



Comunicaciones científicas orales

IMPLANTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE RADIOFRECUENCIA HEMORROIDAL EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

Victoria M. Maderuelo García; Ana Huidobro Píriz; Carlenny A. Suero Rodríguez;
Héctor Ordás Macías; Mariana Salanova Rodríguez; Alicia Aguado de Benito;
Isabel Valentín-Gamazo González; Patricia Gálvez Domenech; Julio Enrique Castrillo Arconada. (*)

(*) Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

RESUMEN:

Introducción: La patología hemorroidal tiene una prevalencia entre el 30-50% en la población adulta. Los síntomas más frecuentes, dolor y rectorragia, son causa de importante alteración en la calidad de vida. Entre las técnicas: el banding indicado para hemorroides grado I-II y la hemorroidectomía Milligan-Morgan para grados avanzados. Existe un grupo de población en el que las medidas menos agresivas o son insuficientes o se han aplicado previamente y han recidivado, pero no muestran un grado tan avanzado como para indicar las técnicas más agresivas. La radiofrecuencia (RF) es una técnica mínimamente invasiva que oblitera los vasos sanguíneos produciendo fibrosis y retracción hemorroidal.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo observacional llevado a cabo entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021 en un hospital de 2º nivel. Se han intervenido 16 pacientes (7 mujeres y 9 hombres), edad media 56 años (38-75) con hemorroides grados II y III, en todos los casos bajo anestesia raquídea. En las hemorroides grado III (n=10) se planteó directamente RF hemorroidal como alternativa a la hemorroidectomía. En hemorroides grado II (n=6) se ofreció RF como alternativa si habían fracasado los tratamientos de banding hemorroidal. Como síntoma prevalente: rectorragia en 10 pacientes, 3 prolapso hemorroidal, 2 dolor secundario a trombosis hemorroidal y 1 recidiva de una ligadura de bandas previa. Se ha contabilizado el tiempo quirúrgico, los días de ingreso y la posibilidad de reingreso. Se utilizó una sonda para aplicar energía de 4MHZ de RF al tejido hemorroidal. En el postoperatorio se ha valorado el dolor y rectorragia. En el seguimiento se ha analizado la recurrencia de síntomas, la presencia de otro tipo de sintomatología relacionada, así como incontinencia. Se ha realizado una encuesta telefónica a todos los pacientes para valorar el grado de satisfacción con la intervención y su posible recomendación.

Resultados: Ninguno de los 16 pacientes tuvo complicaciones intraoperatorias. El tiempo quirúrgico medio ha sido de 20,3 minutos (11-30). En el postoperatorio inmediato ningún paciente refirió dolor al evacuar ni rectorragia. La estancia media fue de 1 día. Todos fueron tratados con analgésicos orales de primer nivel durante 3 días. Hubo un reingreso a los 3 días de la intervención por rectorragia que precisó revisión quirúrgica. En el postoperatorio tardío 6 pacientes tuvieron rectorragia leve y autolimitada. La media del seguimiento ha sido de 6 meses (1-12) con recurrencia en dos pacientes (14,2%) con una rectorragia de menor cuantía solucionada con una banda hemorroidal. En ningún caso se ha objetivado incontinencia fecal durante el seguimiento. Han contestado a las encuestas telefónicas 13 pacientes de 16 con una satisfacción media de 7,7 (1-10) y una recomendación a familiares y amigos de 8,3 (3-10).

Conclusión: En base a los resultados obtenidos hemos podido comprobar que, en un grupo seleccionado de pacientes con hemorroides en grado intermedio entre leves y severas, la ablación con RF puede ser aplicada en el tratamiento de las mismas con alta probabilidad de éxito. Aun así, consideramos que serían necesarios más estudios y un mayor tamaño muestral para indicar esta modalidad terapéutica a un grupo menos restringido de pacientes.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

¿ES LA RADIOFRECUENCIA HEMORROIDAL UNA TÉCNICA MÁS CARA QUE LA HEMORROIDECTOMÍA MILLIGAN-MORGAN?

Carlenny Suero Rodríguez; Victoria M. Maderuelo García; Ana Huidobro Píriz; Héctor Ordás Macías; Isabel Valentín-Gamazo González; Mariana Salanova Rodríguez; Alicia Aguado de Benito; Julio Enrique Castrillo Arconada. (*)

(*) Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La radiofrecuencia en el tratamiento de las hemorroides es una novedosa técnica que parece ser efectiva en rangos intermedios de la enfermedad, es decir, en pacientes en los que el tratamiento ambulatorio (bandas, esclerosis, medidas higiénico-dietéticas) no son efectivos, pero no tienen un grado hemorroidal tan avanzado como para someterse a una hemorroidectomía quirúrgica dado el riesgo de complicaciones asociadas. Sin embargo, al utilizar material generalmente no incluido en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, su aplicación podría considerarse un encarecimiento en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal, en base a los estándares de gastos estipulados por el BOCYL nº249 del 30 de diciembre de 2013. El objetivo de este trabajo ha sido estimar la eficiencia de la técnica en función de los resultados obtenidos, tanto a nivel clínico, estancia hospitalaria y gastos, con la aplicación de la radiofrecuencia en un hospital de nivel 2.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo observacional de los pacientes intervenidos entre enero de 2017 y diciembre de 2021 mediante hemorroidectomía Milligan-Morgan (MM) y radiofrecuencia hemorroidal (RF). Para cuantificar los costes asociados a cada técnica se han tenido en cuenta los Precios Públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud (BOCYL nº249 del 30 de diciembre de 2013). En la hemorroidectomía Milligan-Morgan cada paciente tiene un gasto fijo por proceso de 325 + 400 por día de estancia hospitalaria en nivel 2. En la radiofrecuencia hemorroidal los gastos fijos son de 455 + 400 por día de estancia hospitalaria en nivel 2. Bajo el supuesto de la hipótesis nula, siendo la diferencia de medias igual a cero, se calculan los resultados mediante la prueba de la T-Student.

Resultados: El tamaño muestral de los pacientes a los que se ha realizado MM es de 116, mientras que los intervenidos con RF son 16. En el MM, el 90,5% (n=105) de los pacientes presentaban hemorroides grado IV y el 9,5% (n=11) grado III. En la RF, el 62,5% (n=10) de los pacientes presentaban hemorroides grado III y el 37,5% (n=6) hemorroides grado II. El 100% de los pacientes con hemorroides grado II habían sido incluidos para RF por persistencia de la clínica a pesar de haberles realizado una ligadura hemorroidal con bandas. La estancia hospitalaria media de los pacientes MM es de 1,7 días mientras que en la RF permanecen ingresados durante 1 día. Tomando como medias de los costes del MM 1000,56 y 926,6 para la RF con una desviación típica en el MM de 254,37 y de 1101,38 en la RF se obtiene, tras aplicar la fórmula de la T-Student que el valor de la t es de 2,28 x 10⁻⁵ por lo que no se rechaza la hipótesis nula, pudiendo concluir que no existe diferencia en cuanto a los costes de ambas técnicas.

Conclusiones: A pesar de que inicialmente la técnica de RF pueda parecer más cara que el MM, en base a nuestros resultados definidos por gastos quirúrgicos y estancia hospitalaria, se concluye que las dos técnicas son equiparables en términos económicos. Además, beneficiándose los pacientes de una duración menor de su ingreso y una mejor optimización del tiempo quirúrgico.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”. Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

PRIMEROS RESULTADOS TRAS LA UTILIZACIÓN DEL LÁSER EN EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS ANALES COMPLEJAS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

Ana Huidobro Píriz; Victoria M. Maderuelo García; Carlenny A. Suero Rodríguez;
Héctor Ordás Macías; Mariana Salanova Rodríguez; Alicia Aguado de Benito;
Isabel Valentín-Gamazo González; Julio Enrique Castrillo Arconada. (*)

(*) Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La fístula anal constituye una de las patologías más prevalentes en la unidad de coloproctología con una incidencia de 10,4 casos por cada 100.000 habitantes, siendo más habitual en hombres que en mujeres. La clasificación más utilizada es la de Parks: fistulas interesfintéricas (FIE), transesfintéricas (FTE), supraesfintéricas (FSE) y extraesfintéricas (FEE). Entre los nuevos procedimientos destaca la ablación con láser del trayecto fistuloso (FiLaC): disminuye la lesión del esfínter anal y evitaría la consecuente incontinencia secundaria por la destrucción de las células epiteliales que recubren el trayecto fistuloso mediante energía emitida por una fibra radial conectada a un diodo láser. El objetivo del estudio es investigar la seguridad y eficacia del FiLaC como tratamiento de la fístula perianal compleja y su posibilidad de implementación en un hospital de 2º nivel.

Pacientes y método: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos mediante FiLaC en nuestro centro, un hospital de 2º nivel, entre mayo de 2018 y diciembre de 2021. Todos los pacientes han sido intervenidos en régimen de ingreso hospitalario. El tamaño muestral es de 26 pacientes, 15 varones y 11 mujeres, edad media de 55 años. El criterio de inclusión fue que presentaran una fístula primaria compleja o fístula recurrente que ya tuviera un sedal laxo colocado en una exploración bajo anestesia previa. Dicho sedal incluía un segmento significativo de esfínter cuya sección tendría riesgo de incontinencia en el postoperatorio y por tanto, no se había realizado fistulotomía en la EABA. El procedimiento quirúrgico ha consistido en sellar la fístula con energía láser en el trayecto previamente tutorizado por el sedal. Se han analizado la estancia hospitalaria, la recidiva o persistencia fistulosa, la tasa de curación, el grado de incontinencia postoperatoria, el tiempo de seguimiento y la evolución de la curación.

Resultados: El 100% de los pacientes (n=26) han sido intervenidos bajo anestesia raquídea y posteriormente han precisado una noche de ingreso hospitalario con alta al día siguiente de la intervención, la estancia media es 1 día. No se han descrito complicaciones intraoperatorias. El 56,5% de los pacientes (n=13) presentaba una FTE media en el momento de la intervención, el 21,7% (n=5) una FTE alta, el 21,7% (n=5) FTE baja, el 8,7% (n=2) una FIE y el 4,3% (n=1) una FEE. La tasa de curación ha sido del 76,9% (n=20) y la persistencia fistulosa se ha objetivado en el 23,1% (n=6) de los pacientes intervenidos. La mediana del seguimiento desde la intervención hasta la fecha de curación ha sido de 10,5 meses (1-25), en la persistencia fistulosa 23,7 meses (1-44). Ningún paciente ha presentado incontinencia en el postoperatorio inmediato ni en el tardío.

Conclusiones: La técnica de ablación con láser del trayecto fistuloso en fístulas complejas aplicada en nuestro medio es segura, eficaz y tiene escaso riesgo de incontinencia secundaria. Dado que se han observado curaciones de los pacientes con fístulas complejas en un plazo superior al año desde la intervención, consideramos que el diseño de estudios futuros debería contemplar un tiempo de seguimiento a más largo plazo con respecto a los diseñados actualmente.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DEL SINUS PILONIDAL

Laura Tortolero Giamate ⁽¹⁾; Patricia Luengo Pierrard ⁽²⁾; Antonio Pedraza Muñoz ⁽¹⁾; Juan Ocaña Jiménez ⁽²⁾; Araceli Ballesteros Pérez ⁽²⁾; Javier Álvarez Álvarez ⁽¹⁾; Pablo Anchústegui Melgarejo ⁽¹⁾.

(1) Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela. (2) Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El tratamiento clásico del sinus pilonidal ocasiona heridas con grandes defectos, baja laboral y curas por tiempos prolongados. En las últimas décadas, se han publicado varios estudios que describen el tratamiento mínimamente invasivo (TMI) con buenos resultados. Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia y resultados en la aplicación de una TMI en el tratamiento del sinus pilonidal.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo donde se evaluaron a 70 pacientes operados de forma consecutiva de sinus pilonidal entre los años 2016-2021 en el Hospital La Zarzuela mediante la TMI. Se describen características preoperatorias, intraoperatorias, resultados y complicaciones durante el seguimiento, de al menos 12 meses. Se excluyeron a 2 pacientes por falta de seguimiento.

Resultados: De los 68 pacientes estudiados el 77,9% eran hombres, el promedio de edad fue de 28,9 años (rango 14-66). Según la Clasificación de Tezel el 32,3% pertenecían a la clase II, 32,3% III, 27,9% IV y 7,3% V. En cuanto a la exploración física, el orificio fistuloso en la línea media varió en número entre 1 y 8 (promedio: 2,3). En el 29,4% existía un orificio fistuloso lateral en número de 1 a 2, con una distancia, entre éste y el orificio de la línea media, que varió entre 0,5 y 5 centímetros. El 29,4% de los pacientes presentaba una zona indurada lateral y superior al orificio fistuloso de la línea media. La indicación de la técnica era límite en el 19,1% de los casos; por antecedente de cirugía previa, presencia de orificio central único o más de 4, orificio fistuloso a más de 4cm de la línea media y obesidad. Se realizaron en promedio 2,2 incisiones cilíndricas (rango 1-4) mediante sacabocados de 6-8 milímetros. Posteriormente, se llevó a cabo el legrado de los trayectos fistulosos extrayendo pelos en un 48,5% de los casos, siendo en una cantidad abundante en el 19,1%. El seguimiento se realizó mediante revisiones en consultas cada dos semanas hasta el cierre de la herida, a los 3, 6 y 12 meses. Durante las primeras revisiones se extrajeron pelos en 27,9%. En cuanto a las complicaciones postoperatorias, solo un paciente acudió a urgencias por dolor en la zona quirúrgica. El 98,6% restante presentó dolor puntuado en la escala visual análoga menor a 3. Un 5,8% presentó sangrado por la herida quirúrgica que cedió con compresión local en la zona. Por último, 7,35% presentó infección de la zona quirúrgica que se trató mediante curas y antibioterapia. Las heridas no cerraron en 4,4% de los casos por persistencia de la enfermedad. En los casos restantes, el cierre completo de la herida ocurrió en promedio a las 6 semanas (rango: 3-16). El 17,6% (12 casos) recidivaron. Un 8,8% en el primer año, 4,4% entre 1-2 años y un 4,4% a más de 3 años del tratamiento. El 50% de los mismos fueron reintervenidos mediante la técnica en bloque y una tercera parte de estos recidivó. Entre los pacientes que recidivaron, una mayor proporción de los mismos, frente a la muestra total; pertenecía a la clasificación Tezel V (16,6% vs 7,3%), la indicación era límite (41,6% vs 19,1%), el promedio de orificios fistulosos era mayor (3,5 vs 2,3). Así como, el número de heridas (2,8 vs 2,2) y la extracción de pelos durante las curas (58,3% vs 27,9%). En cambio, la depilación láser se realizó en un porcentaje inferior que en la muestra total (8,33% vs 17,64%). El grado de satisfacción de los pacientes fue del 100% y recomendarían la técnica.

Conclusiones: La TMI permite obtener buenos resultados sin amplias resecciones. Según nuestra serie tiene una tasa de éxito del 82,4% en pacientes con un seguimiento mayor de 1 año. La elección de los pacientes puede disminuir la tasa de recidiva. Los pacientes con mayor porcentaje de éxito son aquellos con una clasificación de Tezel inferior a V, con menos de 4 orificios fistulosos centrales y aquellos que durante el postoperatorio llevaron a cabo la depilación láser de la zona.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

UTILIZACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS (OBSIDIAN) EN EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERIANAL COMPLEJA

M^a Teresa Alonso García; M^a José Castillo Fe; Sol Villar Riu; José Luis Porrero Carro. (*)

(*) Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El tratamiento de la fístula perianal compleja sigue teniendo unos resultados poco alentadores, sin que exista todavía consenso en cuanto a la mejor técnica quirúrgica, que tenga bajo riesgo de incontinencia y pocas recidivas. Han aparecido múltiples alternativas menos agresivas, que buscan la curación del trayecto fistuloso, con la menor morbilidad (láser, plugs, células madre...). El objetivo de nuestro trabajo es presentar nuestros resultados en el tratamiento de fístulas perianales complejas utilizando plasma rico en plaquetas (Obsidian).

Material y métodos: Presentamos una serie de 20 pacientes (13 varones y 7 mujeres) con una edad media de 51 años, a los que se le ha realizado una ecografía previa a la cirugía para descartar colecciones y trayectos secundarios y en los que se colocó un seton laxo entre 3-6 meses previos a la inyección de plasma rico en plaquetas. Se realiza profilaxis antibiótica preoperatoria en todos los pacientes, sin preparación de colon ni enemas. El procedimiento se inicia con la extracción de 120 ml de sangre del propio paciente entre 30-60 minutos antes, que se centrifuga para obtener un preparado de plasma, con una concentración de fibrina de 25 mg/ml y de plaquetas 7-10 veces el valor basal. Durante la intervención se realiza un legrado del trayecto fistuloso, lavado del mismo con suero fisiológico, core out de ambos orificios (interno y externo) si es necesario, y aplicación de la fibrina obtenida previamente cerrando con uno o dos puntos sueltos el orificio fistuloso interno. El resto de producto sobrante (2-3 ml) se inyecta peritrayecto.

Resultados: De los 20 pacientes, 13(65%) habían sido intervenidos previamente con diferentes técnicas. En 12(60%) sólo realizamos sellado del trayecto con la fibrina autóloga, pero a raíz de nuevas publicaciones al respecto, comenzamos a infiltrar peritrayecto el producto sobrante (40%). La tasa de curación ha sido del 50% (10 pacientes), sin complicaciones postoperatorias (0%) ni empeoramiento de la continencia (0%). Todos los pacientes se operaron en régimen ambulatorio. El tiempo medio de curación fue de 104 días (52-162 días). En aquellos en los que persiste la fístula, hemos observado mejoría clínica con trayectos menos exudativos. Cuando analizamos si había alguna variable que influyera en la curación de los pacientes, no encontramos ninguna que fuera estadísticamente significativa, y aunque la infiltración peritrayecto tampoco, sí parece observarse una tendencia mayor a la curación.

Conclusiones: La utilización de plasma rico en plaquetas en el tratamiento de la fístula perianal compleja ofrece una alternativa segura. Es una técnica sencilla y reproducible, con preservación de la continencia, que permite la realización de otras técnicas en caso de fracaso y que puede constituir una herramienta útil dentro del arsenal terapéutico de esta patología.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

TUMORES RETRORRECTALES. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL GGCP

Lara Pérez Corbal ⁽¹⁾; Julián García Orozco ⁽²⁾; Santiago Mesa Delgado ⁽³⁾;
María Ignacia Torres García ⁽⁴⁾; Ayla Reinoso Hermida ⁽⁵⁾; Raquel Vázquez Bouzán ⁽⁶⁾;
Antonio Satorras Fioretti ⁽⁷⁾; Reinaldo Arcila Bermúdez ⁽⁸⁾; Alberto Parajó Calvo ⁽¹⁾.

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. (2) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. (3) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. (4) Complejo Hospitalario Universitario de Lugo. (5) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. (6) Hospital de Povisa. (7) Hospital Público da Mariña. (8) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Los tumores que se desarrollan en el espacio presacro son raros y representan un desafío diagnóstico y terapéutico. El principal objetivo fue evaluar la morbilidad postoperatoria y los resultados oncológicos a largo plazo de acuerdo al tipo histológico del tumor y el tipo de abordaje elegido.

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 Coccigectomías 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 presacros 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 quistes del desarrollo y tumores congénitos.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DEL VÓLVULO DE SIGMA ¿HEMOS MEJORADO EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS?

