



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

LXVIII Reunión SOCIGA. A Coruña, 22-23 de noviembre de 2024

Comunicaciones científicas vídeo

TUMORACIÓN PRESACRA CON AFECTACIÓN ÓSEA

Lenza Trigo P, Torres García MI, García Melón A, Monjero Ares MI, Montoto Santomé P,
Dorado Castro L, López López M, Maseda Díaz O. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Objetivos: Los tumores presacros constituyen un grupo heterogéneo de lesiones, de muy diversa estirpe y con clínica inespecífica, por lo que su diagnóstico frecuentemente es tardío. El abordaje quirúrgico lo determina el tamaño y la altura de la tumoración, por lo que puede ser vía abdominal, posterior o mixta. El objetivo de este vídeo es mostrar la vía posterior en un caso con afectación ósea.

Material y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 31 años con antecedente de parto complejo 6 meses antes que acude a consulta de Cirugía por incontinencia fecal y dolor pélvico más intenso en bipedestación. Aparte del estudio completo de continencia se solicita RNM por dolor persistente y se identifica tumoración poliquística con afectación ósea sacro-coccígea. Se indica intervención quirúrgica por vía posterior.

Resultados: Se realiza intervención junto con servicio de Traumatología realizando resección de la tumoración en bloque con segmento óseo sacro-coccígeo. Se realiza vídeo exponiendo el caso clínico, el protocolo de estudio y la intervención, haciendo hincapié en los aspectos anatómicos y detalles técnicos de esta vía de abordaje.

Conclusiones: Dada la baja incidencia y la heterogeneidad de este tipo de lesiones cada caso constituye un reto diagnóstico y su tratamiento ha de planificarse de forma individualizada. Este caso ilustra la cirugía de una lesión por vía posterior, con afectación ósea y realizada por un equipo multidisciplinar.



Comunicaciones científicas vídeo

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE LA PARED ABDOMINAL: ABORDAJE EXTRAPERITONEAL DE VISTA EXTENDIDA (E-TEP)

Ferreirós Losada I, Abedini Nieto B, Maruri Chimeno I, Blanco Galego B, Merino Iglesias J,
Sartal Cuñarro MI, Iglesias Trigo M, Sánchez Santos R. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Objetivos: La técnica mínimamente invasiva más utilizada para acceder al espacio extraperitoneal es la TEP (abordaje totalmente extraperitoneal), principalmente utilizado para la reparación de la hernia inguinal, la cual ha permanecido inalterada durante años. Inspirada por sus limitaciones, entre ellas el espacio de trabajo reducido y la escasa tolerancia al neumoperitoneo accidental, se concibe el abordaje totalmente extraperitoneal de vista extendida, e-TEP, progresivamente estandarizada desde 2009. Presentamos el caso de una reparación de eventración M3 W2 R2 mediante la técnica e-TEP.

Material y métodos: Se trata de un varón de 63 años intervenido en dos ocasiones de hernia umbilical, en 2021 mediante herniorrafia y en 2022 eventroplastia umbilical. Acude a consultas externas por aumento progresivo de tamaño de tumoración supraumbilical. Se realiza TC abdominal con maniobra de valsalva y se evidencia: mínima diástasis de rectos, abombamiento con valsalva inmediatamente supraumbilical contenido, asociado en el lado derecho a mínimo defecto de 8mm con herniación grasa. Se incluye entonces en lista de espera para reparación de eventración M3 W2 R2 con aplicación de botox prequirúrgico.

Resultados: Reparación de eventración M3 W2 R2 mediante técnica mínimamente invasiva e-TEP. Acceso con trócar de balón y dos trócares accesorios de 5mm en flanco derecho. Disección de espacio retromuscular derecho hasta línea arcuata, crossover supra e infra umbilical rodeando el saco herniario y disección de espacio retromuscular izquierdo hasta línea arcuata izquierda y esternón en el límite craneal. Disección y reducción de saco herniario. Colocación de malla a nivel retromuscular y colocación de drenaje redón. Postoperatorio con buen control del dolor y sin incidencias, retirada de drenaje redón al tercer día con un máximo de 300cc y alta al cuarto día postoperatorio.

Conclusiones: La principal ventaja del abordaje eTEP para la reparación de hernias ventrales es que permite aplicar todos los principios actuales para reconstrucción de la pared abdominal: el cierre primario del defecto y la reconstrucción de la línea alba bajo tensión fisiológica, el refuerzo protésico extenso del saco visceral, la colocación de una malla convencional en posición retromuscular y el abordaje mínimamente invasivo. El abordaje eTEP es más un concepto que una técnica, nos ha permitido una mejor comprensión y utilización del espacio extraperitoneal más allá de los límites del espacio de Retzius y Bogros con los que estamos familiarizados.



Comunicaciones científicas vídeo

REPARACIÓN TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL RETROMUSCULAR DE HERNIA PARAESTOMAL GRADO IV. TÉCNICA PAULI ASISTIDA POR ROBOT

Otalora Mazuela L, Costas Fernández V, López Goye S, Artime Rial M, Pérez Corbal L, Castrodá Copa nD, Pascual Gallego M, Oubiña García R, Tamayo Webster D, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivos: La hernia paraestomal es una complicación muy frecuente tras la creación de un estoma. Se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas para la reparación de este defecto herniario, sin embargo, el porcentaje de recurrencia en la literatura es muy elevado. En el año 2016, Pauli describió una modificación de la técnica de Sugarbaker basada en la disección del espacio retromuscular preperitoneal, la liberación del músculo transverso y la colocación de una malla a ese nivel. Este concepto de reparación herniaria ha presentado buenos resultados hasta el momento y su adaptación a la cirugía mínimamente invasiva supone un punto de inflexión en la corrección de estos defectos. Presentamos un vídeo explicativo de la técnica Pauli totalmente extraperitoneal, asistida por robot, en una hernia paraestomal grado IV.

Caso clínico: El paciente es un varón de 62 años con antecedentes de amputación abdomino-perineal por adenocarcinoma de recto. Es valorado en consulta por hernia paraestomal de crecimiento progresivo y muy sintomática. Se realiza TAC abdomino-pélvico que describe una hernia paraestomal de 7,5 cm de diámetro con hernia umbilical y supraumbilical asociada, M3W2 según la clasificación de la European Hernia Society (EHS). Comenzamos la intervención colocando 3 trocares robóticos de 8 mm mediales a línea semilunar derecha. Disecamos los espacios retrorrectales, comenzando por el derecho y realizando el crossover. Liberamos el músculo transverso izquierdo en su vaina, abrimos el saco herniario y disecamos la colostomía. Posteriormente lateralizamos el estoma según describe la técnica de Pauli y procedemos al cierre de la vaina posterior y anterior con sutura barbada. Colocamos una malla de polipropileno titanizada en el espacio retromuscular, fijándola con dos puntos a los lados del estoma. El paciente presentó celulitis periestomal en el posoperatorio inmediato, que se resolvió con tratamiento antibiótico y fue dado de alta al 5º día. Evoluciona favorablemente tras 3 meses de seguimiento.

