



Comunicaciones científicas libres

¿ES EL HALLAZGO DE NEOPLASIA INCIDENTAL DE VESÍCULA BILIAR UN FACTOR DE MAL PRONÓSTICO?

Guerreiro Caamaño Aloia; González Bermúdez Manuel; Rodríguez Rojo Sergio; López Domínguez Carlota; Blanco Rodríguez Angélica; Madarro Pena Carla; Aguirrezabalaga Martínez Irene; Torres Díaz Mónica; Quirós Rodríguez María; Santos Viéitez Lucia; Robla Álvarez David; Gómez Area Esther; Noguera Aguilar José Francisco. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El cáncer de vesícula biliar es el tumor maligno más frecuente de la vía biliar extrahepática. Los factores pronósticos de este tipo de tumores están bien establecidos; sin embargo, existe muy poca bibliografía a cerca de aquellos que se diagnostican de forma incidental. El objetivo principal de este estudio es observar cómo se comportan este tipo de tumores tras un hallazgo incidental, centrándonos principalmente en los hallazgos anatomopatológicos y su evolución tras el tratamiento.

Material y métodos: Se realiza un estudio de cohortes retrospectivo recogiendo pacientes diagnosticados de cáncer de vesícula biliar entre los años 2015 y 2020. Obteniendo un total de 103 pacientes con este diagnóstico. Se excluyen aquellos que no fueron subsidiarios de tratamiento quirúrgico (73). De los 30 restantes 1 no se incluye en el análisis por pérdidas en el seguimiento; por lo que finalmente se analizan 29 pacientes.

Resultados De los factores de riesgo relacionados con las neoplasias vesiculares en nuestra muestra se corrobora que el 48'2 % tenía un IMC > 30, el 58'6 % eran mujeres, el 96'6 % mayores de 50 años y un 69 % presentaban litiasis vesicular. Llama la atención que, en nuestra serie en torno a un 60 % (17) de los casos fueron diagnosticados de forma incidental tras la realización de colecistectomía por otro motivo. Dentro de este último grupo, la población tiene características similares en cuanto a edad, sexo, factores de riesgo que se describieron previamente. En cuanto al estadio tumoral nos encontramos con que un 11,8 % presentaba un Tis, 12 % T1a, un 24 % T1b, un 17,6 % T2a, un 5,9 % T2b, un 30 % T3 y ningún T4. De esta forma, un 47 % del total tuvo que someterse a una segunda intervención siendo la más realizada la segmentectomía IV-V, linfadenectomía y exéresis del colédoco. Finalmente se consiguió cirugía R0 en un 60% de los pacientes. Tras la misma, se han podido identificar infiltración ganglionar en 4 de los 17 pacientes del grupo. Hay que destacar que un 30% de estos tumores presentaban al diagnóstico infiltración del conducto cístico encontrando diferencias con respecto al grupo general (7/29). Además, hemos conseguido establecer una relación estadísticamente significativa con un RR de 4,5 entre la infiltración del cístico y la afectación ganglionar lo que influiría de forma negativa en la supervivencia. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a cirugía R0, número de ganglios afectos con respecto a la población general pero sí en la necesidad de reintervención. En cuanto a la supervivencia, a pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas sí que podrían ser clínicamente relevantes (grupo global = 20 meses de media; grupo incidental = 15 meses con una p de 0,3).

Conclusión: El hallazgo incidental de un tumor de vesícula biliar tiene consecuencias en el manejo de esta patología con la necesidad de una segunda intervención en la mayor parte de los casos, pudiendo reflejarse en la supervivencia. Se necesitan estudios de mayor volumen y calidad científica para confirmar los hallazgos descritos.



Comunicaciones científicas libres

¿ES LA ILEOSTOMÍA VIRTUAL UNA ALTERNATIVA SEGURA AL ESTOMA DE PROTECCIÓN? ESTUDIO COMPARATIVO

Reinoso Hermida Ayla; Aldrey Cao Inés; Santos Lloves Ramón; Núñez Fernández Sandra; Rodríguez Outeiriño Alejandro; Estrada López Carlos Roberto; Martínez Martínez Carmen; Alberca Remigio Claudia; García García Manuel. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La fuga anastomótica es una de las complicaciones más temidas en la cirugía colorrectal. El uso de estomas de protección ha reducido la morbimortalidad asociada a la misma, pero no están exentos de complicaciones, por lo que se ha propuesto la realización de ileostomías virtuales en casos seleccionados. El objetivo principal: Comparar tres enfoques terapéuticos en pacientes sometidos a resección anterior con anastomosis colorrectal. Objetivos secundarios: Identificar y comparar factores de riesgo de fuga anastomótica, morbilidad postoperatoria y complicaciones tardías entre las distintas ramas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico incluyendo pacientes intervenidos de cáncer de recto con anastomosis colorrectal entre enero 2020 y diciembre 2021, subdivididos según se les haya realizado un estoma de protección, ileostomía virtual o anastomosis no protegida.

Resultados Se incluyó un total de 81 pacientes en el estudio, subdivididos por grupos: 27 en el de estoma de protección (33,3%), 24 en el de ileostomía virtual (29,63%) y 30 en el de no protegida (37%). Se analizaron las características y comorbilidades de los pacientes y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las mismas, salvo en mejores cifras de hemoglobina preoperatoria en el grupo de ileostomía virtual (p.004). Se analizó la tasa de fuga anastomótica en los tres grupos, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto al abordaje quirúrgico (abierto vs laparoscópico) o al tipo de técnica empleada. Tras realizar un análisis univariante, se identificaron como factores riesgo de fuga anastomótica: IMC >31kg/m², neoplasia de recto inferior, quimiorradioterapia neoadyuvante y cáncer de recto cT >2. Mediante el estudio analítico de los niveles de proteína C reactiva (PCR) y conteo de leucocitos al 4º día de la intervención, se objetivó que, aunque hasta un 50% de los pacientes con cifras de la primera entre 15-20mg/L presentaban fuga anastomótica, alcanzando incluso el 77% si las cifras eran >20mg/L, estos resultados no eran estadísticamente significativos. Tampoco se encontraron diferencias significativas en relación con la presencia de leucocitosis. Durante el postoperatorio hubo que convertir 5 ileostomías virtuales y abrir 1 ileostomía de protección en el grupo sin estoma. Tras 13 meses de seguimiento medio, han sido revertidas 4 de ellas sin complicaciones. El uso de ileostomía virtual permitió evitar un 79,1% de estomas en pacientes seleccionados, con riesgo medio-alto de fuga anastomótica. Se registraron 6 éxitos durante el seguimiento, ninguno relacionado con complicaciones postoperatorias.

Conclusión: La ileostomía virtual es un procedimiento seguro en paciente seleccionados con anastomosis colorrectal, que permite evitar estomas de protección innecesarios, reduciendo la morbilidad asociada a los mismos. Es necesario establecer un protocolo de seguimiento estrecho con estudios analíticos, radiológicos y la realización de una rectosigmoidoscopia que nos permita la detección y manejo precoz de la fuga anastomótica.



Comunicaciones científicas libres

HERNIAS INCISIONALES ABDOMINALES ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES EN NUESTRO MEDIO? ¿TIENE CABIDA LA UTILIZACIÓN DE MALLAS PROFILÁCTICAS?

