



## Comunicaciones vídeo

### TUMOR NEUROENDOCRINO DE COLA PANCREÁTICA TRATADO MEDIANTE ESPLENOPANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL ROBÓTICA

Onaindia E; Domínguez E; González F; Paz M; Fernández A; Espiñeira P; Diéguez M; Varo E; Bustamante M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Presentar la técnica quirúrgica de una esplenopancreatectomía corporocaudal robótica por medio de un caso clínico.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 58 años de edad, que es diagnosticado de tumor neuroendocrino durante estudio por molestias abdominales. Hermana portadora heterocigótica de MEN-1. Se realiza ecoendoscopia que evidencia lesión heterogénea y multilobulada de 34x36 mm en el cuerpo-cola pancreática, con extensión hacia el hilio esplénico, en contacto con el conducto pancreático principal, pero sin dilatación del mismo. Se toman muestras para estudio anatomopatológico, con resultado compatible con tumor neuroendocrino. El estudio de extensión no muestra afectación metastásica. La lesión es captante para receptores de somatostatina en el Octreoscan. El estudio genético del paciente demuestra heterocigosis para MEN1. Una vez finalizado el estudio, es valorado por nuestro Servicio, indicándose Esplenopancreatectomía corporocaudal robótica. La colocación de los puertos se realiza en abanico, con cuatro trócares de 8 mm y un trócar de asistencia de 12 mm al que se conecta el sistema AirSeal. La ligadura de los vasos esplénicos se realiza con Hem-o-Lock y la sección del istmo pancreático con carga vascular de 60 mm de Echelon. La duración del procedimiento fue de 3 horas y 20 minutos, con pérdidas hemáticas mínimas. La pieza es extraída mediante incisión de asistencia tipo Pfannenstiel.

**Resultados:** El paciente posteriormente evoluciona de forma adecuada en planta, siendo dado de alta el cuarto día postoperatorio. La anatomía patológica definitiva de la pieza es informada como tumor neuroendocrino bien diferenciado de cola pancreática, de 3.2 x 3/ cm, grado 2, con 3 ganglios afectos de 17 aislados. El paciente se encuentra actualmente en seguimiento, asintomático.

**Conclusiones:** El auge de la cirugía robótica está condicionando una generalización cada vez mayor de sus indicaciones. Las pancreatectomías izquierdas, en las que el estándar actual es la laparoscopia, constituyen una indicación cada vez más extendida de abordaje robótico, el cual presenta importantes ventajas en cuanto a la ergonomía de movimientos y calidad de imagen.



## Comunicaciones vídeo

### HERNIA DE MORGANI GIGANTE: UNA REPARACIÓN ATÍPICA PARA UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE

García-Melón Abet; González López Rocío; Navarro Quirós Gisela; Anguita Ramos Francisco Javier; Vázquez González Irene; Lenza Trigo Patricia; Ocharan Puell María claudia; Conde Vales José. (\*)

(\*) Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Las hernias de Morgani son muy infrecuentes en el adulto, ya que la mayoría se detectan durante la infancia y están asociadas a otras malformaciones. Esto las convierte en un reto quirúrgico. No hay evidencia suficiente de cuál es la técnica ideal ya que apenas se recogen casos basados en experiencias de un solo cirujano o pequeñas series de casos. Lo que sí parece ser relevante en la literatura es la importancia y el gran avance que aporta la cirugía mínimamente invasiva en la reparación de este tipo de hernias. <sup>1</sup>

**Caso clínico:** Paciente de 75 años con asma de larga evolución. Acude a urgencias por dolor abdominal y disnea de 24 horas de evolución. Se realiza un TAC Torácico-Abdomino-Pélvico, donde se objetiva una gran hernia diafragmática anterior derecha compatible con hernia de Morgani, no complicada. La paciente ingresa a cargo de Cirugía General para optimización y reparación en el ingreso.

**Técnica quirúrgica:** Se decide aplicación de la técnica del neumoperitoneo controlado o de "Goñi Moreno" previo a la reparación. La paciente se opera al 7º día tras inyectar 600cc diarios de aire ambiente.