Discusión: La técnica Pauli consigue la reparación del defecto paraestomal preservando la integridad de la pared abdominal, con las ventajas de una malla en el espacio retromuscular. El abordaje totalmente extraperitoneal es técnicamente complejo pero reproducible en manos expertas. Permite la reparación paraestomal sin entrar en cavidad abdominal, disminuyendo la probabilidad de adherencias y con las ventajas de una técnica mínimamente invasiva. La tecnología robótica aporta ergonomía y visualización tridimensional de alta definición que facilita la intervención.



Comunicaciones científicas vídeo

DESGARRO PERINEAL GRADO IV: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO

López Vázquez C, Dorado Castro L, Torres García I, González Martín R, Monjero Ares I,
Montoto Santomé P, López López M, Maseda Díaz O. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Introducción: El parto vaginal se asocia con la posibilidad de desgarros perineales. Se estima que aproximadamente el 80-85% de las mujeres tienen alguna forma de lesión perineal durante el parto vaginal (desgarro o episiotomía) y de ellas, aproximadamente el 70%, precisan sutura. El parto vaginal se asocia de forma independiente tanto con lesiones de la musculatura perineal como con lesiones del esfínter anal y con lesiones del músculo elevador del ano, siendo estas lesiones significativamente más frecuentes en el parto instrumental que en el parto espontáneo. No obstante, el parto eutócico no supone ausencia de riesgo. La gran importancia de la lesión esfinteriana intraparto es su demostrada relación con la incontinencia anal (IA) y con diferentes síntomas defecatorios como la urgencia defecatoria o el dolor. La IA es la pérdida involuntaria de gases o heces (tanto sólidas como líquidas) que puede aparecer precedida de una sensación de urgencia y que afecta de forma muy importante a la calidad de vida de la mujer. Actualmente se sabe que existe una relación directa entre la gravedad del desgarro y la gravedad de la IA. No obstante, la aparición de la IA tras el parto no implica necesariamente que exista una lesión del esfínter anal.

Exposición del caso: Presentamos el caso de una paciente de 29 años, sin antecedentes personales relevantes, no intervenida quirúrgicamente en ocasiones previas. Es derivada desde un centro que no contaba con una unidad especializada en Coloproctología, a nuestro centro, con una lesión obstétrica grado IV, es decir, con un desgarro del esfínter anal y de la mucosa rectal. A nuestra llegada objetivamos la lesión de aproximadamente 8-10cm con afectación de todas las capas perineales por lo que se decide intervención quirúrgica urgente para reparación de la misma. Se inicia la reparación con la sutura de la mucosa rectal, posteriormente se repara el complejo esfinteriano y en último lugar, de más profundo a más superficial: tabique rectovaginal, musculatura perineal, mucosa vaginal y piel. En el postoperatorio inmediato la paciente presenta buena evolución siendo alta a domicilio en los primeros días post intervención. En el momento actual ha acudido a revisión en Consultas Externas de Cirugía refiriendo mantener una adecuada continencia.

Conclusiones: Es fundamental la identificación intraoperatoria del esfínter anal interno, ya que su reparación a posteriori es extremadamente compleja debido a la gran retracción que sufre. Disponemos de dos técnicas para la reparación del esfínter anal externo: End to end (termino terminal) y Overlap (solapamiento). Debemos suturar de forma independiente ambos esfínteres. Además, se ha de intentar que tengan la misma anchura en todo su perímetro, ya que se ha demostrado una relación directa entre la longitud del canal esfinteriano que se consigue con la sutura y el grado de continencia anal. Se debe verificar con un tacto rectovaginal que no exista ninguna solución de continuidad que necesitemos reparar intraoperatoriamente. Estas lesiones no requieren reparación inmediata, por lo tanto, un médico inexperto puede retrasar el procedimiento durante algunas horas hasta que esté disponible el personal de apoyo adecuado.



Comunicaciones científicas vídeo

LINFADENECTOMÍA Y LIGADURA BAJA DE ARTERIA MESENTÉRICA INFERIOR EN LA RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO ROBÓTICA

Pascual MA, Parajó A, Seoane J, Otalora L, Castrodá D, Oubiña R, Tamayo D. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivos: La ligadura de la arteria mesentérica inferior (AMI) en la cirugía oncológica del recto puede hacerse próxima a la salida de la aorta (ligadura alta) o por debajo del origen de la arteria cólica izquierda (ligadura baja). Aunque mayoritariamente suele realizarse la ligadura alta, actualmente no existe evidencia suficiente para justificar el procedimiento de manera rutinaria y hay variabilidad en la bibliografía respecto a la técnica de ligadura baja.

Materiales y métodos: Videotécnica de ligadura baja con linfadenectomía de la AMI (disección D3) mediante abordaje robótico y revisión de la literatura.

Resultados: La principal ventaja de la ligadura alta radica en que permite una mayor longitud del colon y ganar más movilidad para realizar una anastomosis libre de tensión. La ligadura baja con linfadenectomía de la AMI puede cumplir los criterios oncológicos y se asociaría con menor riesgo de insuficiencia, fuga o estenosis anastomótica. Oncológicamente se ha demostrado que esta técnica consigue cosechar el mismo número de ganglios linfáticos que tras una ligadura alta; Además la supervivencia global, libre de enfermedad y recurrencia fueron no inferiores en diversos metaanálisis. En el aspecto funcional, aunque no se han demostrado diferencias significativas entre ambos abordajes en cuanto a disfunción genito-urinaria y defecatoria, la ligadura baja podría ayudar a una recuperación más precoz de las mismas.

Conclusiones: Debido a los potenciales riesgos de un flujo sanguíneo inadecuado en el muñón proximal de la anastomosis y la posible lesión de los nervios autonómicos en la ligadura alta, la ligadura baja de la AMI puede plantearse como una alternativa válida cuando se realiza una correcta linfadenectomía, dada su no inferioridad oncológica en el cáncer de recto.



Comunicaciones científicas vídeo

MASTECTOMÍA BILATERAL ENDOSCÓPICA PRESERVADORA DE PIEL Y PEZÓN CON RECONSTRUCCIÓN PREPECTORAL INMEDIATA

Santos Vieitez L, Gómez Area E, Robla Álvarez D, Acea Nebril B, García Novoa AJ. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: La mastectomía preservadora de piel y pezón asistida por endoscopia se está convirtiendo en una nueva tendencia de tratamiento quirúrgico, que ha tenido demandas crecientes y proporciona mejores resultados cosméticos para las pacientes con cáncer de mama, principalmente indicada en pacientes sin ptosis mamaria y con mamas pequeñas-moderadas, con buenos resultados estéticos y oncológicos, aunque todavía, sin resultados a largo plazo publicados.