García-Melón Abel; Anguita Ramos Francisco Javier; González López Rocío; Vázquez González Irene; Lenza Trigo Patricia; Ocharan Puell María Claudia; Conde Vales José. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: A pesar de los avances en el cierre de pared abdominal tras una laparotomía, se ha visto que el número de hernias incisionales no ha ido descendiendo al mismo ritmo. Hoy día esto supone un problema, que afecta a entre el 2 y el 50% de los pacientes sometidos a una laparotomía media, que se agrava hasta el 70% en los que además cuentan con factores de riesgo como la obesidad. Esto supone la necesidad de reintervenir muchos pacientes. **Objetivos:** 1) Conocer cuáles son los principales factores en común entre los pacientes que han sufrido una hernia incisional en nuestro hospital desde enero de 2019 hasta agosto de 2021. 2) Valorar cuántos de ellos podrían haberse beneficiado de una malla profiláctica.

Material y métodos: Se solicita aprobación para el tratamiento de los datos por parte del comité de ética asistencial del Hospital Universitario Lucus Augusti, con resultado favorable. La población del estudio fueron los pacientes que han sufrido una hernia incisional en nuestro hospital desde enero de 2019 hasta agosto de 2021, un total de 202. Quedaron excluidos del estudio los pacientes: 1) Con hernias para-colostómicas. 2) Sin datos de la cirugía inicial causante de la hernia incisional. 3) Los que rechazaron la reparación. El total de la muestra final del estudio fueron 101 pacientes. Se realizó un estudio retrospectivo transversal. Con un análisis descriptivo de la muestra obtenida.

Resultados Edad media de 62 años. Un 52,4% eran mujeres y un 47,6% hombres. Entre los factores predisponentes a una hernia incisional en nuestra muestra destacaron: El 95,05% tenía un IMC ≥ 25 . El 59,4% tenía cirugías abdominales previas. Estaban en tto oncológico el 56,45%. Cirugía origen del evento: El 59,42% había recibido una laparotomía media. La cirugía fue programada en el 67,3% y urgente en el 32,7%. Solo en el 2% de los pacientes se aplicó la técnica small bites y solo al 17% se les colocó malla. Cirugía de reparación: Un 88,7% fueron hernias incisionales. El 15,85% se repararon vía laparoscópica. La técnica small bites se empleó en 16,8% de los pacientes. El 100% de las reparaciones fueron con malla. Donde las posiciones más frecuentes fueron supra-aponeurótica 34,65% y retromuscular 33,66%. El 77% fueron de polipropileno. Un 5,95% han recidivado tras la reparación.

Conclusión: Los principales factores comunes en nuestra muestra para hernia incisional son un IMC ≥ 25 , haber sido operado de forma programada, haber recibido como incisión una laparotomía media y ser paciente oncológico. En los meta-análisis de Martijn Depuydt et al y Borab et al se observan diferencias significativas que apoyan el uso de mallas profilácticas, en pacientes con este IMC y que reciben una laparotomía media. Se extrapoló que un 50,49% de nuestra muestra podría haberse beneficiado de una malla profiláctica en la primera cirugía.



Comunicaciones científicas libres

DISPLASIA FIBROMUSCULAR Y SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO: ¿CAUSA Y CONSECUENCIA?

Vázquez González Irene; González López Rocío; Navarro Quirós Gisela; Conde Rodríguez María; Anguita Ramos Francisco Javier; García-Melón Abel; Lenza Trigo Patricia; Conde Vales José. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Presentamos un caso de displasia fibromuscular (DFM) con posible síndrome de ligamento arcuato medio (SLAM) asociado, donde se valora si la terapéutica combinada quirúrgica y endovascular es la mejor alternativa.

Material y métodos: Mujer de 41 años hipertensa y DFM con afectación coronaria, que requirió implantación de más de 10 stents bioabsorbibles entre 2017 y 2019. En TAC aórtico de control se describen estenosis irregulares del tronco celíaco (TC), con arrosamiento distal y de la arteria hepática común, menos claras en la arteria hepática izquierda, sospechoso de DFM. Ante la ausencia de síntomas abdominales, se inició seguimiento clínico-radiológico. En 2020 inicia dolor abdominal postprandial y adelgazamiento de más de 16 Kg en un año. Se repite angioTc, observándose estenosis severa del TC y dilatación postestenótica por compresión del ligamento arcuato medio (LAM). Se completa estudio con arteriografía, confirmando estenosis del origen del TC, dilatación postestenótica y buena suplencia por la arcada gastroduodenal. No modificación de la estenosis con maniobras respiratorias. Se descarta patología malabsortiva, trastorno de conducta alimentaria y alteración psicológica-psiquiátrica. Tras debatir el caso en sesión multidisciplinar, se decide sección quirúrgica del LAM.

Resultados: Mediante abordaje robótico, se disecciona el TC y secciona el LAM, objetivando compresión del TC en la salida de la aorta y arrosamiento post-estenótico. Tras diseccionar el TC se produce un sangrado de difícil visualización y control. Dados los antecedentes, se decide conversión a cirugía abierta y se hemostasia el vaso nutricio del ganglio celíaco. En el postoperatorio no hubo incidencias, con buena tolerancia oral y sin dolor, siendo alta al 4º día.

Conclusión: La DFM es una enfermedad vascular no aterosclerótica, no inflamatoria, sectorial, que puede resultar en estenosis y oclusión vascular, aneurismas o disección. Un 25% presenta afectación varios territorios. Sólo un 10% afecta a arterias viscerales. La ruptura aneurismática es infrecuente. La disección arterial puede ocurrir con la manipulación, como en varias ocasiones en la paciente en los procedimientos endovasculares cardíacos. El diagnóstico estándar es la angiografía, con patrón clásico "en collar de cuentas", alternando estenosis con dilataciones por pérdida muscular. El SLAM o compresión del TC se produce cuando el diafragma tiene implantación baja o el TC una salida alta en la aorta, comprimiéndolo. Su incidencia es muy baja, suele cursar con adelgazamiento y dolor abdominal (no necesariamente postprandial por el desarrollo de colaterales de la arcada gastroduodenal compensando la isquemia por revascularización retrógrada). También se sugiere un posible origen por irritación crónica del plexo celíaco, con vasoconstricción esplácnica e isquemia. Como en la DFM, la angiografía es la base del diagnóstico. El tratamiento endovascular exclusivo mediante angioplastia/ Stent, útil en la DFM, ha obtenido malos resultados en el SLAM, por la compresión extrínseca de fibras diafragmáticas. En nuestro caso, no se descarta, si la evolución no es suficientemente satisfactoria, añadir un procedimiento endovascular posterior para tratar la estenosis en una pared crónicamente dañada por la DFM.