Francisco Javier Fernández Pablos; William Claudio Poma Hullcapuri;
Natalia Ortega Machón; Irune Vicente Rodríguez; Josune Etxabe Gurrutxaga;
María Hidalgo Pinilla; Fernando Jiménez Escovar; Vicente Portugal Porras;
Francisco Javier Ibáñez Aguirre. (*)

(*) Hospital Universitario Galdakao.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Determinar la influencia de la cirugía laparoscópica en el tratamiento de pacientes con vólvulo de sigma en nuestro hospital. Analizar factores relacionados como comorbilidad, el manejo conservador previo (devoluciones endoscópicas), la cirugía de urgencias y la realización de estomas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluye a todos los pacientes intervenidos entre el 2001 y el 2020 por vólvulo de sigma. Se dividió la muestra en dos períodos, 2001-2010 (período A) y 2011-2020 (período B). Se describen las técnicas quirúrgicas empleadas. En todos los pacientes se realizó rehabilitación multi-modal. La comorbilidad se calculó mediante el índice de Charlson. Las complicaciones se recogieron según la clasificación Clavien-Dindo y se dividieron en dos grupos, las de manejo médico (< IIIa) y las de tratamiento quirúrgico/cuidados intensivos (\geq IIIa). Se establecieron dos grupos según el número de endoscopias descompresivas realizadas (menos o más de tres endoscopias descompresivas). Los resultados se compararon mediante análisis estadístico.

Resultados: En total se operaron 35 pacientes, 13 hasta el 2010 y 22 a partir del 2011. No hubo diferencias entre los dos grupos en cuanto a edad y a comorbilidad. Las cirugías realizadas fueron procedimiento de Hartmann y sigmoidectomía con anastomosis. El abordaje fue laparoscópico o abierto. En el Periodo B (2011-2020) se observó un aumento en el número de abordajes laparoscópicos (40.9% vs 30.77%), en la indicación programada (54.54% vs 38.4%), así como una reducción en el número de estomas realizados (36.36% vs 46.15%) con respecto al Periodo A aunque dichos resultados no alcanzaron significación estadística debido al tamaño reducido de la muestra. El número de devoluciones preoperatorio mostró un aumento importante durante el segundo período (23.07% vs 54.54%), que no influyó en las complicaciones postoperatorias (15% vs 20%). No hubo diferencias en cuanto a las complicaciones postoperatorias en los dos períodos (15.93% vs 18.19%). La intervención más realizada fue la sigmoidectomía con anastomosis: 12 pacientes intervenidos por abordaje laparoscópico y 10 por abordaje abierto. La vía laparoscópica para la sigmoidectomía con anastomosis fue más frecuente en cirugía programada (100% vs 30% de los abordajes abiertos) y en pacientes con menor índice de comorbilidad (Charlson medio 3.6 vs 4.8) respecto al abordaje abierto. No hubo diferencias en cuanto a edad ni en cuanto a complicaciones entre ambos abordajes (16.77% vs 20%).

Conclusiones: El tipo de intervención y la evolución postoperatoria tras la cirugía del vólvulo de sigma no se ha modificado en los últimos 20 años en nuestro centro mientras que el abordaje abierto ha ido incrementándose. El empleo de la cirugía laparoscópica no se asocia a un incremento en las complicaciones y avala el tratamiento mínimamente invasivo en pacientes muchas veces frágiles y con comorbilidad.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA, LECTURA CRÍTICA DE GUÍAS Y APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Marina Bosch Ramírez; María José Alcaide Quirós; Verónica Aranz Ostáriz;
Francisco López Rodríguez-Arias; Luis Sánchez Guillén; Álvaro Soler Silva;
Antonio Arroyo; Sandra Lario Pérez; Cristina Lillo García. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción: La diverticulitis aguda complicada, entendida como un proceso evolutivo cuya complejidad se incrementa sin un tratamiento dirigido acorde a su gravedad, supone hasta la actualidad un reto terapéutico para los equipos de guardia. Existen en la actualidad diferentes recomendaciones basadas en la evidencia para el correcto manejo de los pacientes con diverticulitis aguda complicada, aunque queda a cargo del cirujano/a la lectura crítica, interpretación e implementación de unas u otras. La sociedad europea de coloproctología, la americana de cirujanos colorrectales, así como la World Society of Emergency Surgery (WSES) publicaron en 2020 guías de práctica clínica para el manejo de la diverticulitis aguda complicada, por lo que a continuación se describirán posibles abordajes aplicables en el día a día de los equipos quirúrgicos de guardia.

Material y métodos: Un paciente varón de 60 años con antecedentes de diverticulitis aguda no complicada medio año antes de consultar a urgencias acude por nuevo episodio de dolor en FII y fiebre, diagnosticándose de diverticulitis aguda complicada Hinchey III-IV. Se decide intervención quirúrgica urgente, evidenciándose peritonitis purulenta sobre lecho inflamatorio en sigma, sin hallar material fecaloideo en cavidad, por lo que se realiza lavado peritoneal y se deja drenaje con lavado hasta el tercer día postoperatorio, momento en el que se retira por débito mantenido claro, sin productos patológicos. Tras completar antibioterapia intravenosa es dado de alta a domicilio. Tras 9 meses oligosintomático, el paciente requiere ingresar por nuevo episodio de diverticulitis aguda complicada, inicialmente Hinchey II-III. Tras 24h de ingreso presenta empeoramiento clínico, analítico y por pruebas de imagen, progresando a probable perforación intestinal (Hinchey IV). Se somete a intervención quirúrgica urgente, evidenciándose plastrón de sigma y asas ileales, con dilatación de ID retrógrado, clasificándose como Hinchey III. Se realiza resección y anastomosis primaria, sin requerir ostomía derivativa y posteriormente presenta buena evolución, siendo dado de alta 6 días tras la cirugía.

Discusión: Existen numerosas clasificaciones empleadas para definir la severidad de la diverticulitis aguda complicada. Una de las más empleadas hasta la actualidad es la clasificación de Hinchey modificada por Warvary. Esta clasificación determina que la presencia de un absceso pericólico (IB), absceso pélvico, retroperitoneal distante o intraabdominal (II), peritonitis purulenta (III) y peritonitis fecaloidea (IV) son todos procesos complicados. En el caso de presencia de abscesos (estadío IB y II) la



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia

SOCIGA

sociedad europea y la americana coinciden en la necesidad de administrar antibioterapia intravenosa, y complementar con drenaje percutáneo si el tamaño del absceso supera los 3cm. Por otro lado, la WSES recomienda también antibioterapia intravenosa pero no estima pertinente la realización del drenaje percutáneo a no ser que el absceso alcance los 4cm. El paciente del caso propuesto presentaba una diverticulitis con peritonitis purulenta (Hinchey III) en las dos intervenciones quirúrgicas realizadas y pese a ello, el manejo fue distinto en cada episodio, realizándose un lavado peritoneal en la primera ocasión (cirujana no colorrectal), y una resección con anastomosis primaria en la segunda (cirujana colorrectal). La sociedad europea defiende el lavado peritoneal como una opción en pacientes seleccionados, pudiéndose optar alternativamente por una resección con anastomosis primaria. Por otro lado, la sociedad americana y la WSES se decantan ligeramente por la resección primaria como primera opción terapéutica, respaldándose por estudios como el metaanálisis publicado por Penna et al. que demuestra un riesgo tres veces mayor de desarrollar absceso de repetición o peritonitis persistente, así como mayor probabilidad de requerir nueva intervención quirúrgica urgente en el caso de realizar lavado peritoneal y no resección del segmento afecto. Pese a ello, las recomendaciones en este estadio son ambiguas, ya que en ninguna de las guías se describen los criterios para preferir un lavado peritoneal, pero los ensayos clínicos realizados demuestran una tendencia a realizarse más frecuentemente en pacientes jóvenes, con un ASA bajo y un IMC alto. Por último, existe consenso en la necesidad de una resección intestinal en las peritonitis fecaloideas, y las tres sociedades recomiendan realizar anastomosis primaria si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, reservando la colostomía para pacientes inestables o con comorbilidad vascular/proctológica previa.

Conclusiones: Es de vital importancia recordar que las guías clínicas pretenden exponer un resumen y conclusiones sobre la evidencia publicada de un tema. Por ello, cuando nos encontramos delante un paciente crítico como el caso observado, debemos recordar aquellas recomendaciones aportadas, pero principalmente ofrecerle a nuestro paciente un tratamiento efectivo y seguro. En la mayoría de hospitales del estado no se dispone a diario de un cirujano colorrectal en el equipo de guardia. Esta verdad puede ser definitiva a la hora de realizar una resección de sigma de urgencias, así como una anastomosis primaria. Por ello, es fundamental recordar en esas situaciones que, aunque menos efectivas, otras maniobras menos invasivas pueden ser más seguras en el momento crítico, y por ello, son las maniobras preferibles en nuestro paciente. Primum non nocere.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”. Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

EL TRATAMIENTO SIN ANTIBIOTERAPIA DE LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA EN PACIENTES SELECCIONADOS ES SEGURO. RESULTADOS DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Alba Correa Bonito ⁽¹⁾; Carlos Cerdán Santacruz ⁽²⁾; Marcello Di Martino ⁽³⁾; Ester Martínez Negro ⁽¹⁾; Felipe Acedo Fernández de Pedro ⁽¹⁾; Beatriz Cuartero Desviat ⁽¹⁾; Daniela Rodríguez Marín ⁽¹⁾; Javier García Septiem ⁽²⁾; Elena Martín Pérez ⁽²⁾.

(1) Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Hospital Universitario de La Princesa. (3) A.O.R.N. Cardarelli, Napoli.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El tratamiento sin antibioterapia de la diverticulitis aguda no complicada en pacientes seleccionados ha sido ampliamente avalado por varios ensayos clínicos randomizados durante los últimos años, llegando a ser incluida la recomendación de evitar el uso de antibioterapia por diversas guías internacionales. En dichos ensayos clínicos se demuestra, mediante diversas metodologías entre las que podemos encontrar el uso de placebo en vez de tratamiento antiinflamatorio o la ambulatorización del tratamiento en algunos de ellos, que el tratamiento sin antibioterapia es seguro en pacientes seleccionados. A pesar de la fuerte evidencia científica que avala dicha pauta de tratamiento, hasta la fecha no ha sido ampliamente aceptada ni puesta en marcha en la clínica habitual. El objetivo principal de nuestro estudio es demostrar mediante la revisión sistemática y metaanálisis de los estudios publicados recientemente que el tratamiento sin antibióticos en casos seleccionados de la diverticulitis aguda no complicada no supone un aumento en el riesgo de reingreso, necesidad de cambio de estrategia terapéutica, intervención quirúrgica urgente, empeoramiento clínico o radiológico ni persistencia de los síntomas.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis de los estudios publicados según la metodología PRISMA. Las variables analizadas fueron: Tasas de reingreso hospitalario. Necesidad de cambio de estrategia, definida como el cambio del brazo sin antibioterapia a tratamiento antibiótico o del brazo con tratamiento antibiótico a cirugía o drenaje percutáneo. Tasas de intervención quirúrgica urgente. Empeoramiento radiológico o clínico. Tasas de diverticulitis persistente.

Resultados: Se incluyeron un total de 4 ensayos clínicos randomizados (RCT) con 1809 pacientes, de los cuales 907 fueron tratados sin antibioterapia y 902 con antibioterapia. El período de seguimiento oscilaba entre el mes y los doce meses. De los 4 RCT, únicamente uno comparaba el tratamiento antibiótico frente a placebo; por otro lado, las pautas antibióticas utilizadas en los diversos estudios eran muy heterogéneas. En cuanto a la ambulatorización de los pacientes, únicamente uno de los estudios administró el tratamiento de forma ambulatoria en los dos brazos, mientras que otro de ellos ambulatorizó únicamente el brazo sin antibioterapia. No se han observado diferencias estadísticas ni clínicamente significativas en cuanto a las tasas de reingreso hospitalario, ni de cambio de estrategia terapéutica. Al analizar los objetivos secundarios tampoco se han encontrado diferencias estadística o clínicamente significativas en las tasas de cirugía urgente, empeoramiento clínico o radiológico o en las tasas de diverticulitis persistente.

Conclusiones: El tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada en pacientes seleccionados sin antibioterapia resulta una opción segura que no añade morbilidad al compararla con el tratamiento antibiótico estándar.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

RESULTADOS PRELIMINARES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA SIN ANTIBIOTERAPIA

Alba Correa Bonito ⁽¹⁾; Carlos Cerdán Santacruz ⁽²⁾; Ester Martínez Negro ⁽¹⁾;
Álvaro Gancedo Quintana ⁽²⁾; Felipe Acedo Fernández de Pedro ⁽¹⁾;
Beatriz Cuartero Desviat ⁽¹⁾; Daniela Rodríguez Marín ⁽¹⁾; Javier García Septiem ⁽²⁾;
Elena Martín Pérez ⁽²⁾.

(1) Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La enfermedad diverticular sintomática es una patología cada vez más común en los países occidentales e industrializados, con una prevalencia que se ha visto en ascenso en las últimas décadas de mano del envejecimiento de la población. Este aumento de la prevalencia conlleva unos importantes gastos sociosanitarios y un gran impacto en la sociedad. En el 75% de los casos de diverticulitis se trata de un cuadro no complicado que puede ser tratado de forma conservadora y hasta hace unos años dicho tratamiento consistía en reposo digestivo, analgesia y antibioterapia por vía oral o parenteral, recomendando de forma más o menos extendida el ingreso hospitalario de estos pacientes. El fundamento fisiopatológico que nos lleva a defender la hipótesis de que los pacientes con diverticulitis aguda no complicada pueden ser tratados sin antibioterapia se basa en que esta patología puede ser una forma de enfermedad inflamatoria, más que el resultado de la microperforación de los divertículos cólicos. Desde la publicación del primer estudio observacional en el que se defendía el tratamiento de esta patología sin antibioterapia, han sido muchos los artículos publicados que defendían dicho manejo terapéutico. El propósito de nuestro estudio es confirmar, mediante la puesta en marcha de un protocolo de tratamiento de diverticulitis aguda sin antibioterapia en pacientes seleccionados, los resultados de los ensayos clínicos randomizados publicados hasta la fecha. El objetivo principal es analizar la tasa de éxito y de fracaso de la nueva estrategia de tratamiento en pacientes con diverticulitis aguda no complicada, determinando las complicaciones atribuidas a la misma, reingresos y recurrencias durante un periodo de seguimiento mínimo de un mes.

Material y métodos: Estudio observacional multicéntrico prospectivo de pacientes valorados por diverticulitis aguda no complicada en dos servicios de Cirugía General entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021. Los criterios de inclusión para iniciar el tratamiento sin antibióticos de la diverticulitis aguda fueron: pacientes con edades entre 18 y 80 años, diagnóstico mediante TC de diverticulitis aguda no complicada sin presencia de neumoperitoneo, soporte familiar adecuado, ausencia de patología cognitiva, buen control del dolor, tolerancia oral adecuada y pacientes que aceptan y firman el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: diabetes mellitus,



cardiopatía en los últimos 3 meses, hepatopatía Child > B, insuficiencia renal crónica estadio avanzado, patología neoplásica activa, infección activa por VIH, tratamiento corticoideo o inmunodepresores, trasplantado, esplenectomizados, antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal, episodio previo de diverticulitis en los últimos 3 meses y tratamiento antibiótico en las últimas 2 semanas. Pacientes que cumplan 2 de los siguientes supuestos: Fiebre. Frecuencia Cardíaca > 90 lpm. Proteína C Reactiva > 15 mg/dL. Leucocitos <4.000 o >12.000 A los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión sin incumplir los de exclusión se les propuso participar en el estudio mediante la explicación y firma de un consentimiento informado. Los que aceptaron fueron dados de alta del servicio de urgencias con un tratamiento pautado que consta de Ibuprofeno 600 mg. cada 8 h, paracetamol 1 g. cada 8 h. y omeprazol 40 mg. cada 24 h. durante una semana y unas recomendaciones dietéticas específicas. El seguimiento se realizó de forma estrecha mediante una llamada telefónica a las 24 h. del diagnóstico, y dos revisiones presenciales a las 48 h. y a los 7 días. Se recogieron las variables demográficas de los pacientes incluidos en el estudio, variables analíticas, necesidad de ingreso, cambio de tratamiento, necesidad de intervención quirúrgica o drenaje percutáneo, y se registraron los datos obtenidos durante el seguimiento tanto telefónico como presencial.

Resultados: Durante el periodo de tiempo analizado 93 pacientes fueron diagnosticados de diverticulitis aguda, de los cuales, 72 (77,4%) presentaban un cuadro clasificado como Hinchey Ia, siendo 21 (29,2%) de ellos incluidos en el estudio. De los 51 pacientes diagnosticados de diverticulitis Hinchey Ia que no fueron incluidos en el estudio, 37 no cumplían los criterios de inclusión por comorbilidades, edad o alteraciones clínico-analíticas, 2 pacientes rechazaron su inclusión en el estudio y a 12, al ser valorados por el servicio de cirugía general ya se les había administrado una dosis de antibiótico por parte del servicio de urgencias. La distribución de los pacientes incluidos en el estudio por hospitales fue de 10 y 11. El 67% de los pacientes eran varones, con una edad media global de $57,6 \pm 10,3$ años. La frecuencia cardíaca media de los pacientes fue $82,9 \pm 15,2$ lpm y la temperatura media de $36,1^{\circ} \pm 0,7^{\circ}$. De los 21 pacientes incluidos en el estudio, a 20 se le realizó la revisión telefónica a las 24 h. de la primera valoración, sin que ninguno de ellos hubiera presentado fiebre o empeoramiento clínico durante ese periodo de tiempo. Todos los pacientes acudieron a la revisión programada a las 48 h. del diagnóstico y el inicio del tratamiento, objetivando una mejoría global de los parámetros analíticos de inflamación con un buen control del dolor y manteniéndose afebril en todos los casos. Ninguno de los pacientes a los que se ha tratado sin antibioterapia durante este periodo de tiempo ha precisado ingreso hospitalario, intervención quirúrgica urgente o el inicio de tratamiento antibiótico por fracaso de la terapia antiinflamatoria.

Conclusiones: Nuestros resultados avalan lo publicado hasta la fecha y reafirman la idea de que el tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada sin antibioterapia en pacientes seleccionados es segura y eficaz, sin haber encontrado mayores tasas de complicaciones, reingresos o necesidad de intervenciones quirúrgicas o radiológicas.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

TATUAJE ENDOSCÓPICO PREVIO A LA CIRUGÍA DE LESIONES COLÓNICAS. ¿QUÉ TÉCNICA ES LA MÁS EFICAZ PARA FACILITAR LA DETECCIÓN DE LA LESIÓN?

Ángela Arrayás Valverde; Ana Centeno Álvarez; David Barquero;
Verónica González Santín; Alejandro Blasco Pelicano; Jordi Castellví Valls;
Nuria Farreras Catasús; Ruth López González; Andrea Sanz Llorente. (*)

(*) Consorci Sanitari Integral. Hospitalet de Llobregat. Barcelona

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La localización durante la intervención de una lesión colónica previamente detectada por endoscopia puede resultar dificultosa. El tatuaje endoscópico facilita su localización, pero no existe evidencia científica suficiente sobre qué técnica de marcaje es la más adecuada. El objetivo es establecer la metodología y técnica de marcaje más apropiada a fin de incrementar la eficacia de su localización.

Material y métodos: Estudio piloto, prospectivo, randomizado de enero 2016 a diciembre 2018. Pacientes candidatos a cirugía colorectal previo marcaje de la lesión son aleatorizados en Grupo I (tatuaje en 2 puntos con 1ml de tinta china), G II (3 puntos con 1ml), G III (2 puntos con 1.5ml) G IV (3 puntos con 1.5ml). Se ha valorado la efectividad de localización intraoperatoria de la lesión.