Caso clínico: Mujer de 45 años, como antecedentes personales de interés, portadora de mutación en gen BRCA2 que acude por tumoración mamaria bilateral. Se realizan ecografía de mama y mamografías bilaterales, identificando un nódulo de 1 cm en cuadrante súpero-externo de mama derecha, que se biopsia con resultado de carcinoma lobulillar infiltrante, y un área de 2 cm en cuadrante súpero-interno de mama izquierda, que se biopsia con resultado de carcinoma in situ de alto grado. Se realiza RMN mamaria prequirúrgica, objetivando carcinoma lobulillar infiltrante multifocal en CSE de mama derecha y un área de 2 cm de CSI de mama izquierda en relación con Ca in situ conocido. Se propone realización de mastectomía bilateral endoscópica preservadora de piel y pezón con reconstrucción prepectoral inmediata, la cual desarrollaremos paso por paso a continuación:

Se coloca a la paciente en decúbito supino, con los brazos en adducción. Se realiza una incisión lateral de unos 3-4 cm, sobre la prolongación del surco submamario. Se comienza con la disección vía abierta, mediante la disección del plano subcutáneo hasta alcanzar la areola, y del plano posterior, en posición prepectoral. Tras completar el mismo, se comienza con la disección por vía endoscópica. Se coloca un separador tipo Alexis y se coloca un dispositivo de puerto único tipo Long-Starr mini, previa colocación de los trócares, 2 de 5 mm para el instrumental quirúrgico y uno de 12 mm para la introducción de la óptica, respetando la triangulación entre ellos. Se insufla CO₂ a una presión de 10 mmHg y se continúa con la disección superior, inferior, anterior y posterior, hasta completar la disección de toda la glándula mamaria, que se extrae por la misma incisión. Previamente a la fase reconstructiva, se realiza una biopsia de la base del pezón, que se remite como biopsia intraoperatoria para descartar la afectación de la misma y permitir la conservación del complejo areola-pezón. Se repite el proceso en la mama contralateral. Una vez completada la mastectomía, y a través de la misma incisión, se realiza la biopsia selectiva del ganglio centinela. Tras lo cual, comienza la reconstrucción. Se sienta a la paciente y se colocan los implantes de poliuretano en posición prepectoral. Se colocan drenajes aspirativos tipo Redon debajo del implante, los cuales se retirarán progresivamente en la consulta y se cierra la incisión con sutura de monofilamento reabsorbible de 4/0 y 5/0.

Conclusiones: La mastectomía endoscópica, aunque sin resultados a largo plazo, es una técnica quirúrgica a tener en cuenta, que ofrece muy buenos resultados estéticos, respetando la piel y el complejo areola-pezón y evitando las cicatrices frontales, y con resultados oncológicos similares a otras técnicas quirúrgicas.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

LXVIII Reunión SOCIGA. A Coruña, 22-23 de noviembre de 2024

Comunicaciones científicas vídeo

EVENTROPLASTIA E-TEP + TAR IZQUIERDO ROBÓTICA

Oubiña García R, Costas Fernández V, Artime Rial M, Pérez Corbal L, Otalora Mazuela L, Castrodá Copa D, Pascual Gallego MA, Tamayo Webster DE, Parajó Calvo AJ. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivos: Presentamos un caso de eventroplastia e-TEP + TAR izquierdo robótica en una paciente que presenta una eventración ilíaca izquierda, en el que podemos ver las ventajas que ofrece la técnica robótica en este tipo de reparaciones. **Objetivo:** Mostrar una reparación de una hernia incisional compleja con TAR izquierdo, asistida por robot con un abordaje totalmente extraperitoneal.

Material y métodos:

Caso clínico: Mujer de 60 años, con obesidad mórbida, DM2, HTA y dislipemia. Intervenida hace más de 30 años de un fibroma uterino (incisión de Pfannestiel) y sigmoidectomía laparoscópica en 2019. Realizado TC abdominal en el que se objetiva un defecto a nivel de fosa ilíaca izquierda con unos diámetros de 92x87mm, que corresponde a una eventración lateral W2-L3-R0.

Técnica quirúrgica: Abordaje con trocar de balón en HCD para disección de espacio retrorrectal derecho y neumoperitoneo. Colocación de otros 3 trócares robóticos en línea semilunar derecha. Se realiza docking derecho. Una vez diseccionado el espacio retrorrectal derecho, se procede a la sección de la fascia posterior derecha y crossover a fascia posterior izquierda. Apertura de la misma y disección de espacio retrorrectal izquierdo hasta línea semilunar. Desinserción del músculo transversal aproximadamente a 1 cm medial a la inserción de los pedículos neurovasculares. Entrada en espacio preperitoneal, disección y liberación de músculo transversal. Disección y apertura de saco herniario, reducción de asas a cavidad peritoneal. Continuación de liberación del transversal lateral e inferior al defecto con overlap suficiente para posterior colocación de malla. Cierre de defecto en peritoneo con V-lock 3/0 reabsorbible. Cierre de defecto en fascia anterior con plicatura del saco con V-lock 2/0 reabsorbible. Colocación de malla Timesh de 23x23 cm (previamente medida) en espacio retromuscular. Colocación de drenaje Redón en espacio retromuscular.

Resultados: La paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio inmediato, siendo dada de alta al 5º día postoperatorio, sin drenaje. En la revisión en consulta a los 2 meses de la cirugía, la paciente se encuentra asintomática, sin datos de recidiva.

Conclusiones: La reparación de defectos en la pared abdominal asistida por robot permite el acceso con mayor comodidad a espacios complejos con una visión de gran calidad y mayor libertad de movimientos, disminuyendo así el daño vascular y nervioso minimizando el sangrado y el dolor, así como el seroma y la infección de herida quirúrgica. Así mismo, la técnica TAR con un abordaje totalmente extraperitoneal nos ofrece las ventajas de colocación de una malla en espacio retromuscular sin necesidad de entrada en cavidad peritoneal (menos riesgo de adherencias, obstrucción, perforación...), con una técnica mínimamente invasiva.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

LXVIII Reunión SOCIGA. A Coruña, 22-23 de noviembre de 2024

Comunicaciones científicas vídeo

EVENTROPLASTIA TAPP ROBÓTICA

Ferreirós Losada IC, Maruri Chimeno I, Merino Iglesias J, Sartal Cuñarro MI,
Blanco Galego B, Sánchez Santos R. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Objetivos: La cirugía de pared abdominal ha presentado en los últimos años un creciente interés debido al desarrollo de nuevas técnicas y a la aplicación de cirugía mínimamente invasiva y robótica. Especialmente la cirugía robótica se postula como elección en muchos casos de patología de pared abdominal.

Materiales y métodos: Presentamos un vídeo de una paciente con una eventración M45 W1 R0, secundaria a cirugía ginecológica que se interviene mediante una eventroplastia TAPP con el sistema robótico Da Vinci.

Resultados: La cirugía se realiza sin incidencias y se realiza una reparación del defecto de la pared abdominal con colocación de una malla tras realización de flap peritoneal. La cirugía robótica permite la realización de suturas en la pared de manera eficiente y con comodidad, además es una técnica mínimamente invasiva, lo que redundará en menor tasa de complicaciones y mejor recuperación postoperatoria que con cirugía abierta.

Conclusiones: La cirugía robótica en pared abdominal es una técnica segura, efectiva, que presenta resultados similares a cirugía abierta, con importantes ventajas sobre ésta, si bien tiene como desventaja su mayor coste y necesidad de cirujanos formados.



