un resultado exitoso.

Conclusiones: Los resultados muestran que la IT mejora la función intestinal y la calidad de vida; sin embargo, la evidencia disponible sigue siendo limitada, requiriendo más estudios para optimizar sus indicaciones. Creemos fundamental una formación adecuada y apoyo por personal cualificado para mejorar el cumplimiento del paciente.



Comunicaciones científicas orales

WATCH AND WAIT: UNA ESTRATEGIA EN LA RESPUESTA COMPLETA TRAS NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE RECTO

G. Matias Beteta, R. Kaibel Val, D. Provedo del Valle, L. Hernández García,
R. Vázquez Bouzán, A. Climent Aira. (*)

(1) Hospital POVISA

RESUMEN:

Objetivo: El tratamiento del cáncer de recto ha cambiado significativamente con el tiempo. El desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas e introducción de terapias neoadyuvantes han contribuido a mejorar su pronóstico. El watch and wait implica una alternativa a la cirugía en pacientes selectos que presentan una respuesta clínica completa al tratamiento neoadyuvante. Nuestro objetivo es mostrar la implantación de nuestro protocolo en nuestro centro.

Materiales y métodos: La primera serie por Habr-Gama incluía pacientes con cánceres de tercio medio o bajo de recto que recibieron tratamiento neoadyuvante. Concluyó que más de la mitad de las recidivas se producen en los 12 primeros meses tras la neoadyuvancia y que más de un 90% de esas recidivas pueden beneficiarse de una cirugía de rescate, lo que permite obtener un control local de la enfermedad en un 94% de los pacientes, con una tasa de preservación de órganos del 78%. Actualmente las guías de cáncer de recto de la NCCN contemplan la posibilidad de un enfoque no operatorio en el caso de respuesta clínica completa de pacientes selectos manejados por comités multidisciplinares.

Resultados: La implantación de la estrategia “watch and wait” en nuestro centro comienza en el año 2018. Actualmente tenemos a dos pacientes en seguimiento. Desarrollamos como se ha llevado a cabo la instauración del protocolo a través del caso de un varón de 68 años con cáncer de recto bajo localmente avanzado que presenta respuesta patológica completa tras el tratamiento neoadyuvante. Sin recidiva tras más de dos años de seguimiento. Los requisitos para la inclusión son: Paciente mayor de edad, perfectamente informado del proceso y con implicación absoluta. Diagnóstico de cáncer de recto medio o bajo, localmente avanzado y con indicación de quimiorradioterapia neoadyuvante. Respuesta patológica completa tras neoadyuvancia. Aceptación por parte de un comité multidisciplinar. Firma de consentimiento informado específico.

PROCEDIMIENTO:

1. Diagnóstico de tumor de recto medio o bajo localmente avanzado (colonoscopia, ecografía endorrectal, marcadores tumorales, RM pélvica y TC toraco-abdomino-pélvico).



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

2. Tratamiento con quimio-radioterapia neoadyuvante.
3. Comprobación de respuesta patológica completa:
 - RM pélvica de control a las 4 semanas del fin de la neoadyuvancia: respuesta radiológica completa (no se identifica tumor ni adenopatías de tamaño patológico).
 - Rectoscopia rígida en consulta tras al menos 4 semanas del fin de la neoadyuvancia: sustitución del tumor por tejido normal o cicatricial.
 - Rectoscopia flexible por Digestivo tras al menos 8 semanas del fin de la neoadyuvancia: toma de biopsias con anatomía aatológica sin células tumorales.
 - Se puede plantear resección de pared completa (transanal o TAMIS) de la zona de la lesión para mayor seguridad, con anatomía patológica sin células tumorales.

Hemos realizado el seguimiento de la siguiente manera:

1º AÑO:

- Mensualmente:
 - Exploración física y tacto rectal
 - Marcadores tumorales (CEA y Ca 19.9)
 - Rectoscopia rígida en consulta
- Trimestralmente:
 - RM pélvica
- Al año:
 - Rectoscopia flexible para toma de biopsias por Digestivo

2ª AÑO:

- Trimestralmente:
 - Exploración física y tacto rectal
 - Marcadores tumorales (CEA y Ca 19.9)
 - Rectoscopia rígida en consulta
- Semestralmente:
 - RM pélvica
- Al año:
 - Rectoscopia flexible para toma de biopsias por Digestivo

TRAS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO:

Evaluación cada 6 meses y con mismas pruebas de seguimiento como si el paciente hubiera sido operado. En caso de sospecha clínica, analítica o radiológica de recidiva valorar PET-TC y resección de pared completa. De confirmarse la recidiva, plantear rescate quirúrgico con resección anterior.

Conclusiones: La cirugía como piedra angular del tratamiento del cáncer rectal no está exenta de morbilidad y la evidencia va creciendo a favor de la preservación de órgano en pacientes selectos, bien informados y bajo vigilancia estrecha.



Comunicaciones científicas orales

TUMORES RETRORRECTALES. EXPERIENCIA DEL GGCP EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

L. Pérez Corbal, J. García Orozco, S. Mesa Delgado, M. I. Torres García, A. Reinoso Hermida, R. Vázquez Bouzán, A. Satorras Fioretti, R. Arcila Bermúdez, A. Parajó Calvo. (*)

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

RESUMEN:

Objetivo: Analizar los tumores retrorrectales intervenidos en las unidades que integran el Grupo Gallego de Coloproctología (GGCP).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de tumores retrorrectales en el periodo 1-1-2010 hasta 15-04-21 en las unidades que forman el GGCP.

Resultados: Analizamos 41 pacientes intervenidos en 8 hospitales (36 mujeres y 5 hombres), con edad media de 51 años (16-76). El motivo de consulta fue hallazgo incidental (23 a 56,1%), dolor pélvico (6), supuración (4), estreñimiento (2), masa palpable (2), lumbalgia (2) y rectorragia (1). Pruebas diagnósticas empleadas, 97.6% RM; 70.7% TC, 68.3% colonoscopia, 41.5% ecografía endoanal y 17.1% biopsia/PAAF. Tiempo medio de evolución de síntomas 9 meses (1-36). El abordaje quirúrgico fue por vía posterior en el 68.2%, vía anterior 22% y combinada 9.8%. Resección ósea 37.6% (12 Cocciguetomías y 2 casos sección a nivel S2 y S3, respectivamente). Diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue hamartoma quístico (17 a 39%), otros quistes del desarrollo (6 a 14.6%), teratoma (3 a 7.3%) y ganglioneuroma (3 a 7.3%). Morbilidad postoperatoria 36,6%; mortalidad 0%. Tratamiento complementario: 0% tratamiento neoadyuvante y radioterapia adyuvante 4 a 9.8%. Seguimiento medio 2.9 (+/-5) años: recidiva (4 a 9.7%) todas reintervenidas, ningún éxito relacionado.

Conclusiones: Los tumores que se desarrollan en el espacio presacro son raros y representan un desafío diagnóstico y terapéutico. Deben ser intervenidos, incluso si son asintomáticos, por el potencial riesgo de malignización. Para su tratamiento, se recomienda manejo por un equipo experto. De acuerdo con la bibliografía revisada, en nuestra serie, los tumores más frecuentes fueron los de quistes del desarrollo y tumores congénitos.