Comunicaciones científicas libres

APLICACION DE CÉLULAS MADRE EN FÍSTULAS PERIANALES COMPLEJAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

Otalora Mazuela Leire; Barreiro Domínguez Erica; Pérez Corbal Larai Cordovés Weiller Iván; Lladro Esteve Miguel; Castrodá Copa David; Ballinas Miranda Julio; Parajó Calvo Alberto. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Evaluar la respuesta al tratamiento con células madre (Darvadstrocel®) en fístulas perianales complejas de pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) tras fracaso de tratamiento médico convencional y describir los resultados obtenidos en nuestro medio hospitalario tras diez años de experiencia en su aplicación.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analiza el resultado de la aplicación de células madre en 16 pacientes con EC tratados en el Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra; 10 pacientes durante los ensayos de investigación Admire I y II y 6 casos tras el informe de posicionamiento terapéutico de Darvadstrocel®, aprobado en octubre del 2019 y siendo nuestro hospital el primero en aplicarlo en España una vez aprobado su uso. Los criterios de inclusión son edad > 18 años, EC inactiva o con actividad leve, fístula perianal compleja, máximo 2 orificios internos (OFI) y 3 externos (OFE), resistencia a tratamientos médico-quirúrgicos y ausencia de actividad rectal y de abscesos confirmada por colonoscopia y RMN, respectivamente. El tratamiento en todos los casos se realizó en 2 fases: primera (cirugía de acondicionamiento) y segunda (aplicación de la terapia a las 3 semanas).

Resultados: La respuesta al tratamiento se clasificó en remisión combinada (ausencia de drenaje tras presión digital y ausencia de colecciones > 2cm confirmada mediante RMN a los 6 meses), remisión clínica (ausencia de drenaje tras presión digital y cierre de los OFEs) y no respuesta o recidiva. El seguimiento de los pacientes se realizó a los 2, 6 y 12 meses. Un 50% obtuvieron remisión combinada a los 12 meses, un 66,66% respondieron de forma clínica y un 16,6% recidivaron. Entre los pacientes que respondieron parcialmente, 2 de ellos siguen en control evolutivo pues su seguimiento a día de hoy es inferior a 12 meses y en situación similar se encuentra uno de los pacientes con recidiva. Más del 90% de los pacientes refieren una mejoría significativa en su calidad de vida.

Conclusión: La terapia de células madre con Darvadstrocel® es actualmente la alternativa terapéutica que presenta mayor porcentaje de curación con menor riesgo de complicaciones. Para el éxito del tratamiento es necesario contar con un equipo multidisciplinar bien coordinado y con cirujanos experimentados en su aplicación, siendo nuestro hospital un centro con destacada experiencia.



Comunicaciones científicas libres

A PROPÓSITO DE UN CASO DE PERFORACIÓN YATROGÉNICA

Méndez Fernández Óscar; González Bermúdez Manuel. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La colonoscopia es un procedimiento que puede ser empleado tanto con fines diagnósticos como terapéuticos, que entraña pocos riesgos, pero que en aproximadamente el 1% de ellas se pueden producir complicaciones locales como perforaciones, hemorragias (0,1%-6%), peritonitis y otras como eventos cardiovasculares o incluso la muerte. El objetivo de esta comunicación es analizar el manejo de la perforación durante la colonoscopia, cuya incidencia oscila entre el 0,02-0,8%.

Material y métodos: Nos remitimos a un caso del Hospital Universitario de A Coruña, en el que un varón de 76 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca, hepatopatía y enfermedad renal crónica, es sometido a un estudio de endoscopia digestiva baja por la positividad de un test de sangre en heces, durante el que se produce una perforación a nivel del sigma, por lo que avisan al servicio de Cirugía General que, tras la realización de un TC en el que se observa neumoperitoneo, decide la realización de una laparotomía exploradora hallándose una perforación de 7cm en el borde antimesentérico del sigma, por lo que se toma la decisión de hacer un Hartmann debido a las comorbilidades del paciente.

Resultados: Revisando las últimas guías acerca del manejo de las perforaciones colónicas tras la realización de una endoscopia digestiva baja, vemos que tenemos esencialmente tres opciones terapéuticas: Tratamiento conservador en pacientes hemodinámicamente estables, perforaciones de menos de 2 cm, diagnosticadas de forma tardía con síntomas leves o aquellas que no asocien peritonitis. Abordaje endoscópico de las perforaciones de pequeño tamaño que se diagnostican durante el procedimiento, pero hay que tener en cuenta que este tipo de tratamiento depende de la habilidad del endoscopista. En cuanto al manejo quirúrgico, la laparoscopia se reserva para pacientes con buena preparación intestinal y poca contaminación peritoneal, siendo la laparotomía empleada con mayor frecuencia. La realización de una sutura primaria, una estoma o una anastomosis primaria depende de las características y localización de la perforación, así como de las comorbilidades del paciente.

Conclusión: Las complicaciones durante o tras la colonoscopia son eventos poco frecuentes, sin embargo, pueden llegar a amenazar la vida del paciente y por ello han de ser diagnosticadas y tratadas de forma precoz. El manejo de las mismas por un equipo multidisciplinar experimentado, integrado por radiólogos, endoscopistas y cirujanos generales es esencial para evitar desenlaces fatales.



Comunicaciones científicas libres

DRENAJE EXTERNO CON CATÉTER DEL CONDUCTO PANCREÁTICO EN PANCREATICO-YEYUNOSTOMÍA TRAS PANCREATICO-DUODENECTOMÍA CEFÁLICA

Prieto Daniel; Martínez Lara; Toscano Alberto; Climent Antonio. (*)

(*) Hospital Ribera POVISA, Vigo.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Evaluar las POPF (fístulas pancreáticas postoperatorias) en pacientes intervenidos en nuestro centro tras la implementación del uso de catéteres pancreáticos exteriorizados en las duodeno-pancreatectomías cefálicas.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de una serie de 9 pacientes sometidos a DPC en los que empleó tutor pancreático exteriorizado independientemente del Fístula Risk Score: CR-POPF durante el período de enero a septiembre de 2022. Los niveles séricos de amilasa en drenaje se midieron a las 24 y 72 horas de la cirugía y se correlacionó su valor con las complicaciones en el postoperatorio, necesidad de reintervención y mortalidad.

Resultados: La media de edad fue de 66 años. Sexo 22% mujeres y 78% hombres. La mediana de Fístula Risk Score (CR-POPF) fue de 6/10 y una media de 5,5/10. El nivel sérico medio global de amilasa en drenaje a las 24 horas de la cirugía fue de 1851 mg/dL y a las 72 horas de 168 mg/dL. La mediana de la amilasa a las 24 horas fue de 1200 mg/dL y a las 72 horas de 195 mg/dL. Se registró una tasa de fugas bioquímicas del 44% a las 24 horas y 0% a las 72 horas, fístulas pancreáticas tipo B 0% y fístulas pancreáticas tipo C del 0%. Drenaje percutáneo 0%, reintervención por fuga 0%, reingresos en UCI 0%, reingreso hospitalario 0% y mortalidad 0%. La estancia media postoperatoria fue de 12 días, mediana 8 días.

Conclusión: En nuestra corta experiencia con el uso protocolizado de tutor pancreático externo: 1.- Es una técnica sencilla y reproducible. 2.- Parece que disminuye la incidencia de fístula pancreática tipo B y C y por lo tanto sus complicaciones.



Comunicaciones científicas libres

OPCIONES QUIRÚRGICAS EN EL CÁNCER DE COLON DE FLEXURA ESPLÉNICA: REVISIÓN DE LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Provedo del Valle D.; Matías Beteta G.; Hernández García L.; Busto Hermida L.;
Vázquez Bouzán R.; Climent Aira A. (*)

(*) Hospital Ribera POVISA, Vigo.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Revisar la literatura médica acerca de las distintas opciones quirúrgicas en el manejo del cáncer de colon de flexura esplénica y analizar los datos operatorios, la morbimortalidad y el impacto oncológico de los pacientes intervenidos en nuestro centro con estas patologías.