1. Neumoperitoneo cerrado con aguja de Verres en HCI.
2. Colocación de trocares robóticos.
3. Reducción del contenido intrabdominal herniado al tórax.
4. Disección y liberación del saco herniario de la cavidad torácica. Extracción del mismo por trocar de asistencia.
5. Disección de flap peritoneal separando el diafragma del peritoneo, tanto por la parte superior como por la inferior.
6. Cierre del defecto diafragmático de 6cm con sutura continua, barbada e irreabsorbible.
7. Colocación de malla de polipropileno en el bolsillo peritoneal, fijada con tackers de glue gran y aislada de la cavidad torácica.
8. Cierre de peritoneo diafragmático, asilando completamente la malla también de la cavidad abdominal.
9. Colocación de DET derecho que se retira a las 72 h sin incidencias. Sin drenaje intra abdominal.



# REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia

SOCIGA

**Resultados:** La paciente es dada de alta al 8º día por desajustes psicológico-psiquiátricos, permaneciendo: afebril, tolerando dieta oral y sin complicaciones derivadas de la intervención durante el ingreso. Presentando actualmente un post-operatorio muy satisfactorio.

**Discusión:** El uso de material protésico en la reparación de las hernias de Morgani no está estandarizado, quedando a la elección del cirujano en función del defecto encontrado. Si el defecto es pequeño se acepta un cierre primario<sup>2,3</sup>. El abordaje de elección es el laparoscópico, debido a que se facilita una mejor visión durante la cirugía, así como un mejor post-operatorio para los pacientes. Actualmente la cirugía robótica permite superar dificultades que planteaba la laparoscopia. 2,3

**Conclusiones:** La cirugía mínimamente invasiva es de elección en la reparación de las hernias de Morgani. Siendo la cirugía un gran avance tras superar las dificultades de la laparoscopia. Es necesario series de casos con mayor tamaño muestral que permitan obtener resultados significativos.

## Bibliografía:

1. Oppelt PU, Askevold I, Bender F, Liese J, Padberg W, Hecker A, Reichert M. Morgagni-Larrey diaphragmatic hernia repair in adult patients: a retrospective single-center experience. *Hernia*. 2021; 25(2):479-89. doi: 10.1007/s10029-020-02147-0.
2. Facy O, Cheynel N, Ortega Deballon P, Rat P. Tratamiento quirúrgico de las hernias diafragmáticas raras (no hiatales). *EMC - Técnicas Quirúrgicas-Aparato Digestivo*. 2018; 34(3): 1–6. Doi: 10.1016/S1282-9129(18)91348-6 -6
3. Edington HD, Evans S, Sindelar WF. Reconstruction of a functional hemidiaphragm with use of omentum and latissimus dorsi flaps. *Surgery*. 1989; 105(3), 442–45.



## Comunicaciones vídeo

### RECTOSACROPEXIA VENTRAL ROBÓTICA PARA EL TRATAMIENTO DE RECTOCELE RECIDIVADO

Lladró Esteve Miguel; Pérez Corbal Lara; Cordovés Weiler Iván; Otalora Mazuela Leire; Castroda Copa David; Carrera Dacosta Ester; Ballinas Miranda Julio Roberto; Parajó Calvo Alberto Eduardo. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Presentar el manejo quirúrgico del rectocele recidivado con colocación de malla mediante abordaje robótico.

**Material y métodos:** Paciente de 68 años con 2 partos vaginales, no hysterectomizada y como antecedentes quirúrgico relevante, colocación de malla prolift posterior por vía transglútea por rectocele en 2010 por Ginecología. Presentó recidiva precoz posterior a la intervención y se mantuvo con medidas conservadoras hasta la fecha. Se acompaña de urgencia deposicional, incontinencia para gases. No incontinencia urinaria. A la exploración física se evidencia rectocele grado III. Aporta defecor-MN con diagnóstico de rectocele grado III recidivado y manometría con hipotonía moderada del esfínter anal interno e hipotonía severa del anal externo.

**Resultados:** Una vez realizado docking robótico se continua con disección pélvica de cara lateral derecha y del peritoneo del promontorio sacro. Se realiza disección de tabique recto vaginal hasta el plano de los elevadores del ano. Disección laboriosa por malla de cirugía previa. Se continua con la colocación de malla de Timesh configurada con porción pélvica más amplia para abarcar cara anterior y antero-laterales del recto. Fijada con 4 puntos sueltos de seda 00 distales al recto, a 2-3 cm aproximadamente del margen anal; otros 2 puntos sueltos proximales en cara anterior rectal por debajo del Douglas y últimos puntos de anclaje a periostio del promontorio sacro. Aplicación de Tissel para favorecer la adhesión de la malla. Cierre del defecto peritoneal con v.lock 3/0. La paciente evoluciona favorablemente durante el postoperatorio, siendo dada de alta al quinto día postoperatorio. No presentó recidiva, y se mantiene sin incontinencia fecal ni urinaria.