Resultados: 189 pacientes con una edad media de 70,1 años (DE 10,8); hombres el 67,2%. Abordaje laparoscópico en 58,5% de los casos. El marcaje es visible en el 93,3% de los casos sin hallar diferencias significativas según el tipo de marcaje, abordaje quirúrgico y altura de la lesión. En el 73 % de los localizados el tatuaje se encontraba a < de 1 cm de la lesión y el resto se encontraban a < de 5 cm de la lesión en el 80%. Por tanto, la aproximación endoscópica es del 94,8% (de los visibles). No se detectaron complicaciones. En 7,9% de los casos el marcaje fue excesivo (extensión a peritoneo)

Conclusiones: El marcaje endoscópico de lesiones colónicas es un procedimiento eficaz y seguro independientemente de la técnica utilizada. Es recomendable la técnica de 2 puntos con 1ml por su simplicidad. La aproximación endoscópica en la localización definitiva de la lesión es muy fiable.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

RESECCIÓN COLORRECTAL POR ENDOMETRIOSIS: ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO A 12 AÑOS

María Antonia Lequerica Cabello ⁽¹⁾; Laura Lázaro García ⁽¹⁾;
Pere Barri Soldevila ⁽²⁾; Nuria Barbany Freixa ⁽²⁾; Carlota Vilarrubí Jordá ⁽²⁾;
Xavier Centeno Fornies ⁽³⁾; Raquel Sáez Redín ⁽¹⁾; Alicia Jiménez Mariscal ⁽³⁾;
Gonzalo Martín Martín ⁽³⁾.

(1) Quirúrgica Cirujanos Asociados. Hospital Universitario Dexeus. (2) Dexeus Mujer. Hospital Universitario Dexeus. (3) Quirúrgica Cirujanos Asociados.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La endometriosis es la presencia de tejido endometrial en localización extrauterina. La localización intestinal es una de las formas más severas, afectando a un 5.3-12% de los pacientes con esta patología, siendo la afectación rectosigmoidea la más frecuente. El objetivo de nuestro trabajo es describir la experiencia y seguimiento a 12 años de las pacientes con resección colorrectal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo que incluye 133 pacientes intervenidas entre enero 2008 y diciembre 2020. En todos los casos el equipo quirúrgico fue el mismo, integrado por ginecólogo, cirujano colorrectal y urólogo. Se analizan datos demográficos, clínicos, pruebas complementarias, quirúrgicos, morbilidad y seguimiento a 12 años.

Resultados: La edad media fue de 35.5 años (22-52). La clínica más frecuente fue dolor abdominal en 132 (99.2%) asociando dolor con la defecación 82 pacientes (61.6%). El diagnóstico se realizó mediante RMN pélvica en 128 casos (96.2%) y con ecografía 2/3D en 72 pacientes (54.1%). El procedimiento quirúrgico fue laparoscópico en 131 pacientes (98.4%). Se realizó rectosigmoidectomía en 123 pacientes (92.5%) e ileocecal en 17 casos (13.3%). 19 pacientes (14.2%) precisaron ileostomía de protección. La comorbilidad asociada a la resección colorrectal fue: 5 dehiscencias de sutura (3.7%) y 2 infecciones de herida (1.5%). Se ha realizado seguimiento en consulta y telefónico mediante cuestionario clínico y con LARS score. Número de deposiciones al día 1.8. 3 pacientes (2.2%) presentan dolor al defecar. No LARS 90 Pacientes (90%), Minor LARS 1 (0.7%) Major LARS 4 (3%). Grado de satisfacción 9.2

Conclusiones: La cirugía de endometriosis profunda con afectación intestinal es un procedimiento complejo pero seguro y con baja tasa de complicaciones en una unidad multidisciplinar especializada. El seguimiento a largo plazo demuestra buena función rectal, desaparición del dolor rectal y un grado de satisfacción de las pacientes excelente.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 SOBRE LA NEOPLASIA COLORRECTAL COMPLICADA

Ana Navarro Barles ⁽¹⁾; Félix Moreno Fernández ⁽¹⁾; Carla Morales Tugues ⁽¹⁾; Fátima Sabench Pereferrer ⁽¹⁾⁽²⁾; Joan Comes Vaello ⁽¹⁾; M^a Luisa Piñana Campon ⁽¹⁾; Santiago Blanco Blasco ⁽¹⁾; Antonio Sánchez Marín ⁽¹⁾.

(1) Hospital Universitari Sant Joan de Reus. (2) Universitat Pere Vigili.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La situación actual de la pandemia COVID19 ha provocado deficiencias en muchos ámbitos de nuestra sanidad y una de ellas ha sido el cribaje y circuitos de diagnóstico rápido del cáncer colorrectal. En 2020, durante la primera y segunda ola se vieron paralizados los programas de screening de cáncer colorrectal y, de igual modo, la actividad quirúrgica disminuyó en muchos servicios incluido el de Unidad de Diagnóstico Rápido. Algunos grupos del Reino Unido ya planteaban diferencias en la presentación de los casos en el 2020. Por ello, nuestra hipótesis es que la pandemia por Sars-COV-2 en nuestro medio ha afectado de forma directa e indirecta a la forma de presentación, diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal en los últimos dos años. El objetivo de este estudio es identificar el número de cirugías urgentes por neoplasia colorrectal complicada, su estadía, su modo de presentación y su opción terapéutica y compararlo con una serie de pacientes previa a la pandemia.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de cohortes unicéntrico, llevado a cabo en un hospital de segundo nivel, sobre los pacientes diagnosticados y tratados de cáncer colorrectal de forma urgente desde enero de 2019 hasta diciembre de 2021. Los pacientes se dividen en dos grupos según el año de intervención: Grupo 1: 2019 (grupo prepandemia) y Grupo 2: 2020 y 2021 (inicio de pandemia y pandemia establecida, respectivamente). Variables estudiadas: género, edad, localización de la neoplasia, forma de presentación, estadio tumoral, técnica quirúrgica realizada, reintervención, mortalidad y estancia hospitalaria.

Resultados: Durante el periodo de estudio se intervinieron de forma urgente a 81 pacientes con cáncer colorrectal complicado. Los tres años fueron comparables en cuanto a edad y género. La causa más frecuente de intervención urgente en paciente con neoplasia colorrectal fue en todos los años la oclusión intestinal. En el Grupo precovid existe un mayor número de neoplasias de sigma complicadas con respecto al Grupo 2 ($p=0,021$). Del mismo modo, también existe un mayor número de intervenciones tipo Hartmann (44% precovid y 14,3% covid $p=0,04$). En el año 2021 se han realizado más colostomías de descarga si lo comparamos con los 2 años anteriores, resultando estadísticamente significativo (32% vs 16%, $p=0,046$). No hay diferencias significativas en cuanto a mortalidad pre y postcovid pero sí en la aparición de complicaciones postoperatorias y reintervenciones siendo superiores durante la época de la pandemia.

Conclusiones: A pesar de que no se ha evidenciado un aumento de neoplasia en números absolutas, la pandemia por COVID-19 ha provocado en nuestro entorno el aumento de la incidencia neoplasias de colon y recto avanzadas necesitando muchas de ellas un cambio de algoritmo terapéutico a favor de las colostomías laterales en detrimento de la técnica de Hartmann; a su vez las complicaciones y reintervenciones derivadas de ello también han sido mayores todo ello debido en buena parte a la ausencia de programas de cribaje durante la mayor parte del año 2020.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”. Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL TRATAMIENTO DEL CCR EN EL HOSPITAL POVISA

Gabriel Enrique Matías Beteta; Rodrigo Kaibel Val; Diego Provedo del Valle;
Lisandro Hernández García; Raquel Vázquez Bouzán; Antonio Climent Aira. (*)

(*) Hospital Ribera POVISA. Vigo

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La COVID-19 se declaró pandemia el 11 de marzo de 2020. La sobrecarga asistencial por la enfermedad implicó una reducción en la detección de casos de CCR por medio del screening poblacional con la consecuencia de un incremento en el número de complicaciones. Observamos en nuestro centro un incremento en la colocación de stents por CCR obstructivo por lo que decidimos definir la cantidad de stents colocados pre y post pandemia y analizar la relevancia de su impacto.

Material y métodos: Se analizaron 465 pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva. Un primer grupo de 237 desde el 11 de mayo de 2018 al 10 de marzo de 2020, y un segundo de 228 desde el 11 de marzo de 2020 al 10 de enero de 2022. Quedando agrupados en un período equivalente de 22 meses alrededor de la fecha de inicio de la pandemia. Se realizó una revisión sistemática de todas las historias clínicas investigando la colocación de stents por CCR obstructivo, así como el tiempo entre su colocación y la cirugía definitiva. El análisis estadístico se realizó con SPSS Statistics 24.0 utilizando chi-cuadrado para variables “colocación de stent” y “sexo” así como T de Student para variables “edad” y “tiempo desde la colocación del stent hasta la cirugía”.

Resultados: Se registraron 5 stents en el período prepandemia suponiendo un 2,11% del total de pacientes intervenidos. En el período postpandemia se evidenció 11 stents, suponiendo un 4,82% del total de colectomías. El análisis estadístico no encontró diferencias significativas para este incremento. En cuanto al intervalo de tiempo entre la colocación del stent y la cirugía definitiva se encontró de media 16 y 25,55 días para los períodos pre y postpandemia respectivamente, sin encontrar significación estadística. Se valoraron la edad y sexo de los pacientes, encontrándose una diferencia significativa para la variable sexo, con mayor predominio de mujeres que requirieron stent en el período postpandemia. La edad media no cambió entre períodos.

Conclusiones: En nuestro centro se observó un aumento de casos de CCR obstructivo que ameritaron colocación de stent de forma urgente como puente a la cirugía, posterior al inicio de la pandemia. La valoración inicial fue de ser resultado del impacto de la enfermedad sobre el sistema sanitario en correlación con lo reportado globalmente, con retrasos en el screening y de menor asistencia por parte de los pacientes a los centros de salud. Nuestro análisis no demostró que este incremento resultara ser significativo y que la programación de dichos pacientes para colectomía electiva no sufrió retrasos en contra de lo previsto dadas las observaciones iniciales. Las mujeres representaron la mayoría de casos de stent postpandemia, que pudiera explicarse por una mayor tendencia a asistir a los servicios sanitarios si bien haría falta mayor información para conocerlo. Es posible que otras variables no analizadas como mayor mortalidad pudieran explicar por qué no hemos notado un aumento significativo de colocación de stents. También resultaría de importancia evaluar cambios en el estadiaje TNM entre ambos períodos. Resulta evidente que la realidad cambia dependiendo de cada centro y comunidad, y es por eso importante hacer una revisión objetiva de los datos para determinar el verdadero efecto que ha ejercido el contexto epidemiológico en la atención de nuestros pacientes.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

UTILIDAD DE RECONSTRUCCIÓN 3D MEDIANTE ALGORITMOS MATEMÁTICOS PARA LA VALORACIÓN DE INFILTRACIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS Y LA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA EN EL CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO Y LA RECIDIVA PÉLVICA

Álvaro García-Granero ⁽¹⁾; Sebastián Jeri-McFarlane ⁽¹⁾; Jorge Sancho Muriel ⁽²⁾;
Vicent Primo Romaguera ⁽²⁾; Gianluca Pellino ⁽³⁾; Blas Flor Lorente ⁽²⁾;
Margarita Gamundi Cuesta ⁽¹⁾; Francesc Xavier González Argente ⁽¹⁾.

(1) Hospital Universitario Son Espases. (2) Hospital Universitario y Politécnico la Fe. (3) Hospital Universitario Vall d'Hebron.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La resección tipo R0 o márgenes quirúrgicos libres de infiltración es el factor clave para aumentar la supervivencia en el cáncer de recto localmente avanzado y la recidiva pélvica. La resonancia magnética (RM) es la técnica de elección para valorar la infiltración de estructuras vecinas y así decidir la mejor estrategia quirúrgica. Para neoplasias de recto localmente avanzadas, el valor predictivo negativo de infiltración es del 94%, sin embargo, muestra un valor predictivo positivo del 54%. En el caso de recidivas pélvicas, la exactitud diagnóstica es del 50-60%. Los objetivos del presente estudio son mostrar la utilidad de un modelo matemático de reconstrucción 3D (MM3D) para conseguir resecciones R0 y comparar la exactitud diagnóstica entre la RM y MM3D respecto a la infiltración de estructuras vecinas en el cáncer de recto localmente avanzado y la recidiva pélvica.

Material y métodos: Estudio prospectivo en dos centros de referencia desde enero 2020 a enero 2022. Se empleó MM3D en doce pacientes intervenidos por neoplasia de recto localmente avanzada o recidiva pélvica. Comparación de informe radiológico mediante RM con el informe de MM-3D respecto a la infiltración de estructuras vecinas. El resultado de las dos técnicas fue evaluado mediante el informe anatomopatológico definitivo (AP).

Resultados: Los doce pacientes fueron adenocarcinoma, 7 neoplasias de recto localmente avanzada y 5 recidivas pélvicas. En 16% de los casos existió una concordancia diagnóstica total entre la RM y el MM3D. En 1 paciente se realizó resección anterior de recto, en 4 pacientes resección en bloque extendida a estructuras vecinas y en 7 pacientes una exenteración pélvica. El 75% de las piezas quirúrgicas fueron clasificadas como R0. La exactitud diagnóstica para infiltración de estructuras vecinas de la RM fue del 33% mientras que del MM3D fue del 91%.

Conclusiones: Un método de reconstrucción 3D basado en algoritmos matemáticos puede ser útil para mejorar la exactitud diagnóstica de la RM respecto a la valoración de infiltración de estructuras vecinas en el cáncer de recto localmente avanzado y la recidiva pélvica.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

IMPACTO DE LAS ILEOSTOMÍAS DE PROTECCIÓN EN LA CIRUGÍA DE RECTO

Rodrigo Kaibel Val; Diego Provedo del Valle; Gabriel Matías Beteta; Lisandro Hernández García;
Alfredo Estévez Diz; Antonio Climent Aira; Raquel Vázquez Bouzán. (*)

(*) Hospital Ribera POVISA. Vigo

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Pese al perjuicio que suponen las dehiscencias de anastomosis en el recto, las ileostomías de protección no están exentas de morbi-mortalidad, de aumento de estancia, de asistencias a Urgencias, reingresos, y de necesidad de una segunda cirugía para la reconstrucción del tránsito. El objetivo principal de esta serie es comparar la tasa global de eventos adversos (EA) asociada a las ileostomías de protección frente a los pacientes que no la tienen. Como objetivos secundarios se establecen analizar las diferencias en el tiempo quirúrgico, el tiempo de estancia hospitalaria, la necesidad de estancia en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), las asistencias a Urgencias, los reingresos en el hospital en cualquier servicio y en Cirugía General, y las reintervenciones, así como las diferencias entre los EA según la gravedad y por cada EA individualmente.

Material y métodos: Se analizaron 75 pacientes con cirugía rectal con anastomosis entre octubre de 2017 y octubre de 2019, 36 con ileostomía de protección (grupo "ileostomía") y 39 que no (grupo "no ileostomía"), buscando EA y el resto de objetivos secundarios durante su estancia hospitalaria y los 3 meses siguientes al alta. Los EA fueron catalogados según su gravedad siguiendo la clasificación de Dindo-Clavien. Se consideraron "leves" los EA grado I y II de la clasificación Dindo-Clavien, y "graves" los grado III, IV y V. El análisis estadístico realizado consistió en chi-cuadrado, T de Student y U de Mann-Whitney, con el programa SPSS Statistics 24.0.

Resultados: Los 2 grupos fueron similares en cuanto a sus características basales salvo por el tratamiento con neoadyuvancia (p-valor 0'000), mayor en el grupo "ileostomía". No hubo diferencias en cuanto a la vía de acceso ni en cuanto al manejo post-operatorio. El grupo "ileostomía" presentó de media mayor cantidad de EA globales y leves que el grupo "no ileostomía" (4'39 vs 2'64 EA globales, p-valor 0'041, y 3'81 vs 2'15 EA leves, p-valor 0'010). No hubo diferencias en cuanto a los EA graves (p-valor 0'721). El análisis individual de cada EA mostró diferencias en cuanto a la obstrucción intestinal, la estenosis o torsión del estoma, la dermatitis química por estoma y la hematuria no debida a sondaje vesical traumático (p-valor 0'004, 0'004, 0'025 y 0'008, respectivamente). No hubo diferencias en cuanto a la tasa de dehiscencia de anastomosis, sepsis de origen abdominal, ni fracaso renal agudo, entre otros EA. El tiempo quirúrgico, la asistencia a Urgencias, los reingresos en el hospital y los reingresos en Cirugía General a los 3 meses del alta fueron todos mayores en el grupo "ileostomía" (p-valor de 0'004, 0'021, 0'006, 0'002, respectivamente). No hubo diferencias en los días de estancia media, en la necesidad estancia en UCI, ni en las reintervenciones (p-valor 0'295, 0'250 y 0'469, respectivamente).

Conclusiones: La ileostomía de protección en pacientes cirugía rectal con anastomosis supone un aumento de los EA a costa de los EA leves, con un aumento de las asistencias a Urgencias y reingresos en cualquier servicio, incluido en Cirugía General, durante los 3 primeros meses tras el alta, así como aumento del tiempo quirúrgico, sin que parezca disminuir la tasa de dehiscencia de anastomosis ni sepsis abdominal.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal". Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

RESECCIÓN SIMULTÁNEA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA DEL CÁNCER COLORRECTAL Y LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS SINCRÓNICAS. SERIE DE CASOS UNICÉNTRICA

José María García González; Arkaitz Perfecto Valero; Jorge Cervera Aldama; Marta Santamaría Olabarrieta; Mikel Prieto Calvo; María Arana de la Torre; Teresa Pascual Vicente; Andrés Valdivieso López; Mikel Gastaca Mateo. (*)

(*) Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bizkaia

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Durante los últimos años se han consolidado las resecciones colorrectales y las hepatectomías por vía laparoscópica. En pacientes altamente seleccionados la resección simultánea laparoscópica (RSL) del cáncer colorrectal (CCR) y las metástasis hepáticas (MH) sincrónicas puede ser una estrategia segura. Sin embargo, las comunicaciones sobre RSL son escasas. El objetivo es comunicar los resultados en términos de morbilidad y supervivencia a corto y medio plazo derivados de nuestra experiencia en RSL, recientemente publicada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y unicéntrico sobre los pacientes intervenidos de RSL entre los años 2009 y 2019. Todos los casos fueron evaluados por un Comité Multidisciplinar. Se excluyeron de indicación los pacientes ASA IV, ECOG ≥ 2 , hepatectomías mayores (≥ 3 segmentos), CCR sintomático y los tumores de recto bajo. La dificultad de resección hepática se estimó mediante el Iwate Score Index. Las complicaciones postoperatorias se gradaron según la clasificación de Dindo-Clavien. Para el análisis estadístico se empleó el programa R (versión 4.0.1).

Resultados: Un total de 17 pacientes contaron con intención de tratamiento mediante RSL. Dos casos fueron excluidos por hallazgo de carcinomatosis peritoneal y resultado patológico de adenoma hepático. Finalmente 15 pacientes fueron incluidos en el estudio. Solo un tercio de los CCR fueron tumores rectales, y ninguno de ellos era de recto bajo. El número total de MH tratadas fue de 21. El 86,6% presentaban MH única, con una mediana de tamaño de 20 mm (r8-69) y una dificultad de resección baja o intermedia. Las resecciones hepáticas incluyeron una seccionectomía lateral izquierda (SLI), una resección anatómica del segmento VI y 13 casos de resecciones no anatómicas: 11 tumorectomías únicas y 2 múltiples, una de ellas asociada a ablación por radiofrecuencia de una MH profunda. La mediana de tiempo operatorio fue de 300 minutos (r180-410), y 5 pacientes (33%) requirieron maniobra de Pringle intermitente (promedio $38,75 \pm 12,5$ minutos). Tres pacientes (20%) presentaron complicaciones mayores: una fuga anastomótica (Dindo-Clavien 3b), una fuga biliar (3b), y una colección en el lecho de metastasectomía (3a). La mediana de estancia hospitalaria fue de 7 días (r4-35), se completó el protocolo ERAS en el 73,3%, y solo un paciente (6,6%) requirió reingreso (Dindo-Clavien 2). De los 10 pacientes que presentaron progresión tumoral, 8 recibieron rescate quirúrgico con intención curativa. En cinco se practicó re-resección hepática, siendo un caso una SLI laparoscópica, 2 pacientes recibieron resección pulmonar y un paciente requirió exéresis ganglionar en el origen de la vena mesentérica inferior. Tras una mediana de seguimiento de 24 meses (r7-121) la supervivencia libre de enfermedad a 1, 2 y 3 años fue del 58%, 36% y 24%, comparable a la comunicada en series unicéntricas con similar número de pacientes mientras que la supervivencia global a 1, 2 y 3 años fue del 92,3%, dato notable respecto a lo publicado en otras series de RSL, resección simultánea abierta o estrategias inversas (liver first).

