



Comunicaciones científicas vídeo

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LEIOMIOMA ESOFÁGICO

L. Hernández García; E. Sánchez Espinel; A. Toscano Novella. (*)

(*) Hospital Ribera POVISA. Vigo

RESUMEN:

Introducción: Los leiomiomas esofágicos, aunque infrecuentes, son los tumores benignos más comunes de esófago, siendo más frecuente en varones de 20 a 50 años. Representan el 10% de todos los leiomiomas gastrointestinales. Estos tumores raramente causan síntomas si el tamaño es menor de 5cm de diámetro. La clínica más habitual está formada por disfagia, dolor torácico, molestia retroesternal, acidez y ocasionalmente regurgitación. Tienen su origen en las células del músculo liso siendo la localización más típica en los dos tercios inferiores del esófago. La etiología y patogénesis no está bien aclarada. Se trata de un tumor de lento crecimiento y bajo potencial de malignidad.

Objetivos: Mostrar la descripción técnica y las ventajas que ofrece el abordaje laparoscópico con respecto a toracotomía o laparotomía en la enucleación de leiomioma esofágico: menor dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria y menor tasa de atelectasia. El abordaje por toracoscopia vídeo-asistida (VATS) es de elección en leiomiomas situados en los dos tercios superiores de esófago.

Material y Métodos: Presentamos el caso clínico de un varón de 44 años diagnosticado, de forma incidental en el contexto de adenopatía axilar a estudio, de leiomioma esofágico de aproximadamente 7cm en tercio distal. Se decide enucleación laparoscópica de leiomioma esofágico. Se describen los pasos técnicos en formato vídeo.

Resultados: El paciente presenta buena evolución postoperatoria con adecuada tolerancia oral y aceptable control del dolor siendo dado de alta al 2º día postoperatorio. Valorado posteriormente en consulta ambulatoria, el paciente permanece asintomático.

Conclusiones: La enucleación o excisión extramucosa de leiomioma esofágico en tercio distal por vía laparoscópica se trata de una técnica segura y reproducible, con escaso dolor postoperatorio y escasa tasa de morbi-mortalidad en manos expertas con la consiguiente corta estancia hospitalaria.



Comunicaciones científicas vídeo

ABORDAJE TRANSHIATAL LAPAROSCÓPICO DE LEIOMIOMA ESOFÁGICO DISTAL

I. Vázquez González, F. J. Anguita Ramos; R. González López; M. Conde Rodríguez; G. Navarro Quirós; S. Vereja Varela; A. García Melón; P. Lenza Trigo; M. Muinelo Lorenzo; J. Conde Vales. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

RESUMEN:

Objetivos: Presentación de un caso de leiomioma esofágico asociado a hernia de hiato.

Material y Métodos: Hombre de 47 años sin antecedentes de interés, remitido desde Digestivo por dolor postprandial y ardor de 6 años de evolución tras diagnóstico endoscópico de esofagitis grado B de Los Ángeles con tendencia a formar anillo mucoso, hernia de hiato por deslizamiento y lesión submucosa vs. compresión extrínseca. En TC se evidencia una lesión extramucosa de 8,2x5x4,2 cm compatible con tumoración benigna del esófago, sospechosa de leiomioma. En la ecoendoscopia con PAAF se visualiza la lesión que parece depender de la muscular propia, con la serosa intacta; la Anatomía definitiva confirma leiomioma. La RMN esofágica y tránsito esofagogástrico confirman la hernia de hiato y destacan que el leiomioma presenta gas en su interior que podría indicar fistulización. Se completaron los estudios con manometría, con trastorno motor menor, y pHmetría, con reflujo ácido patológico y DeMeester de 46,1. Tras comentar el caso en sesión clínica, se decide intervención quirúrgica por vía abdominal. Se realizó un abordaje laparoscópico con la disposición habitual de los trócares para la cirugía antirreflujo. Tras la reducción de la hernia, se descendió la tumoración con ayuda de un punto de tracción sobre el leiomioma. Posteriormente, enucleación del tumor de aspecto lobulado con preservación de la mucosa esofágica, y cierre del defecto muscular esofágico con Ethibond. Para finalizar la intervención se asoció hiorrafia posterior y funduplicatura de Toupet.

Resultados: El paciente fue dado de alta al cuarto día postoperatorio y se encuentra en su domicilio, con mejoría clínica progresiva, sin sintomatología de reflujo y en seguimiento en consultas externas de Cirugía General.