LXVIII Reunión SOCIGA. A Coruña, 22-23 de noviembre de 2024

Comunicaciones científicas vídeo

SCHWANNOMA ESOFÁGICO UN RETO QUIRÚRGICO

García-Melón A, Mingol Navarro F, González López R, Navarro Quirós G, Vázquez González I, Lenza Trigo P, Ocharán Puell M, López Vázquez C, Puente Mota N, Maseda Díaz O. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Objetivos: Dentro las tumoraciones benignas que tienen su origen en el esófago, la más frecuente es el leiomioma, los schwannomas, proceden de elementos perineurales y apenas representan un 1% de los tumores benignos primarios del esófago. Estos últimos presentan un difícil diagnóstico por su baja incidencia, aunque es importante considerarlos ya que su comportamiento puede ser progresivo y diferente a otros tumores benignos esofágicos.

Caso Clínico: Varón de 57 años, ex fumador y consumidor de alcohol de forma habitual. Como antecedentes médicos relevantes, Síndrome de Wolff- Parkinson White con ablación de una vía aberrante hace años. En el contexto de una cirugía programada de próstata, por un adenoma, se identifica un aumento de densidad retrotraqueal en la radiografía de tórax. Se decide completar estudios con un TAC torácico, donde se evidencia una masa de 6 x 3,3 x 6,1 cm en relación con tumor esofágico, leiomioma, como primera posibilidad. También se realizó una gastroscopia y ecoendoscopia en la que describen lesión submucosa de gran tamaño en esófago proximal a 20-25 cm, de 4cm de diámetro compatible con leiomioma. Se decide realizar un abordaje mínimamente invasivo por toracoscopia, para enucleación dicha lesión. La colocación del paciente es en decúbito prono y el abordaje sobre el tórax derecho, con dos trocares de 12mm y otros dos de 5mm colocados en referencia a la espina escapular. Se comienza por la apertura de la pleura parietal y sección del cayado de la vena ácigos con EndoGia vascular. La tumoración se encuentra íntimamente adherida a la mucosa esofágica, con lo que precisa de una minuciosa disección. Tras la enucleación se observa la mucosa esofágica íntegra y se realiza una endoscopia intra operatoria que confirma ausencia de perforaciones inadvertidas. Se realiza cierre de la capa muscular con sutura barbada continua. El paciente permanece en reanimación 48 h sin complicación alguna. Se realiza un tránsito esofágico a su llegada a planta sin evidencia de fuga, tras lo que inicia tolerancia. El drenaje torácico se retira al 4 día. Siendo alta a domicilio de forma precoz. La anatomía patológica definitiva confirma que se trata de un Schwannoma. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

Discusión: Es habitual en la literatura, encontrar casos que inicialmente describen masas esofágicas compatibles con leiomiomas, que terminan perteneciendo a otra estirpe histológica. Y aunque en efecto, los leiomiomas representan el 80% de estos tumores benignos, debemos tener presente que ante un comportamiento anormal o sospechoso, la posibilidad de realizar nuevas biopsias o incluso la cirugía directa. El tratamiento de los schwannomas debe ser individualizado. No se tratan de tumoraciones ni quimio ni radiosensibles, por lo que la enucleación, es en la actualidad el tratamiento de elección. La vía de abordaje es la toracoscópica debido al mejor post-operatorio y también la mejor visibilidad para el cirujano. Si bien es cierto existen casos reportados en la bibliografía de tumoraciones de este tipo sobre las que se hace un seguimiento exhaustivo tras una biopsia que en casos de seguimiento parece obligada.



Comunicaciones científicas vídeo

RESECCIÓN ATÍPICA Y LIGADURA DE LA RAMA PORTAL DERECHA ASISTIDA POR ROBOT EN EL CONTEXTO DE UNA HEPATECTOMÍA EN DOS TIEMPOS POR METÁSTASIS DE CCR

Diéguez Álvarez M, González Rodríguez FJ, Prieto Carreiras L, Paz Novo M, Domínguez Comesaña E, Fernández Pérez A, Bustamante Montalvo M, Varo Pérez E. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: Describir el primer tiempo (resección atípica de lesión en el segmento II) y ligadura de la vena porta derecha) de una hepatectomía en dos tiempos en el contexto de cirugía hepática inversa por metástasis de cáncer colorrectal.

Materiales y métodos: Paciente de 63 años sin antecedentes de interés, debuta con una neoplasia de colon sigmoide y metástasis hepáticas sincrónicas en los segmentos II y seis lesiones en los segmentos V, VI, VII y VIII. Recibe quimioterapia neoadyuvante (6 ciclos de FOLFOX-panitumumab) con respuesta radiológica favorable. Dada la presencia de metástasis múltiples bilobares y el resultado de la volumetría hepática (el LHI supone un 29% del volumen total) se decide realizar una hepatectomía en dos tiempos. El primer tiempo consiste en la resección atípica de la lesión en el s.II asociando la ligadura selectiva de la rama derecha de la vena porta por vía robótica. Se seccionan los ligamentos redondo, falciforme, coronario izquierdo, triangular izquierdo y hepatogástrico para movilizar adecuadamente el lóbulo hepático izquierdo. Bajo clampaje del hilio hepático mediante maniobra de Pringle (un clampaje de 15 min) se realiza la resección atípica de la metástasis. A continuación, se disecciona en el hilio hepático la rama derecha de la vena porta y se procede a su ligadura.

Resultados: Duración de la intervención 270 minutos, nulas pérdidas hemáticas. La evolución postoperatoria es favorable y sin incidencias.

Conclusiones: El abordaje del hígado en primer lugar en pacientes con metástasis sincrónicas de cáncer colorrectal se ha asociado a una supervivencia superior en pacientes con lesiones multilobulares resecables. La decisión debe ser individualizada para cada paciente prestando especial atención a la carga tumoral hepática.



Comunicaciones científicas vídeo

DIVERTICULECTOMÍA, MIOTOMÍA Y FUNDUPLICATURA TIPO DOR LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE UN DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Diéguez Álvarez M, González Rodríguez FJ, Prieto Carreiras L, Paz Novo M, Domínguez Comesaña E, Fernández Pérez A, Bustamante Montalvo M, Varo Pérez E. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: Los divertículos esofágicos epifrénicos son poco frecuentes y suponen menos del 10% de todos los divertículos. Suelen ser adquiridos y la mayoría surgen por un mecanismo de pulsión debido a una zona de alta presión en el esófago distal al mismo, que predispone a la herniación de la mucosa y la submucosa. Estos divertículos se localizan en los 10cm distales del esófago y con mayor frecuencia protruyen en el cuadrante posterior derecho. Además de disfagia y regurgitación de alimentos no digeridos, el divertículo puede causar pirosis, tos crónica, aspiración, neumonía y hemorragia. El tratamiento quirúrgico se recomienda en los casos sintomáticos y el abordaje mínimamente invasivo reduce significativamente la morbilidad. La técnica quirúrgica consiste en la realización de diverticulectomía asociada a miotomía y funduplicatura parcial. Recientemente se afirma que D-POEM proporciona una alta tasa de mejoría clínica con menos complicaciones postprocedimiento pero el saco diverticular permanece intacto y en muchos pacientes persisten las regurgitaciones. También se ha descrito la eversión diverticular y cierre con clips. El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de una diverticulectomía, miotomía y funduplicatura Dor para el tratamiento de un divertículo epifrénico.