Material y métodos: Se realiza una revisión de las publicaciones de los últimos 10 años hasta la fecha en las principales bases de literatura científica (Pubmed, Medline, UpToDate). Se revisaron los datos de una serie de pacientes (n=23) intervenidos en nuestro centro (desde 10/04/2018 al 04/08/2022) utilizando el programa informático "SPSS" para el análisis estadístico.

Resultados: En base a la revisión de la literatura, la colectomía segmentaria oncológica del ángulo esplénico (CSOAE) ha demostrado tasas de supervivencia y tiempo libre de enfermedad equiparables al resto de técnicas. Añadiendo, además, una reducción de la morbilidad global y el tiempo de estancia media. En cuanto a nuestro análisis estadístico, de los 23 pacientes 18 se intervinieron de CSOAE y los 5 restantes se les realizó una hemicolectomía izquierda (HCI). El tiempo quirúrgico medio para la CSOAE fue de 180 minutos mientras que para la HCI fueron 230 minutos ($p < 0,05$). La estancia hospitalaria media fue de 5,8 días vs 8,6 días respectivamente ($p = 0,09$). Atendiendo a la morbilidad, 2 de los 5 pacientes operados de HCI tuvieron una complicación postoperatoria, frente a los 4 de los 18 pacientes que se intervinieron de CSOAE ($p > 0,1$). A día de hoy, no se ha documentado el exitus en ninguno de los pacientes. El tiempo de seguimiento medio fue de 1,8 años. El porcentaje de recaída a los 6 meses, al año y a los dos años es del 0% para la CSOAE mientras que 1 de los 5 pacientes con HCI recidivó antes de los 6 meses.

Conclusión: Apoyándonos en lo anteriormente expuesto, podemos concluir que la CSOAE es una intervención segura técnicamente y correcta desde el punto de vista oncológico para el abordaje del cáncer de colon de flexura esplénica. La selección e individualización de cada paciente son necesarias para ofrecer la mejor opción quirúrgica en cada caso. Dentro de las limitaciones de nuestro estudio, encontramos que los pacientes intervenidos de CSOAE en comparación con la HCI presentan una reducción de la estancia media y de la morbilidad, aunque sin alcanzar la significación estadística. Además, presentan tasas de supervivencia y tiempo libre de enfermedad según los estándares oncológicos actuales. Si bien es cierto que con un mayor tamaño muestral y mayor tiempo de seguimiento se obtendrían resultados más consistentes.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia

SOCIGA

LXVI Reunión SOCIGA. Santiago de Compostela, 25-26 de noviembre de 2022

Comunicaciones científicas libres

CIERRE DE ILEOSTOMÍA EN ASA: TÉCNICA QUIRÚRGICA

Cordovés Weiler Iván; Ballinas Miranda Julio Roberto; Barreiro Domínguez Erica; Pérez Corbal Lara; Lladro Esteve Miguel; Otalora Mazuela Leire; Castroda Copa David; Pascual Gallego Miguel Ángel; Parajó Calvo Alberto. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La intervención de cierre de ileostomía es un procedimiento que se realiza de manera rutinaria en los Servicios de Cirugía Digestiva pero no está exento de complicaciones, por lo que es importante realizar una técnica quirúrgica correcta.

Material y métodos: Se realiza una grabación paso por paso de una intervención de cierre de ileostomía.

Resultados: Se realizan los siguientes pasos: Incisión de piel periestomal. Cierre de orificio del estoma. Disección y liberación del estoma. Resección de la ileostomía con endograpadora. Anastomosis laterolateral anisoperistáltica mecánica. Cierre de orificio del mesenterio. Cierre de aponeurosis. Cierre de tejido celular subcutáneo y cerclaje cutáneo.

Conclusión: El cierre de ileostomía es una intervención que todo cirujano digestivo debe saber realizar de manera correcta, por lo que es importante contar con recursos videográficos que muestren la técnica quirúrgica.



Comunicaciones científicas libres

EL CÁNCER DE VESÍCULA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

Orellana León M.; Otero Torron, B.; Lavin Montoro L.; Marcacuzco A.;
Caso O.; Jiménez Romero C.; Justo Alonso I. (*)

(*) Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La patología tumoral hepatobiliar incrementa su incidencia según aumenta la edad poblacional. Así mismo presenta con mayor frecuencia comorbilidades, por lo que la oportunidad quirúrgica suele ser menor en este grupo etario. La patología tumoral vesicular es infrecuente en Occidente, resultando excepcional el tratamiento quirúrgico en la población añosa en una patología con ominoso pronóstico, viendo limitado su acceso a tratamientos quimioterápicos.

Material y métodos: Se llevó a cabo un análisis descriptivo, retrospectivo y comparativo entre un grupo de pacientes menores de 80 años y otro de edad igual o mayor de 80 años, con cáncer de vesícula biliar. El ámbito del estudio fue la Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante de Órganos Abdominales del Hospital Universitario "12 de Octubre", de Madrid. El periodo de estudio comprende desde enero de 2010 a enero de 2022, con un periodo de seguimiento mínimo de 9 meses. Se han realizado un análisis de variables cualitativas mediante los test de la U de Mann-Withney y el test de Ficher o Chi cuadrado en la cuantitativas según normalidad.

Resultados: No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el sexo, la DM y los hábitos tóxicos entre la población mayor y menor de 80 años. No hemos encontrado diferencias en la presentación clínica de nuestros dos grupos, sin embargo, la presentación incidental ha sido más frecuente en pacientes menores de 75 años. El tratamiento quirúrgico ha sido más frecuente en la población más joven, además ha resultado ser más agresivo. Los menores de 80 años presentan un estadio tumoral más avanzado en cuanto a la T, de forma que los estadios T3 o mayor han sido estadísticamente más frecuentes en la población más joven. La mayoría de los pacientes no han tenido estadificación ganglionar. Entre los analizados, la mayor frecuencia de afectación ganglionar se ha dado en la población más joven, que también ha presentado mayor tasa de diseminación a distancia. La supervivencia global no ha demostrado diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. Los pacientes mayores de 80 años han presentado una mayor tasa de complicaciones médicas, pero no diferencias en las complicaciones relacionadas con la propia cirugía, como la fistula o el sangrado.

Conclusión: EL tratamiento quirúrgico en la población mayor de edad es más limitado condicionando una menor supervivencia.