Conclusiones: El leiomioma esofágico es poco frecuente y supone el 1% de los tumores de esófago. Es un tumor benigno y el más frecuente en localización esofágica. Aparece mayoritariamente en hombres, en proporción 2:1, y es más frecuente entre los 20 y los 50 años. La principal tumoración con la que debe hacerse el diagnóstico diferencial es el GIST. El leiomioma se origina en el músculo liso y por ello es más frecuente en esófago distal, a nivel de la muscular propia, respetando la mucosa. Son tumores de crecimiento lento que rara vez malignizan. La clínica más frecuente consiste en dolor epigástrico o torácico, disfagia, ardor o regurgitación. En los pacientes sintomáticos se recomienda la cirugía, fundamentalmente la enucleación por laparoscopia o toracosopia. Otra posibilidad es la resección endoscópica, más frecuente en los países orientales. La esofagectomía estaría indicada en tumores grandes y anulares, leiomiomatosis múltiple o si se produce un daño quirúrgico con riesgo de dehiscencia tras realizar sutura primaria. Dependiendo de los autores se recomienda el cierre del defecto muscular esofágico. En pacientes asintomáticos con tumores pequeños podría realizarse seguimiento. Algunos autores recomiendan asociar técnica antirreflujo.



Comunicaciones científicas vídeo

"SCOPINARIZACIÓN" DE BY-PASS GÁSTRICO

F. J. Anguita Ramos; G. Navarro Quirós; R. González López; A. García Melón; P. Lenza Trigo;
M. Muinelo Lorenzo; I. Pérez Moreiras; J. Conde Vales. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

RESUMEN:

Objetivos: Presentar un caso de cirugía de revisión en obesidad mórbida, en concreto, una derivación biliopancreática tipo Scopinaro de un by-pass gástrico.

Material y Métodos: Mujer de 44 años con obesidad mórbida y diabetes mellitus tipo II asociada. Presenta peso inicial de 127Kg (IMC 47,56). Se interviene en 2012 de By-pass gástrico por vía abierta. El mínimo peso conseguido es de 101 Kg en 2014. En 2015 hernioplastia y colecistectomía laparoscópica. Posteriormente la paciente presenta ganancia progresiva a pesar de medidas dietéticas adecuadas y hábitos de vida saludables, alcanzando los 125 Kg. Se realiza tránsito intestinal y gastroscopia con buen paso a nivel de la anastomosis gastroyeyunal y reservorio gástrico de tamaño adecuado. La paciente presentaba además hernia de hiato sintomática. Se decide cirugía de revisión de by-pass e hiatorrafia. En octubre de 2019 se interviene de forma programada y se realiza una derivación biliopancreática tipo Scopinaro e hiatorrafia laparoscópicas.

Resultados: La paciente presenta postoperatorio sin complicaciones y es dada de alta hospitalaria. En primera revisión al mes de la cirugía la paciente pesa 119 Kg (IMC 44,56). En la revisión realizada a los 4 meses la paciente presentaba peso de 110 Kg (IMC 41,19) y En la revisión a los 15 meses presentaba 95Kg (IMC 35,8), lo que supone una pérdida de 32Kg sobre el peso inicial (PEP 47%). La paciente toleraba adecuadamente dieta oral y no presentaba déficits nutricionales en la analítica.

Conclusiones: La cirugía de revisión en la obesidad mórbida tiene un papel relevante en pacientes en los que fracasa la técnica bariátrica. La conversión a una técnica tipo Scopinaro por laparoscopia es una técnica factible y que puede ser útil en casos de reganancia. También es una técnica compleja y cuya indicación debe individualizarse. Es necesario continuar analizando los resultados de la técnica y estudiar su eficacia en comparación con otras técnicas de cirugía de revisión.



Comunicaciones científicas vídeo

EVENTRACIÓN ABDOMINAL EN COLGAJO TRAM PEDICULADO

C. R. Estrada López; M^a. I. Darriba Fernández; P. Trillo Parejo; L. Rigueiro López;
A. Rodríguez Outeiriño; A. Reinoso Hermida; C. Martínez Martínez; M. García García. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

RESUMEN:

Objetivos: Presentar el caso de una paciente intervenida por una eventración abdominal tras la realización de un colgajo TRAM pediculado y revisión de la literatura.