Materiales y métodos: Se expone el caso de un varón de 64 años a seguimiento por ERGE con empeoramiento en los últimos años y sin mejoría con el tratamiento con IBPs. El paciente refiere síntomas de disfagia, pirosis y dolor retroesternal. Se realiza una EDA en donde se visualiza un divertículo esofágico a 35cm de la arcada dentaria, un esofagograma y una TC que confirman el divertículo de 5 cm. La manometría de alta resolución no muestra alteraciones en la motilidad esofágica y la relajación del EEI. Dados los hallazgos en las pruebas complementarias y la clínica del paciente se decide realizar intervención quirúrgica programada.

Resultados: Se inicia la cirugía con la disección de los pilares diafragmáticos. Se continua con la disección del esófago inferior, el cual se encuentra muy elongado y tortuoso e íntimamente adherido a la pleura derecha, produciéndose accidentalmente apertura de la misma. Se identifican las ramas anteriores y posteriores del vago, que se respetan. Se identifica el divertículo en el lado derecho y diseca hasta delimitar su cuello que es seccionado con una endograpadora de 60mm carga malva. Se realiza miotomía anterior izquierda larga, desde la unión esofagogástrica hasta el borde inferior del divertículo. Se comprueba la estanqueidad de la mucosa esofágica y del grapado del cuello diverticular tras inyección de leche a través de sonda nasoesofágica. Cierre parcial de los pilares diafragmáticos en región posterior y funduplicatura anterior tipo Dor.

Conclusiones: Mientras no se desarrollen técnicas endoscópicas de resección del divertículo, el pilar del tratamiento en pacientes sintomáticos sigue siendo quirúrgico. La diverticulectomía sola se asocia a recidiva diverticular de 10-20% por lo que se aconseja una miotomía larga en el lado contrario al divertículo, aunque esta es controvertida en pacientes con manometría normal. En caso de realizar miotomía se debe asociar siempre una funduplicatura parcial para minimizar el reflujo gastroesofágico.



Comunicaciones científicas vídeo

VARIANTE ANATÓMICA DEL TRONCO CELÍACO DIAGNOSTICADA DURANTE LA REALIZACIÓN DE UNA LINFADENECTOMÍA D2 POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO. DETALLES TÉCNICOS

Castrodá Copa D, Brox Jiménez A, Artime Rial M, Pérez Corbal L, Costas Fernández V, Lois Silva E, Otalora Mazuela L, Parajó Calvo AE. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivos: Existe mucha variabilidad en la anatomía normal del tronco celiaco (TC) y sus ramas. Es de vital relevancia el conocimiento de su existencia para disminuir iatrogenias sobre estas estructuras vasculares anómalas. Presentamos el caso clínico de una paciente con una variante vascular infrecuente debido a una arteria hepática derecha aberrante con un origen independiente y separado del resto de ramas del TC identificado durante la realización de una linfadenectomía D2 laparoscópica por adenocarcinoma gástrico.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico con iconografía (reconstrucciones vasculares en 3D) y el vídeo de la intervención.

Resultados: Mujer de 70 años diagnosticada de adenocarcinoma gástrico antral que tras quimioterapia neoadyuvante (régimen FLOT-4) fue intervenida de gastrectomía subtotal oncológica mínimamente invasiva 3D con linfadenectomía D2. La TC preoperatoria no identificó la variante vascular. En la cirugía se identificó una arteria hepática común con dos ramas, la arteria gastroduodenal y la arteria hepática izquierda. Durante la linfadenectomía D2 de los grupos 8 y 9 se identifica y respeta una arteria hepática derecha aberrante, con un origen muy proximal en el TC, independiente del resto de ramas del TC. Tras completar la gastrectomía se confeccionó una gastro-enteroanastomosis manual en Y-Roux para la continuidad del tránsito. Posteriormente se realiza una reconstrucción vascular radiológica que confirma los hallazgos intraoperatorios. No fue necesario convertir a la cirugía abierta ni se observaron complicaciones posoperatorias.

Conclusiones: Michels describe 26 variantes posibles de la circulación hepática y clasifica los 10 grupos básicos más frecuentes. Presentamos una rara anomalía que no se engloba en ninguno de estos 10 grupos, lo que da idea de su rareza. Sin embargo, no es infrecuente encontrarse con variantes en esta anatomía. Resulta fundamental diagnosticar preoperatoriamente estas variaciones para prevenir posibles iatrogenias sobre estas estructuras durante las cirugías del tracto gastrointestinal superior sobre todo con el auge de los abordajes mínimamente invasivos en los que sensación táctil es nula.



Comunicaciones científicas vídeo

RESECCIÓN HEPÁTICA ROBÓTICA POR HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lago Martínez FY, Acitores Martínez I, González Rodríguez FJ, Domínguez Comesaña E, Paz Novo M, Prieto Carreiras L, Fernández Pérez AJ, Bustamante Montalvo M, Varo Pérez E. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: El hemangioma es la lesión benigna más frecuente del hígado. Puede aparecer a cualquier edad y sexo, aunque es más común en mujeres entre 30-50 años. Normalmente, son lesiones solitarias, pero también pueden aparecer como lesiones múltiples. La mayoría son pequeños (<5cm), si bien su tamaño oscila entre milímetros a más de 20cm; siendo considerados hemangiomas gigantes si superan los 10 cm. El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de una resección hepática por un hemangioma gigante sintomático.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 40 años de edad diagnosticada de un hemangioma hepático gigante. La paciente refiere dispepsia y dolor abdominal. A la exploración física se palpa una tumoración a nivel de hipocondrio derecho. En la ecografía abdominal, se objetiva una lesión en el lóbulo hepático izquierdo de 8cm, heterogénea, lobulada y con focos de calcificaciones. Se realiza una TC abdominal con contraste intravenoso en fase portal donde se visualiza la misma lesión de 10,7x6x13,8cm con realce periférico, compatible con hemangioma. Dados los resultados de las pruebas de imagen y la presencia de síntomas, se decide realización de seccionectomía lateral izquierda robótica.

Resultados: Tras la creación de neumoperitoneo por vía abierta e introducción de trócares robóticos, se explora la cavidad abdominal identificando una lesión de aproximadamente 15cm que ocupa todo el lóbulo hepático izquierdo. Se inicia la cirugía con la sección del ligamento redondo, falciforme y triangular izquierdo. Se secciona el parénquima hepático con energía bipolar a nivel del ligamento falciforme. Se diseccionan los pedículos portales del segmento II y III y se seccionan con sureform 45mm carga blanca. Se continúa con la disección de la vena suprahepática izquierda y su sección con sureform 45mm carga blanca. Se introduce la pieza quirúrgica en endobolsa para su posterior retirada. Comprobación de hemostasia y aplicación de parche hemostático en parénquima hepático.