Comunicaciones científicas libres

EL USO DE TUTORES PANCREÁTICOS EN LAS DUODENO-PANCREATECTOMÍAS CEFÁLICAS, LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Lavín Montoro Lucia; Orellana León María; Justo Alonso Iago; García Picazo Alberto; Fernández Noel Silvia; Vega Novillo Viviana; Loinaz Seguro Carmelo; Jiménez Romero Carlos. (*)

(*) Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La reconstrucción después de resecciones de cabeza de páncreas sigue siendo un reto. El temor a la fístula pancreática ha diseñado más de 62 anastomosis distintas para su reconstrucción digestiva. Uno de los aspectos más controvertido es el empleo de tutores pancreáticos en la reconstrucción pancreático-yeyunal. Nuestro objetivo principal es analizar las diferencias entre la utilización de tutor interno (TI), tutor externo (TE) y la ausencia de su uso (NT) en esta patología.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio de cohortes retrospectivo en nuestro centro desde enero de 2012 hasta octubre de 2021, comparando las características preoperatorias y complicaciones postquirúrgicas, con un seguimiento de 6 meses, asociadas al uso de tutor interno, externo o su ausencia de uso en pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica (DPC) por neoplasias pancreáticas. De los 488 pacientes diagnosticados de neoplasias pancreáticas, se indicó la intervención en 251 pacientes realizándose una DPC en 205 (42%), de las cuales se empleó tutor externo en 105 pacientes (51,2%); tutor interno en 61 pacientes (29,7%) y no empleándose tutor en 39 pacientes (19,1%).

Resultados: Con respecto a las características preoperatorias los pacientes NT habían presentado una mayor frecuencia de diabetes (35,9%), de pancreatitis (28,2%) y un mayor porcentaje de conducto Wirsung dilatado (79,5%) de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La mayor parte de los pacientes no habían precisado prótesis previa, sin embargo, destaca la mayor frecuencia de prótesis metálica en el grupo NT (17,9%) y de prótesis plástica en el grupo TI (37,7%). En relación a las características intraoperatorias, en el grupo de TE destaca un menor tiempo operatorio con un tiempo medio de 6 horas. Los grupos NT y TI han presentado una mayor consistencia pancreática de forma estadísticamente significativa, así como un Wirsung de mayor tamaño. No hemos encontrado diferencias significativas en cuanto al estadiaje o a factores de riesgo de recidiva como la invasión vascular o la resección vascular en ninguno de los grupos. Con respecto a las complicaciones postquirúrgicas hemos encontrado un menor número de fístulas pancreáticas en el grupo NT (23%), encontrándose un mayor número de fístulas pancreáticas grado C en el grupo TI (13,1%). Las complicaciones Dindo IIIB (complicaciones que requieren tratamiento quirúrgico con anestesia general) fueron más frecuentes en el grupo NT, presentando el grupo TE la menor mortalidad postoperatoria (1,9%).

Conclusión: Las indicaciones del uso de tutor pancreático continúan siendo poco precisas. Las características preoperatorias y complicaciones postquirúrgicas parecen tener distintos resultados en función del uso o no de tutor pancreático.



Comunicaciones científicas libres

CIRUGÍA URGENTE DE LA DIVERTICULITIS AGUDA: HARTMANN VS ANASTOMOSIS PRIMARIA

López Domínguez Carlota; González Bermúdez Manuel; Rodríguez Rojo Sergio; Guerreiro Caamaño Aloia; Noguera Aguilar José Francisco. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El objetivo de este estudio ha sido el de comparar los resultados entre el procedimiento de Hartmann y la anastomosis primaria en la cirugía urgente de la diverticulitis aguda perforada, así como analizar la influencia de determinados condicionantes dependientes del sujeto sobre la técnica quirúrgica seleccionada.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio unicéntrico retrospectivo de cohortes incluyendo todos los pacientes registrados en nuestro centro entre los años 2016 y 2020 con el diagnóstico de diverticulitis aguda perforada que requirió cirugía urgente. De un total de 59 pacientes, 39 fueron sometidos a un Hartmann y 20 a una sigmoidectomía con anastomosis primaria. Se compararon ambas técnicas en términos de morbimortalidad, complicaciones postquirúrgicas y días de ingreso. Así mismo, se llevó a cabo un análisis descriptivo comparando ambos grupos de tratamiento en base a características clínicas individuales y criterios de gravedad presentes en el momento de la cirugía. Por último, se analizó la tendencia a una colostomía permanente tras cada procedimiento, tiempo hasta la reconstrucción y complicaciones derivadas.

Resultados: En el grupo Hartmann encontramos una edad media (68 vs 56 años, $p = 0,002$) y presencia de comorbilidades (51% vs 25%, $p = 0,05$) significativamente superiores al grupo anastomosis, así como un predominio femenino entre su población (69% vs 20%, $p = 0,001$). Sin embargo, no se demostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a gravedad radiológica (WSES > IB) descrita al diagnóstico (61% vs 75%, $p = 0,3$), presencia de peritonitis localizada / difusa (58% vs 55%, $p = 0,77$) o complicación séptica en el momento de la cirugía (20% vs 5%, $p = 0,11$) entre el grupo Hartmann y anastomosis, respectivamente. El grupo Hartmann sí mostró una media de complicaciones postquirúrgicas (43% vs 15%, $p = 0,028$) y mortalidad global (5% vs 0%) significativamente superiores, con el doble de días de ingreso (26 vs 13 días). Se reconstruyeron un 43% del total de pacientes tras un Hartmann ($n = 17$), con un intervalo medio de 16 meses, complicaciones postquirúrgicas en el 35% de los casos y una media de ingreso de 14 días. Tras 2 años de seguimiento, encontramos un 57% de colostomías permanentes en el grupo Hartmann frente a 0% en el grupo anastomosis primaria.

Conclusión: En la cirugía urgente de la diverticulitis aguda perforada, se ha visto que determinados factores dependientes del sujeto (edad y comorbilidades) pudieran tener una mayor influencia que la propia gravedad local del proceso evidenciada durante la cirugía a la hora de decantarnos por una técnica de Hartmann o resección con anastomosis primaria. Los peores resultados descritos en el grupo Hartmann parecen no derivar tanto del alcance de la peritonitis y factores locales de mal pronóstico (equiparables entre ambos grupos) sino de las características basales del sujeto que condicionarán en muchos casos una peor evolución aun llevando a cabo una cirugía "segura", en ausencia de anastomosis. Sobre un escenario clínico globalmente favorable, incluso en presencia de peritonitis, se propone la anastomosis primaria como una opción válida, con menor morbilidad y riesgo de estoma permanente.



Comunicaciones científicas libres

ANTIBIOTERAPIA AISLADA O NECESIDAD DE DRENAJE EN LAS DIVERTICULITIS AGUDAS COMPLICADAS CON ABSCESO

López Domínguez Carlota; González Bermúdez Manuel; Guerreiro Caamaño Aloia;
Rodríguez Rojo Sergio; Noguera Aguilar José Francisco. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El objetivo de este estudio ha sido el de comparar los resultados de la antibioterapia aislada frente al drenaje percutáneo asociado en aquellas diverticulitis agudas complicadas con absceso WSES \geq IB, en un intento por aproximarnos a la indicación, actualmente laxa, de ambas modalidades terapéuticas.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio unicéntrico retrospectivo de cohortes que incluyó a todos los pacientes registrados en nuestro hospital entre los años 2018 - 2020 con diagnóstico por TAC de diverticulitis aguda complicada con colección \geq WSES IB, sin peritonitis al ingreso. En 45 pacientes se decidió terapia antibiótica exclusiva, 8 se sometieron a drenaje percutáneo y 5 fueron intervenidos quirúrgicamente por tamaño/localización conflictiva del absceso o características del paciente. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los grupos en base a características de los sujetos, parámetros clínicos y evolución de la enfermedad, complicaciones, intervenciones requeridas y reingresos.