Conclusiones: La RSL del CCR y las MH sincrónicas es técnicamente factible en pacientes seleccionados, sin un incremento significativo de la morbimortalidad y con aceptables resultados oncológicos.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”. Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

FIABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA POST-NEOADYUVANCIA EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO

Alba Correa Bonito ⁽¹⁾; Carlos Cerdán Santacruz ⁽²⁾; Lara Blanco Terés ⁽²⁾; Livia Delgado Búrdalo ⁽²⁾; Ester Martínez Negro ⁽¹⁾; Felipe Acedo Fernández de Pedro ⁽¹⁾; Ana Rodríguez Sánchez ⁽²⁾; Javier García Septiem ⁽²⁾; Elena Martín Pérez ⁽²⁾.

(1) Hospital Universitario Fundación Alcorcón. (2) Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Analizar la precisión diagnóstica de la resonancia magnética (RM) postneoadyuvancia en pacientes intervenidos por cáncer rectal localmente avanzado tras neoadyuvancia, y valorar la contribución de esta herramienta en el manejo de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro centro por cáncer de recto localmente avanzado tras neoadyuvancia. Periodo de estudio del 1 de enero 2014 al 31 de diciembre 2020. Las variables analizadas fueron: la estadificación radiológica y el grado de afectación del margen circunferencial basal y tras la neoadyuvancia, la altura del tumor respecto al margen anal y el diagnóstico anatomopatológico postquirúrgico. Se ha realizado un estudio de sensibilidad, especificidad y fiabilidad diagnóstica para la T y la N tras neoadyuvancia.

Resultados: 115 pacientes fueron intervenidos mediante cirugía radical de cáncer de recto tras radioterapia neoadyuvante, de los cuales al 89,6% (N=103) se les realizó RM de reestadificación (RM-r), obteniendo los siguientes resultados en cuanto a la fiabilidad diagnóstica: pT2: (N=19), con una sensibilidad (S) del 57,9%, una especificidad (E) del 66,7% y una fiabilidad diagnóstica (FD) del 65,05%. pT3: (N=63), S 52,4%, E 75% y FD 61,17%. pN+: (N=32), S 56,3% E 71,8% y FD 66,99%. La FD global de la RM-r es de 48,5%. De los 103 pacientes reevaluados, el 12,6% (N=13) presentó una respuesta clínica completa (RCC), de los cuales, únicamente en 4 se confirmó la respuesta patológica completa (RPC); por otro lado, en los otros 7 pacientes con RPC, la RM-r sobreestadifica los hallazgos: S 36,4%, E 90,2%, FD 84,5%. Se realiza un estudio comparativo de las curvas ROC en los cuatro grupos (pT2, pT3, pN+ y RCC) obteniendo una mayor área bajo la curva para la identificación de adenopatías sospechosas. Analizamos la presencia del margen de resección circunferencial (MRC) afecto en la RM diagnóstica (RM-d) y en la RM-r, observando que de los 44 pacientes con MRC afecto en la RM-d (42,7%), 21 continúan presentando el MCR afectado en la RM-r. Este dato no se ha traducido en un número mayor de pacientes con margen radial afecto (R1) en este grupo frente a aquellos en los que el MRC estaba libre en la RM-r (9,5% vs. 6,25% de R1; $p > 0,05$).

Conclusiones: Podemos concluir que la realización sistemática de una RM-r no parece aportar información complementaria en estadios intermedios (T2-T3) que influya en un cambio del manejo terapéutico. En los casos de sospecha de MRC afecto, a pesar de su limitada precisión, podría contribuir a una mejor planificación quirúrgica en algunos casos, aumentando el índice de resecciones R0. Del mismo modo, sería recomendable su realización en pacientes con tumores distales en que planteemos un tratamiento no quirúrgico mediante protocolo de “watch and wait” para contribuir a seleccionar los pacientes con RCC. No obstante, dada su baja sensibilidad en nuestra serie, habría que estudiar complementar mediante PET-TAC o ecografía endorrectal la evaluación de la respuesta radiológica en estos casos.



Comunicaciones científicas orales

EVOLUCIÓN DE LA CONFECCIÓN DE LA COLOSTOMÍA TERMINAL Y PAPEL DE LA MALLA PROFILÁCTICA INTRAPERITONEAL EN LA PREVENCIÓN DE LA HERNIA PARAESTOMAL. ESTUDIO UNICÉNTRICO PROSPECTIVO COMPARATIVO DE TRES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN UNA MISMA UNIDAD DE CIRUGÍA COLORRECTAL

Ángela Arrayás Valverde; Ana Centeno Alvarez; Jaume Comas Isus; Verónica González Santín; Nuria Farreras Catasús; Luis Ortiz de Zárate; Josep María Mullerat Prat; Jordi Castellví Valls
Consorti Sanitari Integral. (*)

(*) Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La incidencia de hernia paraestomal (HP) oscila entre el 20-54% tras la cirugía electiva del recto (así ya saben de qué estamos hablando) y su reparación no está exenta de riesgos. Nuestro objetivo es comparar la incidencia de hernia paraestomal en la colostomía asociada a malla intraperitoneal profiláctica (MIP, Grupo I), la técnica extraperitoneal (EP, Grupo II) y la técnica clásica transperitoneal (TP, Grupo III).

Material y métodos: Estudio unicéntrico, prospectivo, comparativo de una serie consecutiva de casos con confección de colostomía terminal asociada a colocación de una malla profiláctica intraperitoneal (13 pacientes, Grupo I), con dos cohortes históricas en los que se llevó a cabo la técnica EP (35 pacientes, Grupo II) y TP (32 pacientes, Grupo III). Análisis descriptivo y comparación de los datos demográficos, complicaciones postoperatorias relacionadas con el estoma, días hasta el inicio de tránsito intestinal, y estancia hospitalaria. Análisis comparativo de la aparición de HP a largo plazo mediante valoración clínica y radiológica.

Resultados: La incidencia de hernia paraestomal fue de 7'69, 40 y 85% respectivamente en los tres grupos ($p=0,0002$, e.s.), y con una media de tiempo de seguimiento hasta la aparición de la misma de 18 (+/- 2), 11 (+/- 7'4) y 6'17 (+/- 3'3) respectivamente, en los tres grupos ($p=0,02$, e.s.). No se hallaron diferencias significativas en cuanto a complicaciones en el postoperatorio inmediato, días de hospitalización o seguimiento a corto plazo. En el análisis de regresión no se identificaron otros factores, aparte de la técnica quirúrgica, relacionados con la aparición de la HP.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, tanto la confección de una colostomía por vía preperitoneal como el uso de malla profiláctica intraperitoneal son técnicas seguras y reproducibles, si bien está última es más sencilla técnicamente. Ambas técnicas pueden conllevar una reducción en la incidencia de la hernia paraestomal.



Comunicaciones científicas orales

¿ES LA NMTP UN TRATAMIENTO DEFINITIVO PARA LA INCONTINENCIA ANAL? RESULTADOS A MEDIO-LARGO PLAZO

Álvaro Gancedo Quintana; Ramón Sanz Ongil; Elena Bermejo Marcos; Carlos Cerdán Santacruz; Ana Rodríguez Sánchez; Lara Blanco Terés; Javier García Septiem; Elena Martín Pérez. (*)

(*) Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La neuromodulación del nervio tibial posterior (NMTP) es una terapia no invasiva empleada en el tratamiento de la incontinencia fecal. El objetivo de nuestro estudio es evaluar su eficacia en el seguimiento a largo plazo.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados mediante NMTP por incontinencia fecal entre los años 2015-2019. Se analizaron antecedentes proctológicos y obstétricos. Se evaluó la continencia de los pacientes mediante la escala de incontinencia de la Cleveland Clinic (CCIS) y Vaizey. Se compararon los pacientes según se objetivara daño esfintérico o no en la ecografía endoanal. La técnica se llevó a cabo en dos fases de tratamiento: una primera fase de 12 sesiones semanales consecutivas y, sólo en caso de obtener una mejoría mayor del 50% en el test de Vaizey, una segunda fase de 7 sesiones más espaciadas en el tiempo. De acuerdo con la literatura, se consideró fracaso del tratamiento el hecho de no alcanzar una mejoría >50% respecto a los test basales, o requerir algún procedimiento adicional posterior para mejorar la continencia.

Resultados: Se analizaron 19 pacientes con una mediana de edad de 63 años (54-69) en el momento del comienzo del tratamiento, siendo un 68,4% (13) mujeres. El 31,6% (6) tenía antecedentes de cirugía anorrectal. El 100% de las mujeres presentaron antecedentes de partos, de las cuales cuanto a las alteraciones objetivables en la ecografía endoanal, el 38,9% (7) de los pacientes no presentaron alteraciones, el 33,3% (6) lesión en el esfínter anal externo, el 5,6% (1) lesión en el esfínter anal interno y el 22,2% (4) defecto doble. Los pacientes presentaron una mediana basal de puntuación en la escala CCIS de 13 (10-15) y en la de Vaizey de 14 (9-16). Al finalizar la primera fase de tratamiento, la mediana de mejoría de la escala CCIS respecto al basal fue del 40% (27,9-83,3) mientras que en la de Vaizey fue del 50% (30-71,4). En los 12 pacientes (63,2%) que finalizaron las 2 fases, la mediana de mejoría de la escala CCIS fue del 78,5% (30,5-93,3) y la de Vaizey fue del 53,3% (29,8-82,3). La mediana de seguimiento fue de 32 meses (25-70,5) desde el final de la terapia, perdiéndose 2 pacientes. El 88,2% (15) de los pacientes presentó fracaso del tratamiento, de los cuales en 4 hubo una pérdida de eficacia temprana que hizo necesarios otros tratamientos: a 2 de ellos les fue implantado un neuromodulador de raíces sacras y los otros 2 se trataron mediante la implantación de bulking agents. Los 11 pacientes restantes presentaron fracaso durante el seguimiento al no conseguir un porcentaje de mejoría en las escalas >50%. Sólo 2 pacientes mantuvieron la mejoría alcanzada con el tratamiento de forma precoz. Al final del seguimiento la mediana de mejoría total en la escala de CCIS respecto al basal fue de 10% (-,5-37,3) y en la de Vaizey fue de -11,1% (-50-35,7). Tras comparar a los pacientes con daño esfintérico frente a los pacientes con ecografía endoanal normal no observamos diferencias en sus antecedentes ni en sus características basales, ni tampoco en la tasa de fracaso del tratamiento, con un 80% (8) en pacientes con daño esfintérico y un 100% (6) en los pacientes sin afectación ($p=0,50$).

Conclusiones: A la vista de nuestros resultados en una serie corta de pacientes, cabría pensar que la NMTP no puede ser considerada como un tratamiento definitivo o a largo plazo de incontinencia anal, dada su alta tasa de fracasos a medida que aumenta el tiempo de seguimiento.



Comunicaciones científicas orales

EXPERIENCIA EN IRRIGACIÓN TRANSANAL CON PERISTEEN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO

Francisco Javier Fernández Pablos; Natalia Ortega Machón; Unai de Andrés Olabarría; Izaskun Badiola Bergara; Irune Vicente Rodríguez; Josune Etxabe Gurrutxaga; María Hidalgo Pinilla; Vicente Portugal Porras; Francisco Javier Ibáñez Aguirre. (*)

(*) Hospital Universitario Galdakao. Bizkaia.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La irrigación transanal permite la evacuación de heces del colon distal y el recto lo cual permite un control sobre el tránsito intestinal que tiene indicación en el tratamiento de el LARS, en la incontinencia fecal y en el estreñimiento. El sistema Peristeen permite una irrigación con mayor volumen de agua y ocupa su lugar en el algoritmo terapéutico tras el fracaso de las medidas higiénico-dietéticas y el biofeedback y previo a la neuroestimulación de raíces sacras. El objetivo principal de nuestro estudio es conocer el impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Material y método: De un total de 21 pacientes, 12 mujeres y 9 hombres de una media de 63.9 años, 12 pacientes LARSA, 7 de incontinencia y 2 de estreñimiento. A los que se realiza una escala de gravedad previa al tratamiento, así como un cuestionario de calidad de vida dirigido a su patología que hemos repetido una vez iniciado el tratamiento.

Resultados: Con un periodo de tratamiento medio de 1 año se observan importantes mejorías en cuanto a calidad de vida con una puntuación de casi el doble según los ítems. En el caso del LARS esta mejoría es más evidente y menos en el estreñimiento. El periodo transcurrido entre la intervención restablecedora del tránsito intestinal y el inicio del tratamiento del Peristeen ha sido de alrededor de 1 año y medio. Se han producido 5 abandonos terapéuticos: 1 por mejoría de la sintomatología, otra por ineficacia del tratamiento, que termina tratándose con neuroestimulación sacra y los otros por cuestiones relacionadas con dificultades técnicas: heces pastosas, dolor y sangrado con la colocación de la cánula, etc.

Conclusión: Hemos observado una mejoría en cuanto a la calidad de vida de los pacientes, sobre todo en el LARS, aunque serán necesarios nuevos estudios para determinar dicha mejoría. Y la mayoría de los abandonos se han relacionado en mayor o menor medida con cuestiones técnicas incluso aun habiendo experimentado mejoría en las puntuaciones de calidad de vida.



Comunicaciones científicas orales

RECONSTRUCCIÓN DEL HARTMANN: ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS DE LA TÉCNICA ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA

Alicia Alvarellos Pérez ⁽¹⁾; Patricia Tejedor Togores ⁽²⁾; Carlos Sánchez Justicia ⁽¹⁾;
Jorge Arredondo Chaves ⁽¹⁾; Jorge Baixauli Fons ⁽¹⁾; Carlos Pastor Idoate ⁽¹⁾.

(1) Clínica Universidad de Navarra. (2) Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La intervención de Hartmann sigue siendo un recurso habitual en el ámbito de la cirugía colorrectal de urgencia. Se trata de una intervención quirúrgica compleja, con elevados porcentajes de morbi-mortalidad, motivo por el que menos del 50% de estos pacientes se someten posteriormente a una reconstrucción del Hartmann. La técnica mínimamente invasiva ha demostrado múltiples ventajas frente a la cirugía abierta; sin embargo, la reconstrucción del Hartmann por vía laparoscópica (RHLap) es una cirugía compleja y técnicamente demandante, con un porcentaje de conversión cercano al 50%, por lo que no se ha popularizado su uso para esta intervención. El objetivo de este estudio es comparar los resultados postoperatorios de los pacientes sometidos a reconstrucción del Hartmann mediante cirugía abierta (RHAb) y RHLap.

Material y métodos: Estudio unicéntrico observacional, seleccionando pacientes consecutivos sometidos a cirugía de reconstrucción del Hartmann tras intervención de Hartmann previa. La población a estudio fue dividida en dos grupos, RHAb y RHLap. Se ha considerado reconstrucción precoz del tránsito si se ha realizado en un periodo menor a 6 meses. Más de 6 meses se ha considerado una reconstrucción tardía.

Resultados: Un total de 47 pacientes fueron intervenidos para la reconstrucción del Hartmann, de los cuales 34 fueron RHLap (72%) y 13 RHAb (28%); mediana edad 66 años (58-71), 57% hombres, mediana IMC 26 (22-29) Kg/m². La causa más frecuente de la intervención de Hartmann fue la diverticulitis (38%), seguido de dehiscencia anastomótica (26%). A 12 pacientes (26%) se les reconstruyó el tránsito de forma precoz. Del grupo RHLap, un total de 23 casos de los 34 (68%) tenían una intervención de Hartmann previa abierta; los restantes 11 (32%) habían sido por técnica laparoscópica. En 5 casos (14%) fue necesaria la conversión a cirugía abierta. En el grupo RHAb, todos los casos (13 pacientes) habían sido intervenidos por técnica abierta. El tiempo quirúrgico fue mayor en el grupo RHLap (250 vs. 170 min abierta, $p < 0,001$). No se encontraron diferencias entre ambos grupos en la estancia hospitalaria (6 (5-8) días grupo RHLap vs. 6 (5-9) días RHAb, $p = 0,46$). Al analizar las complicaciones postoperatorias, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (17,6% RHLap vs. 15,4% RHAb, $p = 1$), pero sí diferencias clínicamente relevantes entre aquellos pacientes reconstruidos de forma precoz (8,3% vs. 20%, en la reconstrucción tardía, $p = 0,65$) y en aquellos con $IMC > 27$ Kg/m² (23,5% vs. 13,3% en $IMC < 27$, $p = 0,43$). El motivo de la realización de la intervención del Hartmann no ha tenido influencia en las complicaciones postoperatorias. El porcentaje de eventración fue menor en el grupo de RHLap (14,7% vs. 30,8%, $p = 0,39$).

Conclusiones: En nuestra experiencia, una intervención de Hartmann mediante cirugía abierta no constituye una contraindicación a la hora de planificar una RHLap. Hacerlo de manera precoz parece disminuir las complicaciones postoperatorias. Son necesarios estudios con un mayor número de pacientes para establecer las ventajas de la RHLap en cuanto a la disminución de la morbilidad.



Comunicaciones científicas orales

RESECCIÓN INTRACORPÓREA Y ANASTOMOSIS TÉRMINO-TERMINAL EN CIRUGÍA DE COLON IZQUIERDO. ESTUDIO DE COHORTES ENTRE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA. FASE IIA PROYECTO IDEAL

Anna Serracant Barrera; Laura Mora López; Anna Pallisera Lloveras; Albert García Nalda; Mariana Caraballo Angeli; Oriol Pino Pérez; Enrico Marrano; Victoria Lucas; Xavier Serra Aracil. (*)

(*) Hospital Universitari Parc Tauli. Sabadell.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El análisis de seguridad y viabilidad de la anastomosis intracorpórea en la cirugía de colon izquierdo, tanto mediante el abordaje laparoscópico como robótico, enmarcado en la fase IIa del proyecto IDEAL. El objetivo secundario es apreciar posibles diferencias a corto plazo entre la cirugía laparoscópica versus la robótica.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de cohortes comparado entre el abordaje laparoscópico y el abordaje robótico en la cirugía de colon izquierdo, sigma y recto alto mediante resección y anastomosis intracorpórea Término-Terminal. Tras los criterios de inclusión y exclusión de pacientes, se describen las variables demográficas, preoperatorias, quirúrgicas y postoperatorias globales, de la cirugía laparoscópica y robótica. Análisis comparado de las dos técnicas en todas las variables previamente descritas.

Resultados: Fueron incluidos en el estudio 71 pacientes, 38 con abordaje laparoscópico (LLC) y 33 con abordaje robótico (RLC). En las variables demográficas no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. En las variables quirúrgicas, el tiempo quirúrgico mediano en la LLC fue de 197 min (IQR) vs. 250 min (IQR) en RLC siendo estadísticamente significativo. En las complicaciones postoperatorias, se apreciaron en la RLC una menor morbilidad relevante (Clavien-Dindo > II) y Comprehensive Complication Index con diferencias estadísticamente significativas. Los resultados patológicos fueron similares en los dos abordajes.