Material y Métodos: Mujer de 74 años que es valorada en consultas por una eventración abdominal presentando como antecedente la realización de un colgajo TRAM pediculado en la mama derecha secundario a una quemadura, obtenido del músculo recto abdominal izquierdo. En la exploración física y en la TC se objetiva una eventración a nivel del recto anterior izquierdo, con presencia de orificio herniario de aproximadamente 2,5 cm con contenido reductible. Es intervenida realizándose localización y marcaje del pedículo del colgajo una eventroplastia tipo Rives del lado derecho y colocación de malla supraaponeurotica onlay del lado izquierdo. En el posoperatorio presentó un seroma en herida quirúrgica que se trató de forma conservadora.

Discusión: El uso de colgajos pediculados de músculo recto (TRAM) para la reconstrucción mamaria está descrito desde 1982 y se han publicado diferentes complicaciones de la pared abdominal asociadas a esta intervención, con hasta un 18% de pacientes que presentan una eventración tras la realización del procedimiento. Esto refuerza la idea de que la pérdida muscular hace a la fascia más propensa a la debilidad, de igual forma que la resección del músculo recto abdominal puede provocar cambios funcionales en los músculos oblicuos adyacentes. El estudio de Rossetto et. al. comparó los factores de riesgo asociados a la formación de hernia en pacientes con antecedentes de pTRAM, y describe la obesidad como un factor de riesgo con una incidencia del 15%. También concluye que el uso de malla para reforzar la pared abdominal reduce significativamente la incidencia de eventración (2,5% con malla vs 5,9% sin malla). En el estudio de Chacko et al. Se incluyen 21 pacientes intervenidas de TRAM con la colocación de una malla de Polipropileno abdominal en posición tanto onlay como inlay sin objetivarse eventraciones en el postoperatorio.

Conclusiones: Los colgajos pediculados TRAM se realizan para la reconstrucción mamaria autóloga, sin embargo, las tasas de hernia ventral son altas cuando no se incluye malla en el cierre del área donante.



Comunicaciones científicas vídeo

UTILIZACIÓN DE LA VÍA PARASACROCCOCÍGEA PARA EL ABORDAJE DE UN HAMARTOMA QUÍSTICO RETRORRECTAL (TAILGUT CYST)

D. Provedo del Valle; E. Sánchez Espinel; R. Kaibel Val; G. Matías Beteta; R. Vázquez Bouzán. (*)

(*) Hospital Ribera POVISA. Vigo

RESUMEN:

Objetivos: Los tumores retrorrectales son lesiones poco frecuentes y pueden provenir de distinto origen embriológico. Consecuentemente, las referencias de la literatura científica acerca de esta patología son escasas y las recomendaciones en cuanto al diagnóstico y el abordaje quirúrgico son limitadas. En base a ésto, queremos compartir este vídeo con finalidad docente donde explicamos el abordaje parasacroccóceo de un hamartoma quístico retrorrectal (Tailgut Cyst).

Material y Métodos: Para el estudio preoperatorio aparecerán las distintas pruebas radiológicas (TC Abdominopélvico y RM pélvica), una reconstrucción 3D realizada por el servicio de Radiodiagnóstico y una colonoscopia. La cirugía fue grabada mediante una cámara externa al campo quirúrgico.

Resultados y Conclusiones: Con este vídeo ofrecemos una explicación detallada del estudio preoperatorio necesario, así como la técnica quirúrgica para hacer frente a un hamartoma quístico retrorrectal mediante el abordaje parasacroccóceo. La vía parasacra nos ofrece un buen acceso de los tumores retrorrectales inferiores a la vértebra S3.



Comunicaciones científicas vídeo

PRINCIPIOS Y TÉCNICA EN EL ABORDAJE DE LOS TUMORES RETORRECTALES

Iván Cordovés Weiler, Julio Roberto Ballinas Miranda, Alexandra Piñeiro Teijeiro,
Jaime Seoane Antelo, Susana Diz Jueguen, Erica María Barreiro Domínguez,
María Echevarría Canoura, Irene Vázquez García, Lara Pérez Corbal,
Alberto Eduardo Parajó Calvo. (*)

(*) Complejo Hospitalario de Pontevedra

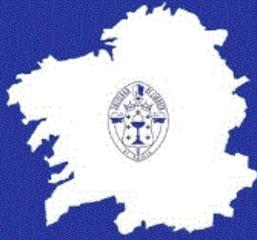
RESUMEN:

Objetivos: Realizar una revisión de los tipos de abordaje de los tumores retrorrectales en función de la localización y tipo de tumor.

Material y Métodos: Revisión de la bibliografía existente, aportando clips de vídeo de intervenciones de tumores retrorrectales.