Resultados: Los pacientes tratados inicialmente con antibióticos presentaron un diámetro medio de la colección al ingreso significativamente menor que los drenados percutáneamente o los intervenidos quirúrgicamente (3 vs 5 vs 7 cm). El tratamiento inicial fracasó en 15 (33 %) de los pacientes con antibióticos y en 3 (38%) de los drenados, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,42$, bilateral). 10 pacientes tratados con antibioterapia (22%) requirieron cirugía urgente, 7 de ellos en forma de Hartmann, 1 colectomía subtotal y 1 lavado con drenaje por deterioro clínico, sepsis, desarrollo de fístulas o peritonitis. Todos los pacientes en los que fracasó el drenaje percutáneo inicial ($n=3$) precisaron cirugía urgente tipo Hartmann. No se encontraron diferencias significativas en la necesidad de intervención quirúrgica urgente entre la antibioterapia y el drenaje percutáneo ($p = 0,69$, bilateral). Tampoco hubo diferencias significativas en la media de días de ingreso entre ambos grupos de tratamiento (19 vs 21 días). De los pacientes con antibioterapia inicial, 5 (11%) precisaron drenaje percutáneo posterior, satisfactorio excepto en 1 caso que requirió rescate quirúrgico. No hubo diferencias significativas en el diámetro inicial del absceso entre aquellos que respondieron a antibioterapia aislada frente a los que no (3 vs 3.7 cm). Entre aquellos en los que no fue efectiva una terapia antibiótica, nos encontramos con una PCR media de 16 mg/dl al ingreso, clínica de diarrea en el 60%, una edad ≥ 75 años en el 75%, el primer episodio de diverticulitis en el 80% y comorbilidades en el 60%.

Conclusión: No se han visto diferencias significativas entre el tratamiento antibiótico exclusivo y el drenaje percutáneo en términos de fracaso terapéutico, necesidad de intervención quirúrgica urgente o estancia hospitalaria en aquellas diverticulitis agudas complicadas con colección WSES \geq IB sin peritonitis y con un tamaño comprendido entre 2 y 7 cm. La falta de efectividad antibiótica podría estar en relación con parámetros clínicos de inflamación presentes al ingreso y características del sujeto, siendo menos evidente la relación con el tamaño inicial de la colección.



Comunicaciones científicas libres

CONSECUENCIAS DE LAS ILEOSTOMÍAS DE PROTECCIÓN EN CIRUGÍA RECTAL

Matías Beteta G.; Provedo del Valle D.; Hernández García L.; Busto Hermida L.;
Vázquez Bouzán R.; Climent Aira A. (*)

(*) Hospital Ribera Povisa, Vigo.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Las ileostomías de protección son un recurso ampliamente utilizado en el contexto de anastomosis colorrectales de riesgo con la intención de disminuir la gravedad de un posible fracaso de la anastomosis. A pesar de no cumplir una función preventiva de la fuga en sí misma, juegan un rol en disminuir su impacto clínico y facilitar el manejo posterior a su aparición. Sin embargo, es bien conocido que su implementación no está exenta de riesgos, y está reportado un elevado número de complicaciones relacionadas a las mismas. Como consecuencia hemos investigado en nuestra población de pacientes la aparición de dichas complicaciones y analizado las diferencias entre grupos. Objetivo principal, contrastar la tasa global de eventos adversos entre portadores de ileostomías de protección frente a quienes no la tienen en pacientes intervenidos por cáncer de recto. Secundarios, comparar las diferencias en cuanto a número y gravedad de eventos adversos, asistencia a urgencias, reingresos, reintervenciones e ingreso en UCI entre estos dos grupos.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Total, de 95 pacientes intervenidos de forma programada de resección anterior por cáncer de recto en el Hospital POVISA de Vigo entre el 01 octubre de 2018 hasta el 01 octubre de 2022. Agrupados en dos categorías, 47 pacientes del grupo portador y 48 del no portador de ileostomía de protección. Análisis estadístico SPSS Statistics 24.0.

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la asistencia a urgencias en los primeros 30 días posteriores a la intervención en el grupo portador de ileostomía. A su vez, el número de reingresos en el mismo período fue mayor con significación estadística para el mismo grupo. Existe evidencia que en estos pacientes la tasa global de complicaciones postoperatorias se eleva cuando la cirugía principal se acompaña de una ileostomía.

Conclusión: La ileostomía de protección, a pesar de su demostrada utilidad, implica un incremento en las asistencias a urgencias, así como reingresos en cualquier servicio. Su ejecución supone la presencia de una mayor probabilidad de aparición de complicaciones postquirúrgicas en relación a un curso postoperatorio habitual. Sería recomendable explorar en el futuro aquellos factores pronósticos que permitan determinar el riesgo individualizado de cada paciente, y que, por medio de su aplicabilidad, permita seleccionar aquellos casos que aun dentro de las indicaciones conocidas actuales de ileostomía de protección, sean susceptibles a eximir su uso.



Comunicaciones científicas libres

FÍSTULA COLECISTOCUTÁNEA ESPONTÁNEA SOBRE CICATRIZ DE ILEOSTOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

López Domínguez Carlota; Robla Álvarez David; Rodríguez Rojo Sergio; Guerreiro Caamaño Aloia; García de Castro Ricardo; Noguera Aguilar José Francisco. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La fístula colecistocutánea se define como un tipo de fístula biliar externa, consistente en la comunicación directa de la luz vesicular con la pared abdominal a través de un trayecto fistuloso que permite la exteriorización de su contenido. Afecta más frecuentemente a mujeres mayores de 60 años y su principal etiología se atribuye a la inflamación crónica de la vesícula biliar en relación con colelitiasis no tratada. También se ha relacionado con cirugías previas / procedimientos percutáneos de drenaje biliar, traumatismos locales o incluso una neoplasia biliar maligna subyacente. Por lo infrecuente del cuadro, procedemos a presentar un caso de fístula colecistocutánea desarrollada de forma espontánea sobre una cicatriz de ileostomía previa en un paciente sin antecedentes conocidos de litiasis biliar sintomática.

Material y métodos: Se trata de un varón de 75 años diabético y EPOC, con un adenocarcinoma de recto medio T2N0 intervenido un año antes mediante una resección anterior baja e ileostomía de protección, sin datos de recidiva. El paciente es reintervenido al cabo de 7 meses para cierre de la ileostomía, con posterior infección de la herida quirúrgica en FID y desarrollo de absceso cutáneo crónico con débito purulento activo a dicho nivel durante los últimos 5 meses. Acude al servicio de Urgencias por la emisión repentina 48 horas antes de un cálculo de 3-4 cm a través de la incisión quirúrgica previa, con vertido posterior de abundante contenido líquido de aspecto biliar. El paciente no relata fiebre ni otra sintomatología abdominal relacionada y no constan antecedentes de clínica biliar conocida. A la inspección, se aprecia un orificio cutáneo fistuloso en FID con débito biliar activo a su través, bajo una exploración abdominal que por lo demás resulta anodina y sin alteraciones en parámetros analíticos. Consta en su historial un TC abdominal con contraste realizado 30 días antes, donde se visualiza la colección subcutánea conocida en FID con aparente extensión a fundus vesicular, pero sin fístula definida.