Conclusiones: La cirugía hepática robótica es una herramienta eficaz y segura. La visión 3D que proporciona el robot para la cirugía hepática es de gran utilidad, ya que nos permite delimitar e identificar mejor las lesiones, respetando al máximo los tejidos sanos. Además, el robot aporta una gran ergonomía que facilita, gracias a los giros de 360º con 7 grados de libertad de los instrumentos, maniobras en áreas muy difíciles de acceder con la laparoscopia convencional. Todo ello se traduce en una mayor precisión en la disección, ligadura y sección de los pedículos arteriales, portales, biliares y hepáticos; convirtiendo así a la cirugía hepática en una excelente indicación de la cirugía robótica debido a su complejidad técnica.



Comunicaciones científicas vídeo

GASTRECTOMIA SUBTOTAL Y LINFADENECTOMIA D2 ASISTIDA POR ROBOT

Diéguez Álvarez M, Lesquereux L, García Carrero M, Espiñeira P, Thorpe B, Miguez P, Parada González P. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: El cáncer gástrico sigue siendo una de las neoplasias más frecuentes de Occidente (quinta en frecuencia) a pesar del reciente descenso en su incidencia. La cirugía es el pilar de tratamiento de las neoplasias gástricas no diseminadas y actualmente se admiten las ventajas de realizar una linfadenectomía D2 sin que suponga un aumento de la morbimortalidad en unidades de cirugía esofagogástrica especializadas. El uso de la laparoscopia asistida por robot se está empleando cada vez con mayor frecuencia permitiendo un alto grado de precisión y control de los instrumentos, así como una visión tridimensional.

Materiales y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 78 años sin antecedentes de interés que se diagnostica de cáncer gástrico en el contexto de estudio de anemia y vómitos intermitentes. El tumor se localiza en antro gástrico (T3N0M0) y tiene carácter estenosante condicionando un estómago de retención, por lo que en el comité de tumores se decide cirugía directa. Las biopsias son compatibles con adenocarcinoma tubular infiltrante moderadamente diferenciado.

Resultados: Se realiza una gastrectomía subtotal robótica con 5 puertos asociada a una linfadenectomía D2 reglada y preservando la arteria hepática izquierda accesoria al realizar la disección ganglionar. La paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones siendo dada de alta al 7º día postoperatorio. En el video se muestra la técnica quirúrgica.

Conclusiones: La gastrectomía oncológica realizada por laparoscopia convencional o robótica en centros con suficiente experiencia proporciona las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva sin comprometer el resultado oncológico.



Comunicaciones científicas vídeo

MIOTOMÍA DE HELLER CON FUNDUPLICATURA DE DOR EN ACHALASIA TIPO I CON MEGAESÓFAGO

Miguez González P, Diéguez Álvarez M, García Carrero M, Lesquereux Martínez L,
Parada González P, Bustamante Montalvo M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: La achalasia es el trastorno motor esofágico primario mejor definido y más frecuente. Se caracteriza por la falta de la peristalsis del cuerpo esofágico y relajación incompleta o ausente del esfínter esofágico inferior (EEI) en respuesta a la deglución. Es una enfermedad poco frecuente pero no rara con una prevalencia estimada entre 10 y 15 casos por 100000 habitantes. La manometría de alta resolución (MAR) es la técnica de elección para confirmar el diagnóstico y la clasificación de Chicago permite clasificarla en tres subtipos. Todos los subtipos muestran deterioro en la relajación del EEI con una PIR elevada, en el tipo I hay aperistalsis sin actividad contráctil (100% de peristaltismo fallido con ausencia de presurización panesofágica). En el esofagograma se visualiza el grado de dilatación y tortuosidad del esófago siendo muy útil para el diagnóstico de megaesófago. De los tratamientos disponibles actualmente para la achalasia, la miotomía de Heller parece que es la que proporciona una mejor respuesta en la achalasia tipo I con megaesófago. El objetivo es presentar la técnica quirúrgica en una paciente con achalasia tipo I.

Materiales y Métodos: Se presenta el caso de una mujer de 50 años con historia de disfagia de 11 años de evolución y empeoramiento progresivo en los últimos 6 meses. La endoscopia muestra un esófago dilatado con restos alimentarios. Por MAR es diagnosticada de achalasia tipo I y en el esofagograma con bario se observa un esófago muy dilatado con un diámetro de 10 cm a nivel del tercio inferior. La paciente presentaba 8 puntos en la escala sintomática de Eckardt (disfagia en todas las comidas, regurgitación diaria, dolor torácico ocasional y pérdida de 9 kg de peso). El IMC preoperatorio es de 16.9.

Resultados: La paciente es intervenida quirúrgicamente a través de un abordaje laparoscópico. Se realiza una miotomía esofágica de 6-7 cm extendida al estómago unos 3 cm. y una funduplicatura anterior de 180º tipo Dor. No presenta complicaciones en el postoperatorio y a los 25 días cuando acude a revisión en consulta se está alimentando por vía oral con normalidad, no presenta regurgitaciones y ya ha recuperado 2.5 kg de peso. En el video se muestran las pruebas diagnósticas y la técnica quirúrgica.

Conclusiones: La miotomía de Heller es una técnica que está íntimamente relacionada con la experiencia del cirujano, por lo cual es importante que se lleve a cabo un centro de referencia con suficiente volumen para optimizar los resultados. A pesar del avance continuo de las técnicas endoscópicas, actualmente, la cirugía es la única opción de tratamiento que permite asociar un procedimiento antirreflujo con eficacia demostrada.



Comunicaciones científicas vídeo

HERNIA DE HIATO Y OBESIDAD MÓRBIDA. DIFERENTES ESCENARIOS, MISMA ESTRATEGIA

Pascual MA, Brox A, Pérez L, Costas V, Artime M, Lois E. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivos: La obesidad mórbida es un factor de riesgo independiente para desarrollar hernia de hiato (HH) y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). El by pass gástrico en Y de Roux (BGRY) es considerado como tratamiento de elección en las personas obesas con ERGE. Pese a que el BGRY controla el RGE en estos pacientes es recomendable la reparación de la HH de manera concomitante. Presentamos 3 casos de menos a más complejidad que presentan la misma patología, HH detectada casualmente tras estudio preoperatorio por obesidad mórbida.

Material y métodos: Se presenta los casos clínicos con iconografía y los videos editados de las intervenciones.