**Conclusiones:** El abordaje robótico permite realizar disecciones más precisas y facilitar la colocación y fijación de material protésico en cirugía pélvica. Consideramos que este abordaje permite realizar una buena reparación del defecto mediante una cirugía mínimamente invasiva.



## Comunicaciones vídeo

### REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DE MORGAGNI INCARCERADA

Pérez Elena; Lesquereux Lucia; Puñal José Antonio; Parada Purificación; Bustamante Manuel. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** La hernia de Morgagni o hernia paraesternal representa aproximadamente el 3% de las hernias diafragmáticas. Se deben a un defecto congénito durante el desarrollo diafragmático fetal, existiendo un fallo en la formación del diafragma anterior. Su prevalencia es de 1/1000000 de nacimientos y suelen presentarse en la edad adulta. Son más frecuentes en el lado derecho. La mayoría son asintomáticas, aunque pueden causar síntomas digestivos inespecíficos. Las complicaciones son infrecuentes. Se presenta el caso de una oclusión intestinal secundaria a una hernia de Morgagni incarcerada.

**Materiales y métodos:** Mujer de 70 años con antecedentes personales de hemorragia cerebral por rotura de arteria cerebral media izquierda hace 40 años, con epilepsia como secuela, y hernia de hiato conocida. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro 24 horas de evolución de dolor abdominal difuso y vómitos fecaloideos, sin alteraciones del tránsito intestinal. Se realizan analítica de sangre y radiografía de abdomen con resultados normales. Ante persistencia de cuadro clínico se realiza TAC abdominal, donde se evidencia una hernia diafragmática anterior derecha (hernia de Morgagni) cuyo saco contiene asas intestinales, donde se observa un cambio de calibre en íleon distal que condiciona una oclusión intestinal. Además, presenta dilatación de asas de intestino delgado y estómago, cuya porción proximal se encuentra dilatada e intratorácica en el seno da una gran hernia de hiato.

**Resultados:** Teniendo en cuenta el cuadro clínico y los hallazgos radiológicos se decide intervención quirúrgica urgente, decidiéndose reparación mediante cirugía mínimamente invasiva. Mediante laparoscopia se realiza la reducción de asas intestinales a la cavidad abdominal. Se revisa la cavidad para comprobar que no quede contenido en su interior y se secciona el ligamento redondo, que se encuentra adherido al saco. Posteriormente se lleva a cabo una sutura primaria del defecto con puntos sueltos de Ethibond 2/0. Se coloca una malla Dualmesh de goretex para refuerzo de la reparación, que fija con puntos sueltos de Ethibond. El postoperatorio cursa sin incidencias, siendo la paciente dada de alta tras 6 días de ingreso hospitalario. Tras 3 años de seguimiento la paciente se encuentra asintomática y sin datos de recidiva

**Conclusiones:** La hernia de Morgagni incarcerada constituye un cuadro poco frecuente que se puede reparar de forma segura mediante cirugía mínimamente invasiva.



### Comunicaciones vídeo

## SECCIONECTOMÍA LATERAL IZQUIERDA ROBÓTICA

Espiñeira Covelo Paula; Domínguez Comesaña Elías; Fernández Pérez Aquilino; Pérez Rodríguez Elena; Bustamante Montalvo Manuel; Varo Evaristo. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** El abordaje de la patología tumoral primaria y metastásica hepática se realiza de forma multidisciplinar. Gracias a la innovación, los tratamientos quirúrgicos han ido evolucionando, pasando de la cirugía abierta tradicional a la cirugía laparoscópica y robótica. La cirugía robótica ha demostrado su eficacia en ciertos procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, en cirugía hepática y pancreática su uso es todavía poco frecuente. Esta técnica posee el potencial para superar las limitaciones tradicionales de los procedimientos laparoscópicos en intervenciones hepáticas, aunque se considere aún en desarrollo.