Resultados: El paciente es sometido a laparotomía exploradora urgente, en la que se evidencia una vesícula colapsada, sin datos de inflamación activa ni cálculos remanentes en su interior, fusionada a nivel del fundus con la pared abdominal anterior en FID. Se realiza una colecistectomía abierta con resección del trayecto fistuloso en subcutáneo. El examen histopatológico de la pieza revela datos de fibrosis e inflamación crónica perifístula, sin evidencia de malignidad. Como complicación en el postoperatorio el paciente experimenta nuevamente infección de la herida quirúrgica manejada con antibioterapia dirigida y curas locales.

Conclusión: La fístula colecistocutánea espontánea representa una rara entidad clínica de la que se han reportado menos de 100 casos en la literatura. El fistulograma y la colangiRMN pueden ayudar a definir la anatomía de la fístula, siendo el TC uno de los métodos más utilizados para aproximarnos al diagnóstico inicial. El tratamiento de elección es quirúrgico mediante colecistectomía con excisión del trayecto fistuloso, descartando malignidad u otra patología de la vía biliar subyacente al origen del cuadro.



Comunicaciones científicas libres

TUMORES PERIANALES RAROS: DE LO COMÚN A LO EXTRAORDINARIO

Rodríguez Rojo S.; López Domínguez C.; Guerreiro Caamaño A.; Bermúdez Pestonit; Robla Álvarez D.;
Gómez Area E.; Noguera Aguilar JF.; Queipo Gutiérrez. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El cáncer anal representa un 2.7% de las neoplasias gastrointestinales. Sin embargo, recientemente se ha convertido en una patología en auge y de gran interés. El principal tipo es el epidermoide, pero existen otros mucho menos frecuentes como tumores neuroendocrinos, el carcinoma basocelular, de células granulares u otras lesiones premalignas como la enfermedad de Paget perianal. El objetivo de este documento es ampliar el número de casos descritos sobre esta patología tan poco frecuente aportando diferentes opciones terapéuticas, así como realizar una revisión de la literatura existente hasta el momento.

Material y métodos: Se presentan 3 casos de enfermedades perianales poco frecuentes que tuvieron lugar en el CHUAC, durante los últimos 3 años. 1. Carcinoma basocelular: Paciente de 87 años que consulta por fístula perianal recidivada. Presenta prurito perianal, un leve sangrado y dolor en el reborde anal izquierdo, donde objetivamos una lesión triangular, deprimida, con los bordes indurados, de aspecto ulcerativo crónico. Se toma biopsia y citología que resultan negativos para malignidad. 2. Enfermedad de Paget extramamaria: Varón de 76 años que consulta por lesión perianal que rodea el ano contactando con él en su borde proximal. Como antecedente destaca que ha sido intervenido por carcinoma epidermoide de pulmón estadio IIIA, estando en el momento de la consulta libre de enfermedad. 3. Tumor de células granulares: Varón de 69 años derivado para valorar colgajo perianal. Como antecedente personal destacan varias polipeptomías colónicas por adenomas y pólipos. Presenta una lesión perianal de dos años de evolución con crecimiento progresivo, pruriginosa y con SOH positiva. La lesión es verrugosa, de aspecto condilomatosa. Se toman biopsias, resultando un papiloma escamoso hiperqueratósico sin signos de displasia y negativo para HPV.

Resultados: 1. Debido a la evolución tórpida a pesar de tratamiento conservador, se decide extirpación quirúrgica y biopsia. Durante el postoperatorio, se produjo infección de la herida, que requirió ingreso para limpieza y desbridamiento quirúrgico. Posteriormente, los resultados de anatomía patológica informaron la pieza como carcinoma basocelular. 2. Se realiza escisión de la lesión, marcada previamente con luz de Wood, precisando para la cobertura de la zona de extirpación dos colgajos V-Y. El informe anatomopatológico es compatible con enfermedad de Paget. No se presentaron complicaciones posteriores, manteniendo adecuada funcionalidad anal sin datos de estenosis ni incontinencia. 3. A pesar del resultado de la biopsia, debido al crecimiento de la lesión y su aspecto, se decide exéresis programada. El estudio anatomopatológico desvela un tumor de células granulares. En los controles posteriores, no se evidencian recidivas locales.

Conclusión: Los tumores perianales mencionados son patologías con una baja incidencia en la población general. Sin embargo, representan una posibilidad diagnóstica a tener en cuenta cuando la sintomatología y la exploración física son concordantes y ya se han descartado otras entidades más frecuentes. Es importante tener presentes los datos clínicos más sugestivos y conocer las diferentes opciones quirúrgicas de las que disponemos.



Comunicaciones científicas libres

ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE COMPLICACIONES TRAS RECONSTRUCCIÓN DE HARTMANN

González Bermúdez Manuel; Guerreiro Caamaño Aloia; Rodríguez Rojo Sergio; López Domínguez Carlota. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El objetivo principal de este estudio fue valorar el porcentaje y tipo de complicaciones existentes tras la cirugía, así como qué factores se asociaron a una mayor aparición de éstas.

Material y métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo de cohortes en el que se han incluido pacientes sometidos a una reconstrucción de Hartmann con o sin estoma de protección en el Área Sanitaria de A Coruña entre los años 2012-2020. Los pacientes que, debido a dificultad técnica, no se pudieron reconstruir han sido excluidos; sin embargo, aquéllos que, debido a complicaciones en el postoperatorio continuaron con una colostomía terminal al alta se han incluido en el estudio.

Resultados: Entre los años 2012 y 2020, en el área asistencial de A Coruña, se han realizado un total de 73 reconstrucciones del tránsito tras intervención de Hartmann con una mediana de ingreso de 10 días. De los 73 pacientes estudiados se han descrito complicaciones en 30 de ellos, lo que supone un 42% del total. Dentro de las complicaciones un 67% fueron tipo 1 según la clasificación de Clavien-Dindo, siendo la más frecuente la infección de herida quirúrgica. Se han tenido que reintervenir un 5% del total a causa de una fístula de la anastomosis. En cuanto a las características del paciente se ha observado que la obesidad, el tabaquismo y los niveles de albúmina <4 influyen de manera estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la aparición de complicaciones con un RR de 3.1, 3 y 4,5 respectivamente. No se han podido encontrar diferencias estadísticamente significativas en función del sexo. El tiempo hasta la reconstrucción presentó una mediana de 443 días realizándose el 65% del total de ocasiones por encima del año. Así, hemos encontrado una relación que bordó la estadificación significativa ($p=0,13$) entre la aparición de complicaciones y un cierre a partir del año con un RR de 1.98 con respecto al cierre precoz. En cuanto a los factores técnicos ni el tipo de anastomosis (manual vs. Mecánica), ni el número de planos, ni el tiempo quirúrgico, ni la asociación de una estoma de protección se ha visto que influyeran en el postoperatorio de estos pacientes. Sin embargo, hemos observado resultados clínicamente relevantes en las anastomosis L-T, asociándose en 1.5 veces más ($p=0.2$) a postoperatorios tórpidos que las T-T.

Conclusión: La reconstrucción de Hartmann es una cirugía que presenta numerosas complicaciones. Factores modificables como el grado nutricional, el tabaquismo activo, o el tipo de anastomosis se ha visto que pueden influir en el postoperatorio de estos pacientes.