Conclusión: La resección y anastomosis intracorpórea laparoscópica y robótica, es una técnica factible y segura, con similares resultados quirúrgicos, postoperatorios y patológicos y con una menor tasa de complicaciones postoperatorias relevantes en el grupo LRC. Este estudio permite establecer el paso al estadio IIb del marco IDEAL.



Comunicaciones científicas orales

¿SABEMOS CUÁNDO Y A QUÉ DISTANCIA EVALUAMOS EL VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA COLORRECTAL? MEDICIÓN CUANTITATIVA MEDIANTE EL PROGRAMA SERGREEN

Albert García Nalda; Victoria Lucas Guerrero; Xavier Serra Aracil; Laura Mora López; Anna Pallisera Lloveras; Anna Serracant Barrera; Mariana Caraballo Angeli; Salvador Navarro Soto. (*)

(*) Hospital Universitari Parc Tauli. Sabadell.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La dehiscencia de sutura es una complicación postoperatoria temida por la gran morbimortalidad asociada. Una correcta vascularización intestinal es fundamental para prevenirla. El verde de indocianina (ICG) es uno de los métodos para evaluar la vascularización. Normalmente se analiza subjetivamente. Para determinar el grado de vascularización objetivamente hemos diseñado el programa SERGREEN. No existen descripciones previas en la literatura que indiquen en qué momento, tras la administración del ICG, se debe evaluar la fluorescencia de los tejidos ni a qué distancia realizar la medición. El objetivo de este estudio es establecer el momento y la distancia óptimos para analizar la saturación de fluorescencia del ICG.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes intervenidos, por vía laparoscópica, de cirugía electiva colorrectal. Muestra de 20 pacientes (10 colon derecho y 10 colon izquierdo) para determinar el momento óptimo. Para determinar la distancia, se analizan 10 pacientes. Administración intravenosa de ICG y determinación cuantitativa de la vascularización del colon mediante SERGREEN; se emplea la codificación RGB. Se ha analizado la curva de intensidad del ICG desde su administración hasta los 10 minutos. La distancia se ha medido a 1,3 y 5 cm.

Resultados: La intensidad de fluorescencia va aumentando tras la administración del ICG hasta los 1,5 minutos (112,49 en colon derecho y 93,95 en izquierdo), después existe un periodo de tiempo donde se mantiene con valores bastante estables hasta los 3,5 minutos (98,49 en derecho y 83,35 en izquierdo). Posteriormente va disminuyendo progresivamente. La saturación de ICG es inversamente proporcional a la distancia de la óptica al tejido. La distancia más adecuada es 5cm, donde el intervalo de confianza es más estrecho [IC 86,66 – 87,53].

Conclusiones: El momento óptimo para determinar el ICG en el colon es entre 1,5 y 3,5 minutos, tanto en colon derecho como en izquierdo. La distancia óptima es de 5cm. Esta información permitirá establecer parámetros de comparación en situaciones de normalidad y patología.



Comunicaciones científicas orales

VALIDACIÓN DE VALORES DE PCR Y PCT EN EL ESTUDIO DE LA DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS

Miguel Cuende Díez; Álvaro Landeras López; Yennifer Tatana Moreno Salazar;
José David González Esteban; Melanie Morote González; Cristina Rey Valcárcel;
Paula Dujovne Lindenbaun; Luis Miguel Jiménez Gómez. (*)

(*) Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Validar los valores de PCR y de la PCT como forma de detección precoz de dehiscencia de anastomosis como de "alta segura" al 3º o 4º día del postoperatorio en cirugías con anastomosis intestinal.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de cohorte prospectiva que incluyen a todos los pacientes operados en la unidad de cirugía colorrectal del H.G.U. Gregorio Marañón (Madrid) con al menos una anastomosis intestinal desde febrero 2019 hasta septiembre 2021.

Resultados: Analizamos un total de 670 pacientes de los cuales 41 tuvieron dehiscencia de anastomosis durante el postoperatorio. En nuestra muestra observamos que tanto la PCR como la PCT elevadas se asocian con la dehiscencia de anastomosis en el postoperatorio, ($p < 0.000$). Un valor superior en cualquiera de los dos reactantes de fase aguda implica una búsqueda proactiva para el diagnóstico precoz de la dehiscencia de anastomosis mediante TC. Inicialmente establecemos basados en la bibliografía como punto de corte para la PCR o la PCT al 3-4º día del postoperatorio un valor de 15mg/dl o 0.65 ug/L respectivamente. Fijar unos valores de PCR de 15mg/dl y/o PCT de 0.65 ug/L nos permite obtener una $S=0.78$, $E=0.796$, $VPP=0.2$ y $VPN=0.982$ para el diagnóstico de dehiscencia de anastomosis. Si calculamos en cada paciente los valores de sensibilidad y especificidad basados en la PCR y la PCT para el diagnóstico de la dehiscencia el punto de corte con mejor VPN sin perjudicar al VPN sería $PCR \geq 12\text{mg/dl}$ y/o $PCT \geq 1,2 \text{ ug/L}$. De esta manera obtendríamos una $S=0.829$, $E=0.788$, $VPP=0.203$ y $VPN=0.986$. Con el punto de corte PCR-PCT (15-0.65) observamos que se producen 3 dehiscencias en pacientes que ya se había ido de alta y que reingresaron por este motivo. Sin embargo, con el nuevo punto de corte PCR-PCT (12-1.2) seguirían produciéndose 2 dehiscencias sin haber sido estudiadas durante el ingreso mediante prueba de imagen.

Conclusiones: En nuestra serie el punto de corte $PCR > 15\text{mg/dL}$ y $PCT > 0,65\text{ug/L}$ permite obtener un VPP y VPN casi idéntico al del valor hipotético que más optimiza el VPN sin perjudicar al VPP. Consideramos que este punto de corte para el descarte de la dehiscencia de anastomosis en el postoperatorio es el idóneo a seguir en los protocolos de los pacientes postoperados con anastomosis intestinal.



Comunicaciones científicas orales

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

Gabriel Enrique Matías Beteta; Kaibel Val, Rodrigo; Provedo del Valle, Diego;
Hernández García, Lisandro; Vázquez Bouzán, Raquel; Climent Aira, Antonio. (*)

(*) Hospital Ribera POVISA. Vigo.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El tratamiento del cáncer de recto ha cambiado significativamente. El desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas y 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.

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 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. 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 quimio-radioterapia neoadyuvante. Respuesta patológica completa tras neoadyuvancia. Aceptación por parte de un comité multidisciplinar. Firma de consentimiento informado específico.

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

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL ABORDAJE ROBÓTICO EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA COLORRECTAL AVANZADA

José Javier Estébanez García; Xaviera María Hernández Ramos; Germán Eleuterio Cervero; Alejandra de Andrés Gómez; Celia Báez de Burgos; Purificación Ivorra García Moncó; Antonio Salvador Martínez; Cristóbal Zaragoza Fernández. (*)

(*) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva en la cirugía colorrectal va indudablemente ligada a la implantación de la cirugía robótica, optimizando las cualidades de la cirugía laparoscópica añadiendo mayores ejes de movilización y mejor ergonomía para el cirujano, traducándose en mejores resultados para el paciente. El objetivo de nuestro estudio es analizar los resultados intra y postoperatorios de una cohorte de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal mediante abordaje robótico en un hospital terciario y dentro de una unidad de cirugía colorrectal avanzada.

Material y métodos: Se han recogido y analizado los datos de los pacientes intervenidos entre noviembre 2018 y diciembre 2021 de cáncer colorrectal mediante abordaje robótico (Da Vinci® X). Se han analizado variables relativas a la cirugía como son el tiempo operatorio, la tasa de conversión y el uso de drenajes. También se han recogido datos del postoperatorio (fecha de inicio de la tolerancia oral, inicio del tránsito intestinal, retirada de drenaje y de la sonda urinaria, complicaciones, reintervenciones), los días de ingreso y la tasa de reingresos. Se estudió un total de 46 pacientes intervenidos de manera programada con una edad mediana de 64,50 años (IQR 58,50-75,25), siendo 30 varones (65,2%) y 16 mujeres (34,8%). De ellos, 3 presentaban un ASA I (6,5%), 30 un ASA II (65,2%) y 12 un ASA III (26,1%).

Resultados: Se realizaron 17 resecciones anteriores de recto (36,9%), asociando 7 de ellas una ileostomía, 15 sigmoidectomías (32,6%), 1 sigmoidectomía con resección anterior de recto (2,2%), 9 hemicolectomías derechas (19,6%), 2 amputaciones abdominoperineales (4,3%), 1 resección ileocecal (2,2%) y 1 hemicolectomía izquierda (2,2%). En 6 casos (13%) se convirtió a vía abierta, siendo la causa, en todas las ocasiones, la presencia de adherencias firmes. El tiempo operatorio variaba según la técnica empleada y la dificultad de la misma, no obstante, la mediana fue de 225min (IQR 195-263,75). En 17 de las intervenciones se colocó drenaje (37%). Todos los pacientes iniciaron tolerancia oral al primer día post quirúrgico e iniciaron tránsito a gases entre el primer y el segundo día de la intervención. A todos los pacientes se les retiró la sonda urinaria entre el primer y el segundo día tras la intervención y el drenaje se mantuvo una mediana de 4 días (IQR 2,50-4,00). 26 pacientes (56,50%) presentaron complicaciones en los 30 días tras la intervención, según la clasificación de Clavien-Dindo 12 eran de grado I (26,1%), 10 de grado II (21,7%) y 4 de grado III (8,7%). Se reintervinieron 2 pacientes (4,3%), debido en un caso a dehiscencia de la anastomosis y en el otro a sangrado de la anastomosis. La mediana en el tiempo de ingreso fue de 4 días (IQR 4,00-5,50) siendo la tasa de reingresos durante los primeros 30 días del 4,3% (2 pacientes). No hubo mortalidad a los 30 días.

Conclusiones: La implantación de un programa de cirugía robótica para el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal permite una recuperación precoz de los pacientes con una baja tasa de complicaciones severas y de reingresos. Nuestros resultados muestran que se trata de un abordaje seguro y mínimamente invasivo que permite abordar las técnicas quirúrgicas habitualmente empleadas en el tratamiento del cáncer colorrectal.



Comunicaciones científicas orales

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO EN PACIENTES OBESOS: ESCISIÓN MESORRECTAL COMPLETA VÍA TRANSANAL COMPARADA CON LAPAROSCOPIA (TaTME VS. lapTME)

Patricia Tejedor ⁽¹⁾; Jorge Arredondo ⁽²⁾; Jaime Zorrilla ⁽¹⁾; Vicente Simó ⁽³⁾; Jorge Baixauli ⁽²⁾;
Luis Miguel Jiménez ⁽¹⁾; Carlos Pastor ⁽²⁾.

(1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2) Clínica Universidad de Navarra. (3) Hospital Universitario Río Hortega.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La cirugía mínimamente invasiva del cáncer de recto medio-bajo ha demostrado multitud de ventajas sobre la cirugía abierta en el postoperatorio inmediato, con similares resultados oncológicos. No obstante, la laparoscopia en estos casos asocia dificultades técnicas importantes, especialmente en los casos de tumores voluminosos, en pacientes varones y obesos, donde se asocia a un mayor índice de conversión y menores posibilidades de realizar una cirugía preservadora de esfínteres. La escisión mesorrectal total vía transanal (TaTME) facilita la disección pélvica en estos pacientes complejos, por lo que este estudio pretende comparar la tasa de cirugía de preservación de esfínteres entre TaTME y la vía laparoscópica (lapTME) en un grupo de pacientes con obesidad y cáncer de recto.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional, seleccionando pacientes consecutivos diagnosticados de cáncer de recto localizado por debajo de la reflexión peritoneal e IMC \geq 30 Kg/m², sometidos a cirugía electiva mínimamente invasiva. Criterios de exclusión: 1)invasión de esfínteres/puborrectal, 2)resección multivisceral, 3)cirugía paliativa. La población a estudio fue dividida en dos grupos, según el tipo de intervención: TaTME o lapTME. Se realizó un estudio de propensión 1:1 basado en sexo y quimioradioterapia neoadyuvante.

Resultados: Se incluyeron un total de 93 pacientes en un periodo de 5 años; 41 TaTME (44%) y 52 lapTME (56%); mediana edad 67 (56-75) años, mujer:varón 66:34%, mediana IMC 32 (31-33) Kg/m². La mediana de distancia del tumor al margen anal fue de 6 (5-8) cm, 61% con neoadyuvancia, y una tasa global de preservación de esfínteres del 83%. Tras ajustar por las variables definidas en el estudio, 41 pacientes fueron sometidos a TaTME y 41 a lapTME. En el grupo TaTME, 51% presentaban cáncer de recto bajo comparado con 32% en el grupo lapTME (p=0.141); sin embargo, la tasa de preservación de esfínteres fue mayor en el grupo TaTME (95% vs. 71%, p=0.003). No hubo conversiones a cirugía abierta en el grupo TaTME, comparado con 3 casos en el grupo lapTME (7%) (p=0.078). El porcentaje de complicaciones mayores fue similar (10% TaTME vs. 7% lapTME, p=0.275), incluyendo la tasa de dehiscencia clínica (8% TaTME vs. 15% lapTME, p=0.377). Los resultados patológicos fueron comparables; mediana de margen distal al tumor 10 mm en ambos grupos, sin casos de positividad del margen distal en el grupo TaTME vs. 3 casos (7%) TaTME (p=0.079). La calidad del mesorrecto y el margen de resección circunferencial fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el abordaje transanal ha mejorado la tasa de preservación de esfínteres en un grupo de pacientes complejos como son los obesos con diagnóstico de cáncer de recto medio-bajo.



Comunicaciones científicas orales

TÉCNICA PARA LA ANASTOMOSIS EN LA HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA: COMPARATIVA DE LOS INDICADORES PERIOPERATORIOS ENTRE ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA Y EXTRACORPÓREA

David Navarro Fajardo; Alfredo Alejandro Vivas López; Oscar García Villar;
Eduardo Rubio González; Cristina Nevado García; María Labalde Martínez;
Francisco Javier García Borda; Eduardo Ferrero Herrero. (*)

(*) Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La técnica laparoscópica en el tratamiento quirúrgico de la neoplasia de colon derecho ya se ha instaurado como el abordaje de elección en estos pacientes. Uno de los aspectos que sigue siendo objeto de discusión es la técnica empleada para la realización de la anastomosis, comparando entre la técnica anastomótica extracorpórea (AE) y la técnica intracorpórea (AI) laparoscópica, sin que aún se cuente con evidencia clara a favor de una de las dos.

Material y métodos: Se analizaron de forma retrospectiva 189 pacientes sometidos a hemicolectomía derecha laparoscópica por causa tumoral, durante un periodo de 4 años (comprendido entre el 01/01/2018 y 01/01/2022), por cirujanos colorrectales de la unidad especializada de un único centro. Se compararon variables preoperatorias como el ASA, edad y comorbilidades de los pacientes y perioperatorias como tiempo operatorio, inicio de tránsito gastrointestinal, estancia postoperatoria, incidencia de fuga anastomótica, infección de sitio quirúrgico, y media de ganglios en la pieza postoperatoria.

Resultados y discusión: De los 189 pacientes, 113 pacientes (59%) presentaban un ASA preoperatorio de III o mayor, con una media de edad de 71 años (111 pacientes mayores de 70 años). Se compararon 142 hemicolectomía con AE y 47 con AI. Al comparar el tiempo operatorio total, la media en el grupo con AE fue de 151 minutos versus el grupo AI con 175 minutos de media. Con respecto al reinicio del tránsito GI, en el grupo AE fue de 5,5 días versus el grupo AI con una media de 4,6 días. La estancia media postoperatoria en el grupo AI fue de 7,6 días, versus el grupo de AE con 9,5 días. En el grupo con AE la tasa de infección de herida fue de 10,6 % (15 pacientes) y la fuga anastomótica de un 8,4 % (12 pacientes). En el caso de la AI, la tasa de infección de herida fue de 8,5% (4 pacientes) y la dehiscencia anastomótica del 6,4% (3 pacientes). En el caso de la linfadenectomía en la técnica AI la media de ganglios en la pieza postoperatoria fue de 24,6 versus la técnica AE con una media de 22,6 ganglios.

Conclusión: La hemicolectomía derecha laparoscópica para patología tumoral colónica en cirugía programada ya forma parte del arsenal terapéutico de cualquier cirujano colorrectal y la anastomosis ileo-cecal intracorpórea probablemente debería imponerse por encima de la anastomosis extracorpórea debido a sus ventajas en el postoperatorio a expensa de un mayor tiempo quirúrgico, aunque todavía se necesitan más estudios y resultados junto con una mayor estandarización de la técnica para que cualquier cirujano pueda realizarla.



Comunicaciones científicas orales

DEFINICIÓN DE LINFADENECTOMÍA D3 EN HEMICOLECTOMÍA DERECHA ONCOLÓGICA MEDIANTE REVISIÓN SISTEMÁTICA Y SCOPING REVIEW

María Alfonso García; Álvaro García-Granero García-Fuster; Sebastián Jeri- McFarlane; Cristina Pineño Flores; Carla Soldevila Verdeguer; Ester Ferrer Inaebnit; Magdalena Coll Sastre; Margarita Gamundi Cuesta; Xavier González Argente. (*)

(*) Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Las tasas de recidiva locorregional tras hemicolectomía derecha pueden alcanzar el 14%. La Guía de la Sociedad Japonesa del Cáncer de Colon propone la linfadenectomía D3 (LD3) como manejo adecuado para disminuir estos porcentajes. Sin embargo, no aporta una descripción técnica ni unos límites de resección claros. Diferentes autores han realizado propuestas, sin lograr una estandarización aceptada. El objetivo del presente estudio es proponer una definición de los márgenes quirúrgicos de resección de LD3 en la hemicolectomía derecha mediante revisión sistemática tipo scoping review.

Material y métodos: Revisión de la literatura publicada hasta marzo de 2020 en Pubmed y Embase, bajo los términos "D3 lymphadenectomy AND right colon cancer", "Complete mesocolic excision AND right colon cancer" y "Complete mesocolic excision AND D3 lymphadenectomy". Se consideraron elementos definitorios los descritos en más del 75% de los artículos, como muy probables entre 75-50% y como inciertos aquellos presentes en menos del 50%.

Resultados: Se revisaron 205 artículos. Se consideraron elementos definitorios de LD3: disección plano embriológico, ligadura central de vasos ileocólicos y rama derecha de vasos cólicos medios, y tejido linfograso situado sobre vena mesentérica superior. Límite muy probable: tejido linfograso sobre tronco gastrocólico de Henle (TGCH). En aquellos artículos en los que se propuso la disección del TGCH, en el 76,7% de define la vena cólica derecha superior (VCDS) como landmark definitorio. Los elementos inciertos fueron: tejido linfograso de la vena gastroepiploica derecha y el tejido linfograso del borde medial de la arteria mesentérica superior.

Conclusiones: Es posible determinar de forma objetiva los elementos definitorios de linfadenectomía D3 en la hemicolectomía derecha. Se considera linfadenectomía D3 en la hemicolectomía derecha: disección por el plano embriológico, la ligadura central de los vasos ileocólicos, la rama derecha de los vasos cólicos medios y la exéresis del tejido linfograso localizado sobre la vena mesentérica superior. La VCDS debe de considerarse landmark cuando se realiza disección del TGCH.