Resultados: El primer caso es una mujer de 28 años con un IMC de 61,71 kg/m², esteatosis y gastroscopia preoperatoria con esofagitis grado A de los Ángeles con un hiato incompetente que deja paso de un pequeño saco herniario de menos de 2 cm de HH. Tras optimización preoperatoria con colocación de balón intragástrico, se realiza disección de la región del hiato esofágico, se realiza cierre de pilares (un punto de seda 0) más confección de BGRY proximal simplificado por vía robótica. El segundo caso es una mujer de 42 años con IMC de 58,23 kg/m², DM2 que tras estudio preoperatorio para cirugía bariátrica se le diagnostica una HH por deslizamiento de 5cm lo que contraindica la colocación de balón intragástrico preoperatorio, se completa el estudio con un TC torácico-abdominal que confirma los hallazgos de la endoscopia. Se realiza BGRY metabólico simplificado tras reparación de la HH y cierre de pilares con dos puntos de seda 0 por vía robótica. El último caso se trata de una mujer de 53 años con IMC de 59,16kg/m², HTA, asmática que tras gastroscopia preoperatoria se diagnostica de HH de gran tamaño que se confirma con TC toraco-abdominal complementario. Se realiza reducción herniaria, con exéresis parcial de saco y lipoma periherniario, cierre de pilares con 2 puntos posteriores y 2 más anteriores de seda 0 más refuerzo del cierre con malla Phasix ST y posterior confección de BGRY metabólico simplificado por vía laparoscópica. En los 3 casos el curso posoperatorio fue satisfactorio siendo dadas de alta al 3º día posoperatorio.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de elección para pacientes con obesidad mórbida y RGE/HH es el BGRY. Independientemente del IMC si la persona obesa asocia ERGE y/HH indicamos como técnica bariátrica de elección el BGRY con reparación de la HH de manera concomitante. Si la HH es de moderado- gran tamaño está contraindicada la colocación preoperatoria de balón intragástrico lo que puede dificultar la técnica al ser menor la pérdida preoperatoria de peso y mayor el defecto a reparar.



Comunicaciones científicas vídeo

COLGAJO MODIFICADO DE ARTERIA PERFORANTE INTERCOSTAL LATERAL (LICAP): UNA OPCIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN ONCOPLÁSTICA DE LA MAMA

Nogueira Sixto M, Iglesias Trigo M, De Castro Parga G, Otero Torrón R, Meléndez Villar R, Valladares Bajo Z, Rodríguez Fernández V, Lamas MJ. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Objetivos: Gracias a la evolución en la cirugía mamaria hemos logrado la realización de cirugías que combinan los mejores resultados oncológicos con un resultado estético satisfactorio. Para lograrlo se recurre a la cirugía oncoplástica y a la reconstrucción inmediata mediante prótesis o tejidos autólogos. En este contexto, se han descrito varios tipos de colgajos de rotación para evitar la aparición de defectos en el contorno o volumen mamario tras la realización de tumorectomías. Entre estos colgajos se encuentra el colgajo de pared torácica de la arteria intercostal lateral (LICAP). Clásicamente, en esta técnica se obtiene tejido del dorso de la paciente en posición de decúbito lateral, precisando reposicionar a la paciente intraoperatoriamente en decúbito supino para realizar la exéresis del tumor y rellenar el defecto con el LICAP: con esta técnica la cicatriz en el dorso de la paciente será visible. En el LICAP modificado es posible realizar el tallado del colgajo, la exéresis del tumor y la realización del ganglio centinela en decúbito supino. Además, esta técnica nos da acceso a la axila sin necesidad de realizar nuevas incisiones a dicho nivel. Por último, con el LICAP modificado la cicatriz queda oculta bajo el pliegue submamario. **Objetivos:** Compartir los resultados logrados con la reconstrucción con colgajo LICAP modificado.

Material y método: Vídeo descriptivo de la técnica utilizada en una paciente en nuestro centro, así como los resultados obtenidos. Revisión de la literatura de los resultados conocidos utilizando ésta técnica.

Resultados: No se produjeron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias tras un seguimiento de 4 meses. La estancia hospitalaria fue de un día. Los resultados estéticos fueron favorables, sin deformación mamaria, simetría adecuada y cicatrices poco visibles. **Discusión:** El uso de técnicas para prevenir la aparición de defectos tras tumorectomías amplias permite la conservación mamaria en pacientes con tumores grandes en relación al volumen de la mama. El LICAP ha demostrado su utilidad en pacientes con tumores que localizados en cuadrantes ínfero externo o unión de cuadrantes externos de la mama siendo las pacientes idóneas aquellas con exceso de tejido lateral y laxitud cutánea. Aunque en algunos casos se podría optar por una mamoplastia terapéutica, esto requeriría procedimientos bilaterales para lograr una adecuada simetría. Algunas de nuestras pacientes no desean la realización de intervenciones que involucren la mama sana; en estas pacientes el LICAP tiene gran utilidad. La evidencia disponible demuestra que es una técnica segura, sin mayor tasa de complicaciones que otras cirugías conservadoras.

Conclusión: El colgajo modificado LICAP constituye una alternativa segura, versátil y reproducible, en tumores con relación mama/tumor desfavorables y localizados en cuadrante ínfero externo o unión de cuadrantes externos de la mama. Se han demostrado resultados estéticos satisfactorios. Es, por tanto, una técnica a ser considerada dentro del repertorio del cirujano de mama.



Comunicaciones científicas vídeo

HERNIA DE HIATO GIGANTE TIPO IV CON BRAQUIESÓFAGO. INCISIONES DE RELAJACIÓN DIAFRAGMÁTICAS, HIATOPLASTIA MÁS COLLIS-NISSEN LAPAROSCÓPICO

Otalora Mazuela L, Brox Jimenez A, Artime Rial M, Costas Fernández V, Pérez Coral L, Lois Silva E, Castrodá Copa D, Pascual Gallego M, Oubiña García R, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivos: La reparación del hiato esofágico en las hernias de hiato (HH) paraesofágicas gigantes supone un auténtico reto y continúa siendo controvertida la estrategia a seguir. El tratamiento quirúrgico de este tipo de HH asocia un índice de recidivas entorno al 50% a los 5 años de seguimiento. Un punto clave para disminuir la recidiva es el cierre de los pilares diafragmáticos con la menor tensión posible. Para disminuir esta tensión se pueden realizar incisiones diafragmáticas de relajación previo al cierre con o sin colocación de malla sobre los pilares. El tipo de malla es otro punto controvertido.

Material y métodos: Presentamos un video explicativo de la reparación de una HH gigante tipo IV en la que realizamos incisiones diafragmáticas de relajación previo al cierre de pilares más hiatoplastia con malla Phasix ST y gastroplastia de Collis con funduplicatura tipo Nissen por braquiesófago asociado.

Resultados: Se trata de una mujer de 82 años con antecedentes de HTA, diabetes y tratamiento con oxigenoterapia por insuficiencia respiratoria crónica. Es valorada en consulta por HH sintomática tras asistencia a Urgencias reciente por dolor torácico y vómitos. La gastroscopia evidencia una HH muy amplia con braquiesófago secundario y gastritis erosiva. El TAC torácico-abdominal describe una HH tipo IV con herniación completa del estómago y del cuerpo pancreático provocando una significativa compresión cardiaca. Se decide intervención quirúrgica programada preferente tras rehabilitación preoperatoria. Se realiza neumoperitoneo a través de trocar óptico de 12 mm en hipocondrio izquierdo sin incidencias. Se colocan el resto de los trócares de trabajo según técnica habitual más separador hepático de Nathanson. Se liberan adherencias del saco al pilar izquierdo, se reduce el contenido herniario y se reseca parcialmente el saco y el lipoma herniario. A continuación, procedemos a la exposición y liberación del pilar derecho tras apertura de la pars flácida y a la exposición de ambas cruras diafragmáticas, identificando y respetando el nervio vago posterior. Se completa la ventana retroesofágica y se confirma el braquiesófago por lo que realizamos una gastroplastia tipo Collis. Es necesario realizar incisiones diafragmáticas de relajación previo al cierre de pilares con 4 puntos posteriores y 3 anteriores de seda 0. La hiatoplastia se lleva a cabo con malla biosintética de reabsorción lenta que se fija con seda 2/0 y cola de fibrina. Se completa la intervención con una funduplicatura tipo Nissen. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al 5º día posoperatorio. Tras 5 meses de seguimiento se encuentra eupneica, sin disfagia ni oxigenoterapia.