Resultados: Se intervino a 2 mujeres de 16 y 27 años respectivamente, realizándose un abordaje laparoscópico en uno de los casos y abordaje parasacroccígeo en el otro. Ambas intervenciones transcurrieron sin incidencias, identificándose un teratoma quístico y un hamartoma quístico que no requirieron tratamiento posterior. No se produjeron complicaciones durante el postoperatorio.

Conclusiones: El abordaje óptimo de los tumores retrorrectales viene condicionado por las características del tumor y las pruebas de imagen. La resección en bloque con márgenes de seguridad es curativa en la mayoría de casos, aunque es necesario un amplio conocimiento de la anatomía pélvica. En manos de cirujanos expertos se pueden obtener buenos resultados con pocas complicaciones.



Comunicaciones científicas vídeo ESFINTEROPLASTIA Y REPARACIÓN PERINEAL CON PLASTIA DE CORMAN

S. Vereza, O. Maseda, I. Torres, I. Monjero, P. Montoto, M. Muínelo, L. Dorado, Dra. López. (*)

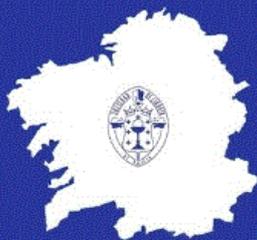
(*) Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo

RESUMEN:

Objetivos: El desgarro anal de origen obstétrico, es una patología infradiagnosticada, pero de gran repercusión en la calidad de vida de una paciente joven y sana. Es importante conocer el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones del esfínter anal de causa obstétrica, para conservar la continencia de las pacientes.

Material y Métodos: Nuestra paciente es una mujer de 26 años que, tras un parto vaginal no instrumentado, presenta un desgarro obstétrico grado IV, realizándose reparación primaria.

Resultados y Conclusiones: La evolución inicial respecto a la continencia es favorable, pero presenta dehiscencia de herida quirúrgica, que cierra por segunda intención. En consultas externas se objetiva cloaca ano-vaginal con pequeño puente fibroso en horquilla ano-vaginal. Presenta clínica progresiva de soiling e incontinencia a gases y heces líquidas. Se completan estudios con ecografía endoanal, evidenciándose doble defecto esfinteriano de más de 100°. Por todo esto, se decide reparación quirúrgica, realizándose esfinteroplastia y plastia cutánea de Corman. En el vídeo adjunto se puede visualizar la exploración y reparación quirúrgica. La evolución postoperatoria es favorable, presentando correcta continencia y cicatrización, siendo dada de alta a los 8 días tras la intervención. Las lesiones del EAI o EAE en un parto vaginal están infradiagnosticadas. Sin embargo, si realizamos ecografía endoanal tras el parto vaginal, veremos que la lesión del esfínter anal aparece en hasta un 30% de las pacientes. Más de la mitad de las mujeres que se diagnostican de desgarro obstétrico grado IV durante el parto, pueden presentar incontinencia. Cuando se detecta lesión perineal hay que realizar sutura en quirófano, siempre que sea posible por un equipo experto.



Comunicaciones científicas vídeo

DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON PRESERVACIÓN PILÓRICA LAPAROSCÓPICA. PARTE I: RESECCIÓN

E. Domínguez; F. J. González Rodríguez; P. Espiñeira; M. Paz; A. Fernández; J. Martínez;
E. Varo; M. Bustamante. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

RESUMEN:

Objetivo: Mostrar la técnica utilizada en nuestro centro para la resección de la cabeza del páncreas con preservación pilórica mediante abordaje completamente laparoscópico.

Materiales y Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 49 años de edad con diagnóstico de adenocarcinoma de ampolla de Vater tratada con duodenopancreatectomía cefálica (DPC) completamente laparoscópica. Se utilizaron cuatro trócares de 12 mm y 2 de 5 mm. Se muestran los pasos técnicos utilizados en la fase de resección:

- Apertura de la trascavidad de los epiplones, movilización del ángulo hepático del colon y sección de los vasos gastroepiploicos derechos.
- Sección del duodeno.
- Exposición de las estructuras del ligamento hepatoduodenal y sección de la arteria gastroduodenal.
- Disección del cuello del páncreas y exposición del eje venoso mesentérico-portal.
- Movilización del duodeno
- Trasposición yeyunal.
- Transección del páncreas.
- Disección del proceso uncinado y sección de la lámina retroportal.
- Sección del conducto hepático y colecistectomía en bloque con la pieza.