Comunicaciones científicas orales

DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS EN LA NEOPLASIA DE COLON OCLUSIVA. ESTUDIO PROSPECTIVO ANALÍTICO DE 98 PACIENTES ENTRE 2012 Y 2022

Ruth López González; Ana Centeno; Juan Carlos Castaño; Andrea de Miguel; Verónica González; David Barquero; Alfredo Mata; Jordi Castellví. (*)

(*) Consorci Sanitari Integral. Sant Joan Despí. Barcelona.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La colocación de endoprótesis en las neoplasias de colon oclusivas puede servir como tratamiento puente a una cirugía y puede ser una opción en el control sintomático de pacientes tributarios de tratamiento paliativo. Nuestro objetivo principal es valorar la eficacia de la endoprótesis sobre el cuadro oclusivo. Nuestros objetivos secundarios son estudiar su utilidad como tratamiento puente a una cirugía con intención curativa y su eficacia como tratamiento paliativo en el resto de casos.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional y analítico de una serie de casos consecutiva de 98 pacientes diagnosticados de neoplasia de colon oclusiva a quienes se coloca endoprótesis. Análisis de las características demográficas y estudio de las complicaciones y resultados a corto plazo.

Resultados: Reportamos datos de una serie de 98 pacientes con una edad media de 82 años (+/- 4 DE) a quienes se colocó endoprótesis de forma urgente en contexto de cuadro oclusivo por neoplasia de colon estenosante. En la mayoría de casos (82%) se llevó a cabo el procedimiento con intención paliativa. En el 18% de los pacientes se pudo colocar endoprótesis como tratamiento puente a cirugía que se llevó a cabo en una media de 32 días (+/- 5DE) tras el procedimiento, con un 100% de anastomosis primarias y sin dehiscencias u otras complicaciones en este grupo. Se dio el caso de 1 migración que requirió la recolocación de la endoprótesis y tres casos en el grupo de pacientes paliativos en los que se produjo perforación post-colocación de prótesis que conllevó al éxitus de los pacientes.

Conclusión: La colocación de endoprótesis en neoplasias de colon oclusivas es una técnica factible con un índice muy bajo de complicaciones. Según nuestra serie es útil para el tratamiento sintomático de pacientes paliativos y en casos seleccionados permite diferir una cirugía con intención curativa y llevar a cabo una anastomosis primaria con mayor seguridad.



Comunicaciones científicas orales

IMPLEMENTACIÓN DE TNT EN EL CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO EN EL HOSPITAL DE GALDAKAO-USANSOLO

Josune Etxabe Gurrutxaga; Begoña Ochoa Villalabeitia; Irune Vicente Rodríguez; Francisco Javier Fernández Pablos; Natalia Ortega Machón; María Hidalgo Pinilla; Fernando Jiménez Escovar; Vicente Portugal Porras; Francisco Javier Ibáñez Aguirre. (*)

(*) Hospital de Galdakao-Usansolo.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado ha evolucionado en los últimos años respecto al clásico abordaje con quimioterapia (QT) y radioterapia (RT) neoadyuvantes seguido de cirugía con escisión mesorrectal total y quimioterapia adyuvante. En el Hospital de Galdakao optamos por la Terapia Neoadyuvante Total (TNT) como primera opción terapéutica que parece ofrecer mejores resultados a los pacientes en cuanto a respuesta patológica completa, tasa de metástasis, cumplimiento del tratamiento sistémico, tasas de necesidad de estoma, aumento de posibilidad de watch and wait, etc., en comparación con tratamiento adyuvante convencional. Para ello hemos diseñado un protocolo en el que entrarán aquellos pacientes que cumplan los siguientes criterios: presentar un tumor rectal localizado por debajo de la línea sacro-púbica según la RMN, ser mayor de 18 años, tener una biopsia de adenocarcinoma con estadíos clínicos cT3-cT4 y/o cN1-cN2 y contar con una aptitud física y psíquica adecuadas para QT. Se excluyen así los pacientes que presenten metástasis, un tumor clínicamente irreseccable o aquellos que rechacen el protocolo. El objetivo de este estudio ha sido valorar y resumir los resultados obtenidos de los pacientes sometidos al protocolo TNT en el Hospital de Galdakao desde su implantación en diciembre del 2020 hasta la fecha de hoy.

Material y métodos: Desde diciembre del 2020 se ha realizado TNT en 12 pacientes mediante el siguiente esquema: radioterapia de ciclo corto (5 días) + quimioterapia de consolidación (18 semanas) + cirugía en la semana 26 vs watch and wait en caso de desaparición del tumor a nivel clínico y radiológico.

Resultados: (n=12) El primer punto destacable ha sido el cumplimiento del 100% del protocolo TNT en todos los pacientes. Tras recibir el tratamiento neoadyuvante total, se ha visto una respuesta clínica completa (valorado mediante tacto rectal, RMN y endoscopia) en 3 pacientes, los cuales están actualmente en seguimiento según el circuito watch and wait. 7 han sido los pacientes con una respuesta clínica incompleta por lo que posteriormente han sido intervenidos. Los 2 pacientes restantes están en tratamiento quimioterápico activo en el momento actual pendientes de revalorar la respuesta. En el 100% de los casos se ha objetivado una respuesta clínica tumoral o downstaging. En cuanto a la respuesta patológica, se objetivó una respuesta completa en dos pacientes de los sometidos a cirugía; es decir, que existe un ypTONOMO, que corresponde a un índice de regresión de Dworak G4 en el 28% de los casos. Por otro lado, destaca una ausencia de regresión en un paciente y en el resto se objetivó una regresión intermedia con predominio de la fibrosis sobre el tumor. Por ahora, todos los pacientes siguen libres de enfermedad lo que confirma una supervivencia libre de enfermedad del 100%, pero cabe destacar que el seguimiento ha sido aún muy corto.

Conclusión: La preservación de órgano tiene un papel fundamental en el cáncer de recto localmente avanzado. La TNT con RT ciclo corto + QT consolidación ofrece un cumplimiento neoadyuvante óptimo, es segura y podría aumentar la respuesta clínica completa en el cáncer de recto. La cirugía tras TNT es segura. Las tasas de respuesta patológica completa con este esquema de TNT son similares a las publicadas. Además, parece que no hay influencia de un estadio clínico preoperatorio en la respuesta a la TNT.



Comunicaciones científicas orales

ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN COLORRECTAL TRATADOS CON CIRUGÍA CITORREDUCTORA +/-HIPEC

Saray Quinto Llopis; Sandra Lario Pérez; Verónica Aranz Ostáriz; Alicia Calero Amaro;
Ibán Caravaca García; José Antonio Barreras; Luis Sánchez Guillén;
Antonio Arroyo Sebastián; Francisco Javier Lacueva Gómez. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El cáncer colorrectal presenta diseminación peritoneal, tanto al diagnóstico como en la recidiva, en alrededor del 10% de los pacientes. Desde la descripción de la técnica de citorreducción asociada a quimioterapia hipertérmica intraoperatoria (HIPEC) por Sugarbaker, numerosos ensayos clínicos han demostrado sus beneficios en términos de supervivencia libre de enfermedad, la importancia de lograr una citorreducción completa y los factores pronósticos asociados. El objetivo de este estudio es analizar la morbilidad de los pacientes intervenidos de cáncer colorrectal mediante esta técnica.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de las características de los pacientes con carcinomatosis de origen colorrectal intervenidos mediante cirugía citorreductora +/- HIPEC dentro de un modelo asistencial multidisciplinar desde enero 2014 hasta diciembre de 2020.

Resultados: Se analizaron un total de 35 pacientes con una edad media de 63 años y un PCI medio de 7,26 (1-15). Respecto a la comorbilidad la mediana fue de un ASA 2. Se consiguió la citorreducción completa en el 97,1% de los pacientes, se aplicó HIPEC en el 82,9% y se realizaron resecciones viscerales en el 74,3% de los pacientes. La estancia media fue de 15 días durante los cuales no hubo ningún fallecimiento. El 25,7% no tuvo ninguna complicación, el 42,8% complicaciones menores y el 31,4% complicaciones mayores. El 93,3% de los pacientes en los que se realizaron 2 o más resecciones viscerales presentó alguna complicación y aunque el 30,7% presentaban un PCI mayor de 10, esta última relación no fue estadísticamente significativa. El 71,4% de los pacientes presentaron recidiva con un tiempo medio de aparición de 449 días. De las recidivas, un 32% fueron peritoneales.

Conclusiones:

La morbilidad de los pacientes analizados con carcinomatosis de origen colorrectal tratados mediante cirugía citorreductora +/- HIPEC es similar a la reportada por la literatura. Parece existir un aumento en el desarrollo de complicaciones en aquellos pacientes en los que se llevó a cabo un mayor número de resecciones viscerales. Además, el aumento de PCI total operatorio podría tener relación con el desarrollo de complicaciones postoperatorias.



Comunicaciones científicas orales

ESCISIÓN TOTAL DEL MESORRECTO TRANSANAL VERSUS LAPAROSCÓPICA EN NEOPLASIA RECTAL DE TERCIO MEDIO O INFERIOR (Ta-LaTME STUDY). ESTUDIO RANDOMIZADO-MULTICÉNTRICO Y ABIERTO

Anna Secarrant Barrera; Laura Mora López; Alba Zárata Pino; Anna Pallisera Lloveras;
Albert García Nalda; Anna González; Mariana Carballo Angeli;
Oriol Pino; Xavier Serra Aracil. (*)

(*) Hospital Universitari Parc Tauli. Sabadell.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: En la cirugía del cáncer de recto, la Escisión Total del Mesorrecto Transanal (TaTME) es una cirugía mínimamente invasiva que ha introducido una solución técnica que evita reconversiones a cirugías abiertas. A pesar de su complejidad ha existido amplia globalización, provocando complicaciones operatorias específicas, dehiscencias anastomóticas (DA) inesperadamente elevadas y recurrencias locales excesivas que han puesto en duda la técnica. El objetivo principal es analizar la TaTME vs resección anterior baja laparoscópica (LaTME) en relación a la reconversión de la cirugía, la recuperación y las complicaciones postoperatorias.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado, controlado y abierto de pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de recto entre dos grupos TaTME vs LaTME. La técnica TaTME realizada fue de resección y anastomosis intracorpórea. Variables principales: conversión a cirugía abierta y morbi-mortalidad postoperatoria. Variables secundarias: patológicas, oncológicas y supervivencia. El tamaño de muestral ha sido de un total de 116 pacientes. Se ha realizado análisis modificado por intención de tratar (mITT) y por protocolo. El ensayo se ha registrado ClinicalTrials.gov (ID: NCT02550769).

Resultados: El estudio se realizó entre abril de 2015 y mayo de 2021. 116 pacientes fueron aleatorizados a los grupos LaTME (n = 57) y TaTME (n = 59). Fueron elegibles para análisis mITT 50 y 55, respectivamente. La reconversión a cirugía abierta fue en 11 pacientes (10.5%); en el grupo LaTME 10 (20%) y 1 (1.8%) en el grupo TaTME, p=.003, IC95% 18.8 (29.8-6.5). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la recuperación postoperatoria y la morbilidad a 30 días. En la dehiscencia de sutura (DA) tampoco existieron diferencias pero fueron menor en TaTME. Con un seguimiento mediano de 39 meses la recidiva local fue de 3 (6.1%) en el grupo LaTME y 1 (1.8%) en el grupo TaTME, p=0.3 IC 95% = 60.3 to 69.4.

Conclusiones: La TaTME en centros con experiencia, ofrece menor riesgo de reconversión, con resultados de morbilidad postoperatoria, DA, patológicos sin diferencias significativas con la LaTME. Con el periodo de seguimiento analizado en TaTME no se observan mayor recidiva local.



Comunicaciones científicas orales

MARGEN RETROPERITONEAL AMENAZADO EN CÁNCER DE COLON DERECHO. VALORACIÓN PREOPERATORIA MEDIANTE MÉTODO MATEMÁTICO DE RECONSTRUCCIÓN 3D

Álvaro García-Granero ⁽¹⁾; Jorge Sancho Muriel ⁽²⁾; Sebastián Jeri- McFarlane ⁽¹⁾;
Alejandro Gil Catalán ⁽¹⁾; Francisco Giner ⁽²⁾; Isabel Amengual ⁽¹⁾; Marco Martínez ⁽¹⁾;
Margarita Gamundi Cuesta ⁽¹⁾; Francesc Xavier González Argente ⁽¹⁾.

(1) Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. (2) Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La infiltración del margen retroperitoneal en la hemicolectomía derecha oncológica se ha relacionado con el aumento del riesgo de recurrencia locorregional y disminución de la supervivencia. El conocimiento del desarrollo embriológico por parte del cirujano es básico para obtener márgenes quirúrgicos libres de infiltración (R0) en tumores de colon derecho con margen retroperitoneal amenazado (MRA) en las pruebas preoperatorias. Sin embargo, la especificidad de la tomografía computerizada (TC) preoperatoria para la valoración de la extensión local del cáncer de colon es del 60%. El objetivo del presente estudio es mostrar la utilidad de un método matemático de reconstrucción 3D (MM3D) para obtener cirugías R0 en tumores con MRA en el cáncer de colon derecho.

Material y métodos: Aplicación de un MM3D para valorar la infiltración del MRA en tres casos reales de cáncer de colon derecho. Primera fase: desarrollo de algoritmo matemático de forma retrospectiva en dos casos con cancer de colon derecho y MRA en TC. Desarrollo a partir de estudio anatomopatológico ya concluido. Segunda fase: aplicación prospectiva de algoritmo matemático desarrollado en la primera fase en un caso real de colon derecho con MRA en TC. Comparación de informe de TC y de MM3D a partir del estudio anatomopatológico (AP).

Resultados: Primera fase: Paciente 1: neoplasia de colon ascendente con sospecha de infiltración duodenal por TC. Se realiza hemicolectomía derecha sin resección duodenal dados los hallazgos intraoperatorios. La AP muestra margen retroperitoneal libre. Distancia de tumor a margen retroperitoneal de 4mm. El MM3D retrospectivo mostró distancia mínima del tumor al duodeno de 6.24 mm, y al páncreas de 9.8 mm. Paciente 2: neoplasia de colon ascendente sin sospecha de infiltración duodenal en TC. Se realiza hemicolectomía derecha extendida en bloque a rodilla duodenal por hallazgos intraoperatorios. La AP muestra infiltración duodenal. El MM3D retrospectivo mostró infiltración duodenal (volumen infiltración 0.4 mm)- Segunda fase: Paciente con neoplasia de colon ascendente con sospecha de infiltración de grasa prerrenal por TC. El MM3D de forma prospectiva descartó infiltración retroperitoneal (distancia de tumor a fascia retroperitoneal de 0.1 mm). Se realizó hemicolectomía derecha extendida a fascia y grasa retroperitoneal en bloque. La AP descartó infiltración de la fascia retroperitoneal y de la grasa retroperitoneal. Resección tipo R0.

Conclusiones: Un método matemático de reconstrucción 3D puede ser útil para valorar la infiltración tumoral del margen retroperitoneal en el cáncer de colon derecho. Esta herramienta preoperatoria podría ayudar en la estrategia quirúrgica y la obtención de cirugías oncológicas tipo R0.



Comunicaciones científicas orales

TRATAMIENTO DE SECUELAS TRAS USO DE ENDOSPONGE POR FUGA ANASTOMÓTICA COLORRECTAL

Marina Bosch Ramírez; Luis Sánchez-Guillén; Francisco López Rodríguez- Arias;
Verónica Aranaz Ostáriz; María José Alcaide Quirós; Daniel Triguero Cánovas;
Antonio Sanchís; Álvaro Soler-Silva; Antonio Arroyo. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La escisión completa de mesorrecto, así como los avances tecnológicos y robóticos son factores que han favorecido una mejoría en los resultados oncológicos de pacientes con neoplasias de recto. Pese a las mejoras descritas, la tasa de fuga anastomótica colorrectal se sitúa entre el 15-28% según la bibliografía consultada. La presencia de fuga supone la principal causa de morbimortalidad postoperatoria, y también conlleva mayor tasa de recidiva local y a distancia, estenosis anastomótica, así como mayores tasas de estoma permanente. No existe en la actualidad un tratamiento estandarizado para la fuga anastomótica colorrectal. La situación clínica del paciente suele ser el principal determinante para su manejo. Pacientes inestables con signos de sepsis son sometidos a cirugía de revisión, mientras que pacientes estables pueden ser tratados de forma más conservadora, siendo en la actualidad drenajes percutáneos y tratamiento endoscópico con vacío los más empleados. En 2008 Weidenhagen et al. publicaron los resultados de la aplicación de vacío endoscópico transanal (Endosponge[®]) para el tratamiento de fuga anastomótica localizada, el cual promueve una reducción de su tamaño, estimula la granulación y mejora la microcirculación local. Desde entonces, este tratamiento ha adquirido popularidad entre los servicios quirúrgicos, siendo actualmente uno de los más empleados en hospitales de todo el mundo. También se han realizado múltiples ensayos clínicos estudiando la eficacia, así como posibles efectos adversos o secuelas derivadas de este tratamiento.

Material y métodos: Mujer de 74 años, fumadora, con diagnóstico de neoplasia de recto medio localmente avanzada, que tras tratamiento adyuvante con quimiorradioterapia y respuesta parcial por imagen, es sometida a resección anterior de recto laparoscópica con anastomosis colorrectal termino-terminal mecánica con CEEA 29mm y colocación de drenaje pélvico perianastomótico. En el postoperatorio la paciente presenta signos de fuga anastomótica por debito fecaloideo recogido por drenaje y elevación de reactantes de fase aguda. Dada la estabilidad clínica se realiza TC de control que confirma diagnóstico y se completa ileostomía derivativa urgente, previamente virtual, combinándose con drenaje percutáneo radioguiado. Tras presentar dolor asociado al catéter de drenaje es necesaria su retirada temprana, derivando a recidiva del absceso presacro. Tras más de 15 días del diagnóstico de fuga anastomótica es sometida a colocación de endosponge[®] en cavidad presacra, con regular tolerancia al vacío, que se cambia cada 72h aproximadamente, hasta lograr epitelización de la cavidad, aunque no se logra un cierre completo. Tras 6 meses de la intervención, y con control periódico por TC,



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia

SOCIGA

persiste imagen de sinus presacro crónico que le genera tenesmo y episodios de febrícula que no permiten reiniciar tratamiento adyuvante. Tras revaloración del caso se decide realizar una marsupialización del sinus presacro, que presenta un orificio de 1cm de diámetro y profundidad de 4cm, mediante endograpadora de 45mm. Transcurridos 6 meses desde el procedimiento se observa disminución notable de la cavidad, de aproximadamente 1cm de profundidad, completamente epitelizada. La paciente presenta mejoría clínica que permite tratamiento adyuvante.

Resultados: La terapia con vacío ha supuesto un avance y reducción en morbilidad y reintervenciones de pacientes con fuga anastomótica colorrectal. Como todo tratamiento, no está exento de efectos adversos, siendo los más frecuentes el sangrado (0,35%) y el absceso recurrente (0,52%), siendo inferior la tasa de estenosis anastomótica (0,14%). El grupo GRECCAR ha concluido que el éxito de la terapia de vacío endoscópica es mayor si ésta se instaura de manera temprana, considerada antes de los 15 días del diagnóstico de fuga, respecto su instauración tardía (72,4% vs. 27,8%). Asocian el empeoramiento de resultados al desarrollo de fibrosis local. Primero von Bernstorff y posteriormente Kuhn F et al. han enfatizado la importancia de la neoadyuvancia como factor de mal pronóstico para el éxito de la terapia de vacío debido a la mayor atrofia tisular, fibrosis y daño vascular. En estos casos se han observado cavidades de mayor tamaño, requiriendo más cambios de Endosponge®. La neoadyuvancia con QT y RT ha adquirido en las últimas décadas un papel fundamental, mostrando mejoría en supervivencia y supervivencia libre de enfermedad en adenocarcinomas de recto T3-T4 y/o N+ sin metástasis. Por ello, es cada vez más frecuente tratar pacientes con pelvis radiadas, con mayor tasa de sinus crónicos en el caso de presentar fuga anastomótica. Se ha descrito en la bibliografía el empleo de dilatación con balón para tratar las estenosis anastomóticas así como la disminución de la intensidad de vacío para el sangrado y/o dolor pélvico. En el caso de los abscesos recurrentes, o la formación de sinus crónicos, se dispone de evidencia de la efectividad del tratamiento con pegamento de fibrina, según describió Swain en 2004. Algunos grupos emplean de manera selectiva la combinación de Endosponge® con pegamento de fibrina para mejorar la tasa de cierre del absceso, pero actualmente no se dispone de claras indicaciones sobre su aplicación. La marsupialización de sinus, descrita por Whitlow en 1997 se presentó como una opción de destechamiento quirúrgico mediante sección con tijera de la pared común entre intestino y sinus, favoreciendo su cicatrización. En la actualidad se han publicado variaciones para su realización con endograpadoras lineales, favoreciendo la hemostasia y epitelización de los sinus tratados. Estas alternativas mínimamente invasivas, realizadas en régimen semi-ambulatorio permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes con secuelas de fugas anastomóticas, reservando la resección y reanastomosis colorrectal o ileoanal para rescates de casos no respondedores.