Comunicaciones científicas libres

ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE FISTULA PANCREÁTICA TRAS INTERVENCIÓN DE WHIPPLE

González Bermúdez Manuel; López Domínguez Carlota; Blanco Rodríguez Angélica;
Aguirrezabalaga Martínez Irene; Gómez Pasantes Dora; Aguirrezabalaga González Javier;
Gómez Gutiérrez Manuel.^(*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Determinar qué factores, de forma individual o colectiva se asocian con un aumento de la frecuencia en la aparición de fístula pancreática tras la realización de una duodenopancreatectomía cefálica pancreática.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el que se han incluido todos los pacientes a los que se les ha realizado una DPC de forma programada por enfermedad neoplásica entre los años 2012-2020 en un centro hospitalario de 3º nivel. Finalmente se han estudiado un total de 141 pacientes de los que, tras revisar la bibliografía existente, se han recogido parámetros preoperatorios, intrínsecos del paciente y quirúrgicos que se pudieran asociar con la aparición de fístula pancreática durante el postoperatorio. Para realizar el análisis estadístico se ha empleado el programa SPSS con el que, tras la comprobación de la normalidad se han empleado X2 para variables cualitativas y T-Student para las cuantitativas. Para el análisis multivariante se ha empleado un modelo de regresión logística.

Resultados: Del total de 141 pacientes analizados 71 fueron mujeres mientras que el 49,6% restante fueron varones. Además, nos encontramos con un 20% de pacientes con DM y un 25% de pacientes con obesidad previa a la intervención quirúrgica. Los niveles medios de proteínas totales y albúmina prequirúrgica fueron de 6,3 y 3,7 respectivamente. Solamente un 35% de los pacientes llegaron a quirófano con un diagnóstico definitivo, siendo, el más frecuente el de adenocarcinoma de páncreas (51%). En cuanto a la técnica quirúrgica, se ha asociado una resección vascular a un total de 22 pacientes, siendo en 19 de los casos esta resección venosa. Además, se han realizado un total de 67 anastomosis pancreatoyeyunales, realizando obliteración del conducto de Wirsung en las restantes. Durante el postoperatorio se han diagnosticado un total de 49 fístulas pancreáticas (GRADO B: 36, GRADO C: 13) cuyo manejo fue conservador en 26 de los casos, precisando en 17 ocasiones un drenaje percutáneo y en 7 intervención quirúrgica. La mediana de ingreso en días fue de 27. En el análisis monovariante de los parámetros cuantitativos, solo la edad y el IMC se han asociado a un aumento en la incidencia de la fístula pancreática. De los parámetros cualitativos el ser varón, presentar un conducto de Wirsung estrecho (< 3mm), la obliteración del Wirsung y la aparición de pancreatitis del remanente han presentado una relación estadísticamente significativa con la aparición de fístula pancreática. Sin embargo, en el análisis multivariante solo la edad, la DM, la obliteración del Wirsung y el hecho de padecer una pancreatitis aguda en el postoperatorio han presentado una asociación estadísticamente significativa y clínicamente relevante.

Conclusión: La fístula pancreática es una de las complicaciones más frecuentes tras la intervención de Whipple siendo, su repercusión clínica muy variable. Factores como la edad, el ser varón, la obesidad, la diabetes, el presentar un conducto de Wirsung estrecho, la obliteración del mismo o el hecho de padecer una pancreatitis del remanente podrían asociarse con un aumento de su aparición.



Comunicaciones científicas libres

REPARACIÓN ENDOSCÓPICA PREAPONEURÓTICA (REPA) EN DIÁSTASIS DE RECTOS

González Bermúdez Manuel; López Domínguez Carlota; Blanco Rodríguez Angélica;
Aguirrezabalaga Martínez Irene; Gómez Pasantes Dora; Aguirrezabalaga González Javier;
Gómez Gutiérrez Manuel.^(*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Describir visualmente los pasos de la técnica de reparación endoscópica preaponeurótica de pared abdominal en pacientes con diástasis de rectos con hernia umbilical asociada.

Material y métodos: Se expone el caso de una paciente de 43 años sin antecedentes de interés y con un IMC de 23 que acude a nuestras consultas por presentar una hernia umbilical de pequeño tamaño asociada a diástasis de los rectos anteriores. Previa a la intervención la paciente realiza ejercicios hipopresivos abdominales para fortalecer la musculatura. Posteriormente realizamos una reparación endoscópica con colocación de malla a nivel preaponeurótico describiendo cada uno de los pasos en el vídeo.

Resultados: La paciente fue dada de alta con ambos drenajes a las 24 horas presentando un EVA de 3. Los drenajes se retiraron a los 3 días en consultas externas.

Conclusión: La diástasis de rectos es una patología frecuente con problemas estéticos y sintomáticos. Esta técnica nos ha permitido resolver el defecto parietal con la plicatura de rectos y colocación de malla preaponeurótica, aumentando la seguridad de la reparación, sin entrar en cavidad abdominal, con una hospitalización de menos de 24 horas y sin complicaciones ni recurrencia a corto plazo-medio plazo.



Comunicaciones científicas libres

HERNIOPLASTIA TIPO TAPP DE HERNIA POSTRAUMÁTICA DE PETIT CON COLECISTECTOMIA ASOCIADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Reinoso Hermida A.; Iglesias Diz D.; Rodríguez Outeiriño A.; Estrada López C.R.;
Martínez Martínez C.; Alberca Remigio C.; García García M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Mostrar una técnica combinada mediante acceso laparoscópico para la reparación de un defecto herniario y colecistectomía.

Material y métodos: Mujer de 82 años, con antecedentes de politraumatismo y Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) con resección abierta de intestino delgado. Acude por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho con alteración de las pruebas de función hepática. Con sospecha de colecistitis aguda litiásica y probable coledocolitiasis se inicia tratamiento médico y se solicita colangio RMN. En dicha técnica se confirma la presencia de coledocolitiasis y a su vez, una hernia lumbar derecha con colon ascendente en su interior. Se indica colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) que logra la extracción de coledocolitiasis previa esfinterotomía. Tras la resolución favorable del cuadro infeccioso agudo, es dada de alta 18 días después. En la primera revisión ambulatoria, se indica tratamiento quirúrgico de la colelitiasis sintomática y de la hernia lumbar por vía laparoscópica. Se realiza una hernioplastia tipo TAPP con colecistectomía laparoscópica, objetivando de forma intraoperatoria que se trata de una hernia de Petit. La paciente presenta buena evolución clínica y es dada de alta a los 3 días.

Resultados: La hernia de Petit y la hernia de Grynfelt son hernias lumbares primarias muy infrecuentes. La primera se localiza en el triángulo de Petit, limitado por el musculo oblicuo externo, el dorsal ancho y la cresta ilíaca, con mayor preferencia por el lado izquierdo. Su origen además puede ser adquirido, ya sea por intervenciones previas o más comúnmente por mecanismo traumático. Se identifican mejor en decúbito lateral y mediante maniobras de Valsalva, requiriendo confirmación mediante TC. Su reparación quirúrgica es aconsejada por la mayoría de los expertos y puede realizarse de forma abierta o laparoscópica, pero siempre con una malla.

Conclusión: El abordaje laparoscópico es un buen método de reparación de hernias laterales, ya sea en modalidad tipo eTEP o TAPP. La hernioplastia tipo TAPP nos permite además combinar dicha técnica con otras cirugías intraabdominales en un mismo acto quirúrgico.