Resultados: La cirugía tuvo una duración total de 8 horas y 20 minutos, con escasa pérdida de sangre. La anatomía patológica evidenció un adenocarcinoma tubular intraampular de 14 mm T1b N0 (13 ganglios). No hubo complicaciones postoperatorias. Asintomática al año de la cirugía con analítica normal y sin signos de recurrencia.

Conclusiones: La DPC completamente laparoscópica es una técnica compleja, técnicamente difícil pero factible, con resultados similares a la llevada a cabo con abordaje por laparotomía.



Comunicaciones científicas vídeo

DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON PRESERVACIÓN PILÓRICA LAPAROSCÓPICA. PARTE II: ANASTOMOSIS

E. Domínguez; F. J. González Rodríguez; P. Espiñeira; M. Paz; A. Fernández; J. Martínez;
E. Varo; M. Bustamante. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

RESUMEN:

Objetivo: Mostrar la técnica utilizada en nuestro centro para llevar a cabo las anastomosis necesarias tras resección de la cabeza del páncreas con preservación pilórica mediante abordaje completamente laparoscópico.

Material y Métodos: Se presenta el caso de una paciente de 59 años de edad con diagnóstico de adenocarcinoma de ampolla de Vater tratada con duodenopancreatectomía cefálica (DPC) completamente laparoscópica. Se utilizaron cuatro trócares de 12 mm y 2 de 5 mm. Se muestran los pasos técnicos utilizados en la reconstrucción del tránsito biliopancreático y gastrointestinal:

- Hepático-yeyunostomía término-lateral con dos suturas continuas de monofilamento absorbible 5/0.
- Pancreato-yeyunostomía con dos suturas continuas barbadas 3/0.
- Duodeno-yeyunostomía término-lateral con dos suturas continuas barbadas 3/0

Resultados: La cirugía tuvo una duración total de 8 horas y 50 minutos, con escasa pérdida de sangre. La anatomía patológica evidenció un adenocarcinoma de ampolla de Vater T1b N0 (18 ganglios). No hubo complicaciones postoperatorias. Asintomática a los 5 meses de la cirugía con analítica normal y sin evidencia de recidiva.

Conclusiones: La DPC completamente laparoscópica es una técnica compleja, técnicamente difícil, sobre todo la construcción de las anastomosis, pero factible, con resultados similares a la llevada a cabo con abordaje por laparotomía.



Comunicaciones científicas vídeo

LINFADENECTOMÍA EXTENDIDA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE COLON IZQUIERDO Y RECTO

L. Otalora Mazuela; L. Pérez Corbal; I. Cordovés Weiller; M. Lladro Esteve;
D. Castrodá Copa; A. Parajó Calvo. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

RESUMEN:

Introducción: Las metástasis en los ganglios linfáticos paraaórticos son un patrón de metástasis a distancia de cáncer colorrectal poco frecuente, con una incidencia de menos del 1,3% y definido como estadio IV según la clasificación TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Material y Métodos: Presentamos dos casos clínicos en los cuales se realiza una linfadenectomía extendida laparoscópica.

Resultados: El primero es una mujer de 51 años diagnosticada de adenocarcinoma de colon descendente cT3N0. Intraoperatoriamente, se identifican varias adenopatías de aspecto patológico por lo que se realiza linfadenectomía aorto-cava-ilíaca identificándose 14 ganglios positivos en la pieza. El segundo caso, otra mujer de 51 años con diagnóstico de adenocarcinoma de recto bajo con adenopatías sospechosas previa quimioradioterapia. Se realiza linfadenectomía tras inyección de verde de indocianina peritumoral submucoso. La inmunofluorescencia permite un mapeo linfático que guía la resección, realizando finalmente, una linfadenectomía pre y paraaórtica. En este caso, el estudio anatomopatológico de la linfadenectomía fue negativa para malignidad.

Discusión: La linfadenectomía aorto-ilíaca en cáncer colorrectal no está establecida como tratamiento estándar. Sin embargo, varios estudios han demostrado que la resección radical en combinación con protocolos de quimioterapia perioperatoria ha aumentado la supervivencia de los pacientes con metástasis ganglionares a distancia. Por ello, la linfadenectomía extendida a día de hoy, debe ser una técnica a realizar en casos seleccionados. Aquellos centros que dispongan de tecnología ICG, la aplicación de la misma para el mapeo linfático puede servir de ayuda para guiar la linfadenectomía.