Conclusiones: El tratamiento de las fugas anastomóticas colorrectales con terapia de vacío endoscópica presenta alta tasa de éxito si se realiza los primeros 15 días desde el diagnóstico de fuga, así como si es el primer tratamiento realizado. En caso contrario, la eficacia del tratamiento se ve significativamente reducida hasta uno de cada 3 o 4 pacientes. Por ello, es necesario establecer y protocolizar medidas de rescate terapéutico para la resolución, el control sintomático y/o la recuperación de una calidad de vida aceptable en pacientes con tratamiento fallido. Proponemos la marsupialización de sinus crónicos, o el tratamiento con pegamento de fibrina como opciones terapéuticas a valorar en estos casos.



Comunicaciones científicas orales

PROPUESTA DE ESTANDARIZACIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA DE HEMICOLECTOMÍA DERECHA CON LINFADENECTOMÍA D3 LAPAROSCÓPICA Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS ONCOLÓGICOS

Alejandro Gil Catalán ⁽¹⁾; Álvaro García-Granero García-Fuster ⁽¹⁾; Noemí Torres Marí ⁽¹⁾;
Jorge Sancho Muriel ⁽²⁾; Hanna Cholewa ⁽²⁾; Sebastián Jeri- McFarlane ⁽¹⁾;
Aina Ochogavía Seguí ⁽¹⁾; Margarita Gamundi Cuesta ⁽¹⁾; Francesc Xavier González Argenté.

(1) Hospital Universitario Son Espases. (2); Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La hemicolectomía derecha oncológica presenta una supervivencia a los 5 años del 75% para estadíos I-II y del 30-60% para estadíos III y IV. Las tasas aceptadas de recidiva local son del 6-8% y de recidiva a distancia del 10-15%. La técnica denominada como linfadenectomía D3 en la hemicolectomía derecha surge en la escuela oriental con el objetivo de disminuir estas tasas de recidiva tumoral. Sin embargo, no está aceptada como técnica de elección debido a su riesgo de lesiones vasculares y a la falta de bibliografía que demuestre claramente sus beneficios oncológicos. El objetivo del presente estudio es proponer una estandarización la técnica quirúrgica: Hemicolectomía derecha con linfadenectomía-D3 vía laparoscópica (HCD-D3-LAP) y mostrar sus resultados oncológicos.

Material y métodos: Primera fase: Demostración de la técnica quirúrgica mediante simulación en cadáver y cirugía real laparoscópica. Segunda fase: Estudio prospectivo de pacientes intervenidos entre Julio 2015 a Julio 2021 de HCD-D3-LAP mediante la técnica propuesta en la primera fase. Criterios de inclusión: vía laparoscópica, anatomía patológica de adenocarcinoma, sin diagnóstico de metástasis a distancia perioperatorias, sin diagnóstico de perforación o absceso tumoral preoperatorio.

Resultados: Primera fase: Pasos técnicos de HCD-D3-LAP: 1: Disección plano embriológico: fascia de Toldt y fascia de Fredet, 2: Ligadura alta de vasos ileocólicos, 3: Disección del tronco quirúrgico de Gillot, 4: Liberación del ángulo hepático. 5: Identificación de la vena gastroepiploica derecha, 6: Ligadura alta de la vena cólica derecha superior, 7: Ligadura alta de la rama derecha de los vasos cólicos medios, 8: Sección del mesocolon transversal. Segunda fase: 33 pacientes intervenidos. Edad media de 74 años, 55% hombres. Variables operatorias: Tiempo quirúrgico medio: 190 minutos. Conversión: 15%. Complicaciones postoperatorias: Reintervención por hemoperitoneo: 3%. Ileo postoperatorio: 15%, Dehiscencia de sutura: 0%. Estancia postoperatoria media: 7 días. Estudio anatomopatológico: Media de ganglios resecaados: 26. Pacientes con ganglios positivos: 27%. Estadío T3-T4: 70%. Quimioterapia postoperatoria: 21%. Resultados oncológicos tras un seguimiento medio de 43 meses: Recidiva local: 0%, Recidiva a distancia: 0%, Carcinomatosis: 0%. Exitus: 9%, éxitus por progresión de enfermedad: 0%

Conclusiones: Mediante disección en cadáver y demostración en cirugía real, se puede proponer un protocolo de técnica quirúrgica para la HCD-D3-LAP. Esta estandarización facilitaría el aprendizaje por parte de los cirujanos colorrectales. La linfadenectomía D3 podría mejorar los resultados oncológicos considerados como correctos en la hemicolectomía derecha oncológica.



Comunicaciones científicas orales

ASOCIACIÓN ENTRE LA SARCOPENIA Y LA GRASA VISCERAL CON LA EVOLUCIÓN Y LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Antonio Fco. Sanchís López; Luis Sánchez-Guillén; Álvaro Soler Silva; Francisco López Rodríguez-Arias; María José Alcaide Quirós; Verónica Aranz Ostáriz; Marina Bosch Ramírez; Inmaculada Oller Navarro; Antonio Arroyo. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Aunque son varios estudios recientes los que apuntan a que la sarcopenia y la grasa visceral están relacionadas con las complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a resecciones intestinales, aún no se ha demostrado su relación en pacientes con enfermedad de Crohn. El objetivo de este estudio es analizar y cuantificar mediante imágenes de TC la cantidad de grasa visceral y la sarcopenia y estudiar si tienen relación con el número de complicaciones postoperatorias y el pronóstico de la enfermedad de Crohn.

Material y métodos: Se analizarán las imágenes de TC preoperatorias, en un corte axial a nivel de la vértebra L3, de los pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a resecciones intestinales mediante el programa informático ImageJ y se cuantificará la sarcopenia (área muscular total y área de psoas izquierdo y derecho) y la cantidad de grasa visceral de estos pacientes. Posteriormente se realizará mediante el programa estadístico SPSS un estudio descriptivo y analítico de estos pacientes. Se realizará un estudio multicéntrico donde se incluirán en el estudio los pacientes con enfermedad de Crohn intervenidos entre 2010 y 2021 en 5 hospitales de la Comunidad Valenciana.

Resultados: Se incluyeron un total de 52 pacientes en el estudio, 32 hombres (63%) y 20 mujeres (37%). La media de edad fue de 45 años. El 85% de los pacientes se intervino de manera programada y el 15% de manera urgente, realizándose 39 resecciones ileocecales (75%), 9 resecciones ileales (17%) y 4 resecciones colónicas (8%). El 56% de las intervenciones fue laparoscópica (1 reconversión) y el 42% fueron cirugías abiertas. Se llevaron a cabo 4 estomas (8%). Trece pacientes (25,5%) precisó al menos una reintervención quirúrgica posteriormente, 6 durante el ingreso (5 dehiscencias de anastomosis y 1 sangrado anastomosis) y 9 (17,6%) tras el alta hospitalaria. 17 pacientes (33%) reingresó tras el alta hospitalaria a consecuencia de su enfermedad de Crohn, 26 pacientes (51%) presentaron recurrencia de su enfermedad (clínica, endoscópica o radiológica) y 18 pacientes (35%) precisaron intensificación de su tratamiento de base por la recurrencia. En el análisis de las imágenes de TC, se obtuvo una media de área musculoesquelética de 12.936 mm², un área abdominal media de 59.135 mm² y un área de grasa visceral de 8.940 mm². El tamaño medio de los músculos psoas derechos e izquierdos analizados fue de 731 y 790mm², respectivamente. El tamaño del psoas izquierdo fue mayor en los pacientes que precisaron reingresar (893mm²) que en los pacientes que no volvieron a reingresar después de la cirugía (740mm²), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0.49$). El tamaño del psoas derecho también fue mayor en este grupo de pacientes (796mm² vs 700, $p=0.215$). Además, los pacientes que precisaron una reintervención quirúrgica tuvieron un área musculoesquelética menor (11.361 mm²) que los pacientes que no precisaron reintervenirse (13.475 mm², $p = 0,118$). También tuvieron un área abdominal mayor (62.845 mm²) que los pacientes no reintervenidos (57.931 mm², $p=0,377$), y el área de grasa visceral fue mayor en los pacientes reintervenidos (9.908mm²) que en los pacientes no reintervenidos (8626mm², $p=0,65$).

Conclusiones: El mayor tamaño del músculo psoas izquierdo parece estar relacionado con el número de reingresos hospitalarios en pacientes con enfermedad de Crohn que son sometidos a cirugías abdominales. Aunque no existieron diferencias estadísticamente significativas, sí que parece haber una tendencia al aumento en el número de complicaciones postoperatorias en pacientes con menor área musculoesquelética y mayor área abdominal y cantidad de grasa visceral.



Comunicaciones científicas orales

SEGMENTAL VS TOTAL COLECTOMY FOR CROHN'S DISEASE OF THE COLON IN THE BIOLOGIC ERA. RESULTS FROM THE SCOTCH INTERNATIONAL, MULTICENTRIC STUDY

Gianluca Pellino. (*)

(*) Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli" Nápoles, Italia. On behalf of the SCOTCH Study Collaborators.

RESUMEN:

Background: Previous studies suggested a role for segmental colectomy (SC) and total colectomy (TC) for colonic Crohn's disease (cCD). TC might reduce recurrence rates, at the cost of impaired quality of life and higher stoma rates. We compared the long-term outcomes of SC and TC.

Methods: This is an international, multicentric study on data from the prospective databases of six centres. All consecutive patients operated on between 2000 and 2019 for cCD with SC or TC were included. Exclusion criteria were colorectal cancer, previous bowel resections, and lack of follow-up data. Disease extension was based on involvement of 1 to 5 colonic segments. Resection of 1-3 segments was classified as SC, resection of 4-5 segments as TC. Primary aim was surgical recurrence after SC vs TC. Secondary aims were perioperative complications, stoma formation rate, and predictors of recurrence.

Results: Data of 687 (56.2% women) patients were analysed. Mean age at diagnosis and at surgery were 30 ± 15.8 and 40.4 ± 15.4 years. Disease duration was 10.4 ± 8.6 years. 16.6% of patients were A1, whereas most (62.2%) were diagnosed between 17 and 40 years. Isolated cCD (L2) was present in 61.1%, ileocolic CD (L3) in 38.9%, and concomitant jejuno-ileal CD (L4) in 3.2%. Most had stricturing (B2) cCD (41.9%). Active perianal disease was found in 28.9% patients. SC was performed in 285 patients, TC in 402. The latter more frequently had isolated cCD, inflammatory (B1) disease, current (37.8 vs 16.5%, $p < 0.001$) or previous (56 vs 32.6%, $p < 0.001$) perianal CD, and longer disease duration (11.3 ± 8.9 vs 9.2 ± 7.9 , $p < 0.001$). Postoperative complications and mortality were similar, but TC patients more frequently required 90-day readmission (6% vs 2.1%, $p = 0.02$). Temporary (31.6 vs 21.4%, $p < 0.001$) and definitive (39.3 vs 8%, $p < 0.001$) stomas were more likely after TC. The 15-year cumulative surgical recurrence was 36%, more likely in the TC group (44 vs 27%, Log-Rank $p = 0.006$), and it was not affected by the number of colonic segments involved (23 vs 28%, 1-3 vs 4-5 segments $p = 0.2$) (Figure 1). In patients with 1-3 segments involved, postoperative treatment with biologics, compared to any other regimen, reduced the risk of recurrence (25 vs 51%, $p < 0.001$), while early age at diagnosis ($p = 0.02$) and perianal CD ($p = 0.01$) increased the risk. Omission of biological therapy (HR 5.4, 95%CI 5.1-5.8 $p < 0.001$), and paediatric diagnosis (HR 2.1, 95%CI 2.3-3.1 $p < 0.001$) were the strongest predictors of recurrence in this subgroup.

Conclusion: In this study, SC was safe, required less frequently stoma and repeated surgery, compared with TC. These findings question previous data on the topic and might be supported by the efficacy of postoperative biologic therapy on cCD.



Comunicaciones científicas orales

LONG-TERM ONCOLOGICAL OUTCOME OF SEGMENTAL VERSUS EXTENDED COLECTOMY FOR COLORECTAL CANCER IN CROHN'S DISEASE: RESULTS FROM AN INTERNATIONAL MULTICENTRIC STUDY

Gianluca Pellino. (*)

(*) Vall d'Hebron University Hospital. Barcelona. On behalf of the Study Collaborators.

RESUMEN:

Introduction: Crohn's Disease increases colorectal cancer risk, with high prevalence of synchronous and metachronous cancers. Current guidelines recommend pan-proctocolectomy, meaning definitive ileostomy. Aim of this study was to evaluate oncologic outcomes of Crohn's disease patients undergoing different procedures for colorectal cancer.

Methods: Retrospective database search. All Crohn's disease patients with colorectal cancer undergoing surgery at select European and U.S. tertiary centres, under regular follow up were enrolled. Outcomes of segmental colectomy were compared with those of extended colectomies: total colectomy and pan-proctocolectomy. Primary outcome was progression-free survival. Secondary outcomes included overall survival, synchronous and metachronous colorectal cancer and major postoperative complications.

Results: Ninety-nine patients were included: 66 patients underwent segmental colectomy and 33 extended colectomy. Segmental colectomy patients were older ($p = 0.0429$), had less extensive colitis ($p = 0.0002$) and no pre-operatively identified synchronous lesions ($p = 0.0109$). Perioperative mortality was nil and major complications were comparable (7.58% vs 6.06% $p = 0.09998$). Progression occurred in 33% vs 24% of patients undergoing segmental and extended colectomy, respectively. Median follow up was 43 (31-62) months. There was no difference in unadjusted progression-free survival between segmental colectomy and extended colectomy ($p = 0.2570$) nor in overall survival ($p = 0.4191$): estimated progression-free survival at 3 years was 0.68 and 0.70 in segmental and extended colectomy respectively. Multivariate analysis adjusting for age, sex, ASA score and AJCC staging, confirmed no difference for progression-free survival (HR 1 $p = 0.9993$) or overall survival (HR 0.77 $p = 0.6654$). The only significant predictor of progression and mortality was disease stage. Synchronous cancers occurred in 9% and metachronous cancer developed in 1.5% of patients.

Conclusions: SC offers similar long-term outcomes to more extensive surgery. Incidence of synchronous and metachronous cancers appears much lower than previously described. Further prospective studies are need to confirm these results.



Comunicaciones científicas orales

ESTRATEGIA QUIRÚRGICA BASADA EN LA RECONSTRUCCIÓN 3D Y LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LAS FÍSTULAS COMPLEJAS POR ENFERMEDAD DE CROHN. ESTUDIO PILOTO

Sebastián Jeri-McFarlane; Álvaro García-Granero; Aina Ochogavía Seguí; Anaí Oseira Reigosa; Alejandro Gil Catalán; Daniel Ginard Vicens; Margarita Gamundi Cuesta; Francisco Xavier González Argente. (*)

(*) Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

RESUMEN:

Introducción: Las ECCO guidelines proponen que la clave del tratamiento de la enfermedad perianal en la enfermedad de Crohn (EPEC) es el drenaje de los abscesos y la tutorización de las fístulas mediante setón. Sin embargo, el 80% de las fístulas son consideradas como complejas y el 20% de los pacientes precisan más de dos intervenciones para conseguir estos objetivos. La ecografía endoanal y la resonancia magnética (RM) son las técnicas de elección preoperatorias. Sin embargo, las dos técnicas presentan una especificidad del 80% para detectar los trayectos fistulosos principales y los orificios fistulosos internos (OFI). El objetivo del presente estudio es valorar la utilidad de un modelo matemático de reconstrucción 3D (MM3D) para la estrategia quirúrgica en la EPEC. Su capacidad de localización de abscesos, identificación de los posibles OFI y trayectos fistulosos.

Material y métodos: Estudio en dos fases. Primera fase: Análisis de los pacientes diagnosticados de EPEC actualmente en una unidad de referencia de cirugía colorrectal. Valoración de su estado actual y del número de intervenciones medio para conseguir drenar completamente los abscesos y tutorizar los trayectos fistulosos. Segunda fase: Valorar la utilidad de MM3D a partir de la RM en los pacientes no considerados como resueltos en la primera fase. La valoración del éxito de la cirugía se realizó mediante RM postoperatoria.

Resultados: Primera fase: se analizaron 34 pacientes. El número de intervenciones medio fue de 3.8 por paciente. El número medio de intervenciones para conseguir localizar el OFI fue de 2.8. El porcentaje de fístulas consideradas como no curadas fue del 70% con una media de intervenciones de 4.2%. Segunda fase: se ha empleado MM3D en 4 pacientes. En todos los pacientes se han drenado las zonas de absceso y se han localizado OFI y trayectos fistulosos primarios y secundarios en una sola intervención.

Conclusiones: Un método matemático de reconstrucción 3D puede ser útil para la estrategia quirúrgica en pacientes con enfermedad perianal por enfermedad de Crohn. Así disminuir el número de intervenciones necesario para drenar completamente las colecciones sépticas y localización de los posibles orificios fistulosos internos y trayectos fistulosos.



Comunicaciones científicas orales

EXPERIENCIA INICIAL CON LA ANASTOMOSIS TIPO KONO S EN LA ENFERMEDAD DE CROHN ILEAL ESTENOSANTE

Ruth López González; Ana Centeno Álvarez; Josep María Mullerat; Luis Ignacio Ortiz de Zárate; Lorenzo Viso; Jordi Castellví. (*)

(*) Consorci Sanitari Integral. Sant Joan Despí Barcelona.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El tipo de anastomosis ideal en la enfermedad inflamatoria es todavía motivo de controversia. Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia con la anastomosis de Kono-S y presentar nuestros resultados preliminares.

Material y métodos: Serie consecutiva de 2 pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn con afectación ileal de años de evolución a quien tras ausencia de respuesta a tratamiento médico se decide tratamiento quirúrgico para resección y reconstrucción mediante anastomosis latero-lateral tipo Kono-S.

Resultados: La cirugía se llevó a cabo en ambos casos por vía abierta y no se produjeron complicaciones intraquirúrgicas. El tiempo quirúrgico medio fue inferior a 190 minutos en ambos casos y la estancia hospitalaria inferior a 6 días. En el seguimiento postoperatorio hasta los 10 meses se ha objetivado una recaída en un paciente que ha precisado tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones: La anastomosis de Kono-S es una técnica compleja pero reproducible y con resultados prometedores en la enfermedad inflamatoria. Pese al tamaño de nuestra serie, consideramos que es importante compartir nuestros resultados para difundir la técnica y al mismo tiempo continuar añadiendo pacientes para conocer mejor la historia de la enfermedad tras la misma.