Conclusiones: El cierre de pilares sin tensión en HH gigantes puede suponer un auténtico reto quirúrgico más aún si se asocian problemas adicionales como es la coexistencia de braquiesófago o el contenido de varios órganos intrabdominales dentro del saco herniario. En estos casos, la operación supone un desafío que, en ocasiones, requiere la combinación de varios recursos. El abordaje laparoscópico de la HH gigante es una técnica compleja pero segura en manos expertas, proporcionando las ventajas de una técnica mínimamente invasiva.



Comunicaciones científicas vídeo

USO DEL VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA DEL CÁNCER GÁSTRICO: UN ALIADO CONFIABLE

Ocharán Puell M, González López R, Navarro Quirós G, Vázquez González I,
García Melón A, Lenza Trigo P, López Roses L, Maseda Díaz O. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Objetivos: El uso de verde de indocianina (ICG), un tinte soluble en agua fluorescente y mínimamente tóxico ha presentado un aumento exponencial en la última década en el campo de la cirugía. Esta técnica ha venido de la mano con el crecimiento de la cirugía robótica, con el uso de cámaras específicas que transmiten la señal al monitor y permiten valorar la tinción en tiempo real intraoperatoriamente sin opacar el campo visual del cirujano. Teniendo esto en cuenta presentamos un caso clínico en donde el uso de la inyección endoscópica de ICG peritumoral un día antes de la intervención permitió la adecuada localización del tumor y su consiguiente resección con márgenes correctos.

Exposición del caso: Paciente varón 77 años con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico antral precoz, en quién se propone la realización de gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y de Roux robótica. El día antes de la intervención, el equipo de endoscopia realiza la inyección submucosa en 4 cuadrantes peritumoral de ICG. Se esquematiza la cirugía en 10 pasos:

1. Colocación de trócares + Laparoscopia exploradora visualizando verde de indocianina
2. Acceso a transcavidad de epiplones
3. Esqueletización de curvatura mayor
4. Ligadura de arteria y vena gastroepiploicas derechas
5. Sección duodenal
6. Linfadenectomía D2
7. Ligadura de arteria y vena gástrica izquierda
8. Sección gástrica guiada por infiltración de verde de indocianina
9. Anastomosis en Y de Roux
10. Cierre de Petersen y brecha mesentérica

Discusión: La gastrectomía robótica es una opción en el tratamiento del cáncer gástrico que cada vez va tomando más terreno en la práctica quirúrgica. Desde la primera gastrectomía robótica realizada en el 2003, hasta el día de hoy se han demostrado grandes avances en esta tecnología como la alta definición en 3D con visión controlada por el cirujano, movimiento del instrumental más fácil, filtración del tremor y mejor ergonomía. Dentro de estos avances se encuentra el uso de tinte con ICG previo a la intervención quirúrgica, como marcador para el mapeo linfático, así como para localización de tumores en fases tempranas, especialmente en cáncer gástrico precoz. Se ha demostrado que la colocación preoperatoria de ICG aumenta la realización correcta de linfadenectomía, ayudando a extirpar sectores ganglionares que inicialmente no se resecarían si no estuvieran marcados. Dentro de la misma línea el marcaje tumoral es una ayuda al momento de tomar la decisión de la resección gástrica, especialmente cuando no disponemos de la sensibilidad táctil o cambios en la serosa visibles por el cirujano, logrando mantener así márgenes libres y una correcta extirpación con fines curativos oncológicos. Si bien hace falta estudios con poblaciones similares a la nuestra y con una mejor calidad estadística, podemos encontrar ventajas en el uso de la nueva tecnología disponible para el tratamiento del cáncer gástrico. Creemos que esquematizar la cirugía es un buen método para disminuir diferencias entre operadores y mejorar la curva de aprendizaje entre distintos cirujanos.



Comunicaciones científicas vídeo

HERNIA DE GARENGEOT: APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA COMBINADA CON HERNIOPLASTIA INGUINAL TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL (TEP)

Octavio de Toledo de Miguel E, Domínguez Carrera JM, Aldrey Cao I, Estrada López CR,
Martínez Martínez C, Alberca Remigio C, García García M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Objetivos: La hernia de Garegeot se define como una hernia femoral que incluye el apéndice cecal en su interior. Aunque el tratamiento para esta patología es quirúrgico con la realización de apendicectomía y reparación herniaria de forma simultánea, no existe un protocolo estandarizado para el procedimiento, lo que ha llevado a comparar diversas técnicas, especialmente en el contexto del creciente uso de técnicas laparoscópicas. El objetivo de presentar este caso es destacar el abordaje combinado, intra y extraperitoneal, como una opción eficaz y válida para el tratamiento de una hernia de Garegeot diagnosticada antes de la cirugía.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 74 años remitida desde Atención Primaria por molestias intermitentes y posterior aparición de tumoración en región inguinal derecha, de aproximadamente un mes de evolución. A la exploración se objetiva una tumoración pétreo y no reductible en zona inguinal derecha sin palpación clara de orificio herniario, por lo que se le realizó un TAC. Éste describe el hallazgo de un saco herniario sugestivo de hernia femoral que contiene el extremo distal del apéndice cecal, de calibre aumentado y con cambios inflamatorios. Ante la sospecha de una hernia de Garegeot y el hallazgo poco frecuente de esta patología de forma no urgente, se programa para la realización de una apendicectomía laparoscópica y reparación herniaria extraperitoneal.

Resultados: La paciente evoluciona favorablemente sin incidencias e inicia tolerancia 24 horas después de la cirugía, siendo dada de alta 48 horas después de la intervención quirúrgica. Es vista en nuestras consultas un mes después, encontrándose asintomática, con una exploración abdominal anodina, sin recidivas y con las incisiones correctamente cicatrizadas.

Conclusiones: Existen diversas formas de tratar una hernia de Garegeot. Si bien la elección del abordaje es principalmente cirujano dependiente y debe ser individualizada para cada paciente, el abordaje totalmente extraperitoneal (TEP) se presenta como una opción válida. Este método no solo permite la reparación de la hernia de manera mínimamente invasiva, sino que también evita la colocación de una prótesis en un entorno potencialmente contaminado como ocurre en el caso de una apendicitis, un aspecto importante que el cirujano debe tener en cuenta al planificar el procedimiento.