28 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”. Baiona, 2-4 de marzo de 2022

Comunicaciones científicas orales

BENEFICIOS DE LA PREHABILITACIÓN MULTIMODAL EN EL PACIENTE ANCIANO SOMETIDO A CIRUGÍA DE CÁNCER COLORRECTAL

Iruñe Vicente Rodríguez; Tamara Fernández Miguel; Bakarne Ugarte Sierra; Natalia Ortega Machón; Josune Etxabe Gurrutxaga; Francisco Javier Fernández Pablos; Fernando Jiménez Escovar; Vicente Portugal Porras; Francisco Javier Ibáñez Aguirre. (*)

(*) Hospital Galdakao Usansolo. Bizkaia.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El objetivo del presente estudio es analizar los resultados de la cirugía de cáncer colorrectal en el paciente anciano tras la implementación de un programa de prehabilitación multimodal.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes mayores de 80 años intervenidos de cirugía colorrectal en un hospital terciario durante dos periodos: el primero entre 2017 y 2019 y el segundo entre 2019 y 2021, tras el establecimiento del programa de prehabilitación. Se analizaron variables relativas al propio paciente: comorbilidades, fragilidad (medida por el score G-8), así como variables preoperatorias acerca de la optimización nutricional (calculado por el Test M.U.S.T. y el valor de albúmina), de la anemia (administración de hierro oral, intravenoso o hemoderivados), respiratoria y motora. Posteriormente, se compararon los resultados en cuanto a complicaciones postoperatorias, inicio de tránsito intestinal y tolerancia a dieta, estancia en unidad de cuidados intensivos y días de hospitalización globales.

Resultados: Se revisaron 51 pacientes en el primer periodo y 45 en el segundo. Durante ambos, los pacientes mayores de 80 años suponen un promedio del 18% de los pacientes intervenidos (15% en el primer periodo y 23% en el segundo). En cuanto a las variables preoperatorias, destaca la presencia de comorbilidades importantes en la mitad de los pacientes, con un riesgo ASA mayor de III para el primer grupo de 48% y de 63% para el segundo. En ambos periodos los pacientes tenían una puntuación media en el Score G-8 de 12. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las características de ambos grupos. A pesar de que las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,373$), tras la implementación del programa de prehabilitación, se observó una mayor optimización de la anemia (incremento de 1 g/dl en el segundo periodo frente a 0,5 g/dl en el primero). Sí que hubo diferencias significativas en la prehabilitación nutricional (administración de suplementos nutricionales con inmunonutrición 1 semana antes de la intervención a todos los pacientes y nutrición enteral en caso de valor M.U.S.T. >1), así como en la prehabilitación respiratoria y motora ($p < 0,001$). El tiempo desde la visita en consultas hasta la intervención (excluyendo aquellos pacientes con regímenes de neoadyuvancia) se vio disminuido de 42 a 25 días ($p=0,09$). En ambos periodos la mayor parte de las intervenciones se realizaron por laparoscopia (68% en el primer grupo; 86,6% en el segundo grupo). En cuanto al postoperatorio, el tiempo de inicio de tránsito intestinal se redujo de 4,9 a 3,6 días ($p=0,017$) y la tolerancia a dieta semilíquida de 4,3 a 3 días ($p=0,084$). Del mismo modo, durante el segundo periodo hubo una menor tasa de complicaciones tanto médicas (15,6% en el primer grupo frente a 8,8% en el segundo) como quirúrgicas, destacando una disminución de la tasa de fístula anastomótica en este tipo de pacientes de 7,8% a 5%. La estancia media en unidad de cuidados intensivos no superó las 24 horas en ninguno de los dos grupos (22 horas en el primero frente a 16 horas) y la estancia hospitalaria media disminuyó de 8,15 días en el primer periodo a 5,69 días en el segundo, siendo esta última variable estadísticamente significativa ($p=0,013$).

Conclusiones: La sociedad está incrementando su esperanza de vida, así como mejorando la calidad de la misma, lo cual se traduce en un aumento de pacientes ancianos que se someten a intervenciones quirúrgicas por cáncer colorrectal. Sin embargo, no se debe olvidar que se trata de pacientes con un mayor riesgo de complicaciones, bien debidas a la propia cirugía en sí como debido a descompensación de sus enfermedades de base. La implementación de un programa de prehabilitación multimodal, parece traducirse en una mejor y más precoz recuperación postoperatoria, así como un menor desajuste de su situación funcional basal.



Comunicaciones científicas orales

EFFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE SANGRE EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA COLORRECTAL. ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO DE 1128 PACIENTES INTERVENIDOS ENTRE 2012-2018

Ana Centeno Álvarez; Andrea de Miguel Pérez; Ángela Arrayás Valverde; Ruth López González; Andrea Sanz Llorente; Núria Farreras Catasús; Verónica González Santín; Carles Jericó Alba; Jordi Castellví i Valls. (*)

(*) Consorci Sanitari Integral - Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El efecto deletéreo de la anemia preoperatoria (AP) sobre los resultados a corto y largo plazo en la cirugía colorectal es algo establecido. El objetivo de este trabajo es valorar el efecto de la optimización preoperatoria de la AP con hierro endovenoso (HE) en el marco de un Programa de Gestión de Sangre (Patient Blood Management, PBM) sobre los resultados quirúrgicos de una Unidad de Cirugía Colorectal (CCR) de un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: Estudio de cohortes unicéntrico, prospectivo, no aleatorizado, comparativo y analítico, de una serie consecutiva de 1128 pacientes intervenidos de CCR con intención curativa. Análisis del efecto de la optimización preoperatoria sobre la evolución de la cifra de Hemoglobina (Hb) durante el ingreso, la necesidad de Transfusión de Hemoderivados (TH) y las complicaciones en el postoperatorio. Comparación entre los pacientes anémicos que recibieron HE (grupo 1) y los pacientes no anémicos (grupo 2). Análisis descriptivo de las características demográficas y análisis tipo propensity score de los resultados con Stata 13.1.

Resultados: Se identificaron 613 pacientes con AP (grupo 1) y 511 pacientes sin AP (grupo 2). Se excluyeron los pacientes que fueron transfundidos en el preoperatorio o aquellos en los que no se pudo seguir el circuito. Los pacientes del grupo 1 presentaron una media de edad y prevalencia de comorbilidades mayor que los del grupo 2, con diferencias estadísticamente significativas, así como mayor proporción de pacientes en tratamiento anticoagulante. Se observa una optimización efectiva con HE en grupo 1 y se consiguen igualar las Hb al alta entre ambos grupos, con una media de 10'3 en el grupo 1 y 11'8 en el grupo 2, sin diferencias estadísticamente significativas. Se estima un ahorro teórico de TH durante el postoperatorio de hasta el 15%. En el análisis de propensión, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a complicaciones o días de ingreso entre los dos grupos.

Discusión y conclusiones: La optimización preoperatoria con hierro endovenoso es una opción efectiva para el tratamiento de la anemia preoperatoria, con una mejoría de la Hb preoperatoria que se mantiene en el postoperatorio y conlleva una reducción teórica de las transfusiones de hemoderivados. En nuestra experiencia, el tratamiento con hierro endovenoso dentro del marco de un Programa de Gestión de Sangre es una medida sencilla y eficaz con resultados satisfactorios no sólo sobre la anemia preoperatoria sino también en el resultado postoperatorio y la recuperación de los pacientes.



Comunicaciones científicas orales

EFFECTO DEL HIERRO ENDOVENOSO SOBRE LA ANEMIA PREOPERATORIA EN EL CÁNCER COLORRECTAL. ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO DE 1128 PACIENTES INTERVENIDOS ENTRE 2012-2018

Ana Centeno Álvarez; Andrea de Miguel Pérez; Ángela Arrayás Valverde; Ruth López González; Andrea Sanz Llorente; Núria Farreras Catasús; Verónica González Santín; Carles Jericó Alba; Jordi Castellví i Valls. (*)

(*) Consorci Sanitari Integral - Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La mejoría de las cifras de Hemoglobina (Hb) preoperatoria en la cirugía oncológica colorectal es uno de puntos clave de las vías de recuperación intensificada pero su implementación no está siendo homogénea. Este trabajo tiene como objetivos presentar el modelo de Programa de Gestión de Sangre (Patient Blood Management, PBM) en una Unidad de Cirugía Colorectal (CCR) de un hospital de segundo nivel y valorar el efecto sobre la anemia preoperatoria (AP) de unos circuitos y protocolos preestablecidos junto con la administración de hierro endovenoso (HE).

Material y métodos: Estudio de cohortes unicéntrico, prospectivo, no aleatorizado, comparativo y analítico, de una serie consecutiva de 1128 pacientes propuestos para CCR con intención curativa. Descripción del protocolo de PBM del centro, que incluye la realización de una analítica al diagnóstico con perfil férrico y valoración del paciente en una Unidad de Anemias (UDA) para calcular el déficit real y plantear el tratamiento óptimo en base al tiempo hasta la cirugía. Análisis comparativo del efecto del hierro endovenoso sobre la cifra de Hb preoperatoria, entre los pacientes anémicos que recibieron HE (grupo 1) y los pacientes no anémicos (grupo 2). Estudio de la relación entre el incremento de la Hb preoperatoria y la dosis y el tiempo de administración del HE. Análisis descriptivo de las características demográficas y análisis tipo propensity score de los resultados con Stata 13.1.

Resultados: El seguimiento del circuito preestablecido y de los protocolos de PBM del centro se consiguió hasta en un 99,6% de los casos. Se identificaron 613 pacientes con AP (grupo 1) y 511 pacientes sin AP (grupo 2). Se excluyeron los pacientes que fueron transfundidos en el preoperatorio o aquellos en los que no se pudo seguir el circuito. Los pacientes del grupo 1 presentaron una media de edad y prevalencia de comorbilidades mayor que los del grupo 2, con diferencias estadísticamente significativas, así como mayor proporción de pacientes en tratamiento anticoagulante. La Hb media al diagnóstico de los pacientes del grupo 1 que finalmente fueron tratados con HE fue 9'9, con un incremento hasta una media de 11 en el preoperatorio inmediato, mientras que en el grupo 2 fue de 14'5 y 13'9 respectivamente. Se estima un ahorro teórico de transfusiones de hemoderivados de hasta el 13% en los pacientes con anemia detectada en el preoperatorio y correctamente tratada.

Discusión y conclusiones: La optimización preoperatoria con hierro endovenoso produce un incremento significativo de la Hb preoperatoria y un ahorro transfusional teórico notable. Todo esto toma una mayor importancia en el subgrupo de pacientes con anemia preoperatoria, dado que se trata de pacientes de más edad y comorbilidades. En nuestra experiencia, el tratamiento con hierro endovenoso dentro del marco de un Programa de Gestión de Sangre es una medida sencilla y eficaz con resultados satisfactorios sobre la anemia preoperatoria.



Comunicaciones científicas orales

EVALUACIÓN DE RESULTADOS TRAS APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL ONCOLÓGICA

Celia Báez de Burgos; Xaviera María Hernández Ramos; María José García Coret; Carolina Martínez Pérez; Alejandra de Andrés Gómez; Purificación Ivorra García-Moncó; Antonio Melero Avellán; Antonio Salvador Martínez; Cristóbal Zaragoza Fernández. (*)

(*) Hospital General Universitario de Valencia.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: En el año 2018 el cáncer colorrectal (CCR) representó el tercero en incidencia en ambos sexos por separado, siendo el tumor más frecuente diagnosticado en España en el año 2019 en ambos sexos (44.937 nuevos casos). La cirugía colorrectal, como cualquier cirugía mayor, puede presentar numerosas complicaciones, muchas de ellas muy graves, incluso asociar mortalidad. La incidencia de complicaciones postoperatorias tras la cirugía colónica varía según las diferentes series, pero se estima que oscila entre el 10 y el 30%. Estas complicaciones conllevan un aumento de la estancia hospitalaria y, por ende, de los costes del proceso asistencial. Actualmente, gracias a los avances en cirugía laparoscópica y las medidas de rehabilitación multimodal (RM), se han conseguido disminuir, en gran medida, estas complicaciones. En nuestro hospital (Hospital General Universitario de Valencia) se creó en 2016 el Grupo Rehabilitación Multimodal del Hospital General (GRAMGEA), implantándose un protocolo específico en cirugía colorrectal a partir de 2017 con una serie de medidas pre, peri y postoperatorias que han permitido el manejo uniforme de pacientes desde un abordaje multidisciplinar. Este grupo multidisciplinar cuenta con la colaboración de diversos servicios entre los que están Anestesiología y reanimación, Cirugía General, Rehabilitación, Endocrinología y nutrición, además cuenta con personal de enfermería cualificado y entrenado en la valoración preanestésica, el área prequirúrgica, la unidad de recuperación posanestésica (URPA), unidad de cuidados intensivos (UCI), la sala de ingreso postoperatorio y consultas externas.

Material y métodos: Se lleva a cabo un estudio observacional de cohortes con una cohorte histórica de pacientes intervenidos entre enero y diciembre de 2016, previo a la implantación del programa GRAMGEA (Grupo control), y una cohorte reciente de pacientes intervenidos entre enero y diciembre de 2019, tras la implementación y adhesión completa del programa (Grupo GRAMGEA). Se realiza un estudio comparativo en parámetros clínicos en ambos grupos, teniendo en cuenta marcadores como el tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria, días de ayuno postoperatorio, aparición de complicaciones postoperatorias (clasificadas mediante Clavien-Dindo), necesidad de reintervención quirúrgica y reingresos.

Resultados: Se incluyeron 180 pacientes, 90 por grupo. No se encontraron diferencias entre ambos en cuanto a comorbilidad previa. En el grupo GRAMGEA, el 100% de las cirugías fueron laparoscópicas frente al 76,7% del grupo control (p 0,000) con una tasa de conversión significativamente reducida en comparación con el grupo control (25,6% vs 8,9%; p 0,003). El uso de drenajes se ha visto muy disminuido desde la entrada del protocolo (77,8% vs 21,1%; p 0,000). El inicio de la movilización y la tolerancia en el grupo GRAMGEA se realiza el mismo día de la cirugía en el 56,7% y 66,7% de los casos respectivamente. Las complicaciones PO se han visto también disminuidas (47,8% vs 24,4%; p 0,001), así como la estancia hospitalaria, pasando de 9,88 a 5,14 días (p 0,000). La tasa de reingresos ha disminuido ligeramente (8,9% vs 6,7%) sin llegar a ser estadísticamente significativa.

Conclusiones: La implantación de un programa de Rehabilitación Multimodal en cirugía colorrectal en un hospital de tercer nivel es segura y eficaz. La puesta en marcha del programa GRAMGEA en el Hospital General de Valencia ha demostrado una reducción del número de complicaciones postoperatorias con estancias reducidas casi a la mitad con respecto al protocolo previo.



Comunicaciones científicas orales

EFFECTO DE UN PROTOCOLO DE PREHABILITACIÓN MULTIMODAL AMBULATORIO EN CÁNCER COLORRECTAL: RESULTADOS DE UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO PILOTO

Álvaro Soler-Silva; Francisco López Rodríguez-Arias; Luis Sánchez-Guillén; Daniel Triguero; Antonio Sanchís-López; María José Alcaide; Verónica Aranz; Antonio Arroyo. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Se han realizado ensayos clínicos para valorar los efectos de la prehabilitación en pacientes sometidos a cirugías de cáncer colorrectal, centrándose en objetivar la disminución de las complicaciones postoperatorias y los días de estancia hospitalaria, dejando en un segundo plano el enfoque trimodal.

Materiales y métodos: Se realizó un ensayo clínico aleatorizado piloto para analizar los cambios tras la realización de un protocolo de prehabilitación multimodal ambulatoria en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal. El protocolo consistió en realizar tres semanas antes de la intervención 30-40 minutos de ejercicio aeróbico/día, ejercicios de resistencia muscular 3 días/semana, ejercicios de mindfulness y suplementación nutricional proteica (NutAvant Plus©) para aportar más de 1,2g/kg/día. El objetivo principal fue valorar los cambios en los pacientes del enfoque trimodal. Como objetivo secundario se analizaron las complicaciones y la estancia hospitalaria.

Resultados: Se analizó un total de 42 pacientes, siendo 21 los pacientes aleatorizados en el grupo prehabilitación. Se obtuvo una mayor recuperación funcional en el test de la marcha de los 6 minutos en el grupo prehabilitación 355.8 ± 121.9 metros vs control 277.8 ± 129.8 metros; $P=0.08$. En el análisis de calidad de vida del SF-36 se obtuvieron mejores puntuaciones en grupo prehabilitación en las esferas "Vitalidad" (60 puntos (29.9), $p=0.016$), "Función Social" (81.2 puntos (62.5-100), $p=0.003$), "Salud mental" (76 puntos (53-88), $p=0.006$) y "Esfera mental global" (68.8 puntos (54.8-92.6), $p=0.017$); y en la esfera de análisis de síntomas depresivo en test HADS (3 puntos (1-6), $p=0.03$). En el estudio de la composición corporal se obtuvo una menor atenuación de masa muscular y una mayor pérdida de masa grasa en el grupo prehabilitación. Secundariamente se obtuvieron un menor porcentaje de complicaciones postoperatorias Clavien-Dindo I-II (grupo Control 36.67% vs grupo Prehabilitación 18.33%) y Clavien-Dindo III-V (grupo Control 27% vs grupo Prehabilitación 18%); así como una mejor estancia hospitalaria media en el grupo prehabilitación 6.29 ± 4.05 días.

Conclusión: La realización de un protocolo de prehabilitación multimodal ambulatoria, además de mejorar los resultados postoperatorios, aporta una mejora de la composición corporal, recuperación funcional y salud mental de los pacientes intervenidos de cáncer colorrectal.



Comunicaciones científicas orales

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN ÁREA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO COMPLEJO (AAPQC) PARA LOS PACIENTES FRÁGILES CON CÁNCER COLORRECTAL

Ruth López González; Ana Centeno; Helena Gómez; Luis Ignacio Ortiz de Zárate; Nuria Borrell; Lucía Gil; Jordi Castellví. (*)

(*) Consorci Sanitari Integral. Sant Joan Despí. Barcelona.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La edad avanzada, comorbilidades y fragilidad repercuten en la morbimortalidad postoperatoria de los pacientes quirúrgicos con cáncer colorectal. El objetivo de este estudio es valorar el efecto de la atención integrada, multidisciplinar e individualizada de estos pacientes mediante la implementación de una Área de Atención al Paciente Quirúrgico Complejo (AAPQC).

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional y comparativo que revisa los resultados de 162 pacientes consecutivos sometidos a cirugía colorectal con intención curativa entre 2015 y 2019, 82 de ellos considerados pacientes frágiles ASA III o IV e incluidos en la AAPQC (Grupo I) y 80 pacientes no frágiles intervenidos durante el mismo periodo (Grupo II). Comparación de resultados quirúrgicos, complicaciones, estancia hospitalaria e influencia del grado de fragilidad en la evolución postoperatoria mediante análisis estadístico y de regresión con Stata 13.0.

Resultados: No se hallan diferencias en cuanto a estancia media (10.1+/-5.3 Grupo I vs 9.8+/-7.3 Grupo II, $p=0.08$), complicaciones Clavien-Dindo III-IV, reintervenciones o mortalidad ($p>0,05$). Dentro del Grupo I, el grado de fragilidad (valorado con la escala de Barthel) se correlaciona con la aparición de más complicaciones postoperatorias ($p<0.05$). No se halla correlación entre edad y grado de fragilidad o complicaciones ($p>0.05$).

Conclusiones: La implementación de una Área de Atención del Paciente Quirúrgico Complejo para los pacientes frágiles que han de ser sometidos a una intervención de cáncer colorectal permite realizar un manejo integral, individualizado y multidisciplinar. Esto conlleva que, a pesar de que sean pacientes más vulnerables, no presenten más morbimortalidad ni prolongación de las estancias medias. El grado de fragilidad es un buen predictor de la morbilidad postoperatoria, a priorizar antes que la edad aislada. Es un factor que debemos tener en cuenta antes de someter a un paciente a una intervención quirúrgica compleja y que nos permite anticiparnos a posibles eventos adversos postoperatorios.