**Materiales y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 49 años que, tras la realización de Tc de venas pulmonares, se identifica, como hallazgo casual, una lesión sólida de 91mm con componente exofítico en segmentos II-III hepáticos, sugestiva de hemangioma gigante. Ante este hallazgo se decide intervención programada, realizándose seccionectomía lateral izquierda laparoscópica asistida por robot. Se utilizaron 4 trócares robóticos (3 de 8mm y 1 de 12mm) y 1 trocar air seal de 12mm.

**Resultados:** El postoperatorio se desarrolla sin incidencias, siendo alta al 2º día postoperatorio. La anatomía patológica confirma los resultados de hemangioma cavernoso.

**Conclusiones:** La cirugía hepática robótica proporciona visión 3D aportando sensación de profundidad y mejora en la imagen. Por otro lado, proporciona gran ergonomía y maniobrabilidad que facilita maniobras en áreas donde son muy difíciles con laparoscopia convencional (como los segmentos posterosuperiores); traduciéndose todo esto en una mayor exactitud y confort en la cirugía. Aunque la calidad de la evidencia disponible es todavía escasa, parece que las pérdidas hemáticas podrían ser menores o al menos equivalentes a las de la laparoscopia convencional y que es igual de segura que la laparoscopia convencional en cuanto a los resultados oncológicos. Sin embargo, la escasez de datos universalmente aceptados y probados, especialmente en relación con los resultados a largo plazo, motivan a investigar acerca de la efectividad de la cirugía robótica en comparación con la cirugía laparoscópica aceptada actualmente como el estándar de oro de la cirugía hepática siempre que sea posible. A pesar de las inquietudes en relación con su rentabilidad, la resección robótica hepática es una técnica tanto ventajosa como aplicable, que promete óptimos resultados postoperatorios a corto plazo, con un efectivo perfil riesgo-beneficio.



## Comunicaciones vídeo

### COLGAJOS V-Y EN LA RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS PERIANALES TRAS CIRUGÍA PROCTOLÓGICA

Castrodá Copa David; Cordovés Weiler Iván; Lladro Esteve Miguel; Otalora Mazuela Leire;  
Pascual Gallego Miguel; Parajó Calvo Alberto. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** La cirugía de patología proctológica genera defectos considerables en la región perianal y la consiguiente necesidad de restituir la integridad de la zona. Son diversas las técnicas reconstructivas empleadas hasta la fecha, teniendo especial importancia los colgajos dermo-grasos en esta zona dada su facilidad técnica, capacidad para garantizar una buena vascularización y una sutura sin tensión. Presentamos 4 casos de patología tumoral con afectación anal/perianal en los que se ha empleado el colgajo dermo-graso VY como técnica de reconstrucción.

**Material y métodos:** se presentan un paciente con metástasis perianal de cáncer renal, otro con enfermedad de Paget perianal, otro con condilomas gigantes perianales y otro con cáncer de vulva con afectación esfinteriana.

**Resultados:** en el primer caso el defecto generado tras la exéresis es de unos 4-5 cm de diámetro por lo que se diseña un colgajo dermo-graso V-Y ipsilateral con relación 1:1 con respecto al defecto. En el segundo, dada la afectación de la línea media, se realiza colgajo dermo-graso de avance VY bilateral. En el tercero se realiza la confección del colgajo V-Y bilateral, con una relación 2:1 con respecto al defecto. En el cuarto caso se realiza vulvectomía parcial de la mitad posterior de la vulva con resección en bloque de tabique rectovaginal y resección parcial esfinteriana por afectación de los mismos. Se realiza esfinterorrafia de ambos esfínteres y se confecciona colgajo dermo-graso V-Y bilateral para la reconstrucción de la región perineal y perianal.

**Conclusiones:** el colgajo dermo-graso de avance V-Y permite realizar una reconstrucción relativamente fácil con una vascularización adecuada de los defectos perianales generados tras cirugía proctológica. Además, la recuperación tanto estética como funcional está prácticamente asegurada, con una baja tasa de complicaciones y atendiendo principalmente a la estenosis del canal anal.



## Comunicaciones vídeo

### R-TAMIS. ESCISIÓN LOCAL TRANSANAL MÍNIMAMENTE INVASIVA ROBÓTICA PARA PÓLIPOS DE RECTO

Otalora Mazuela Leire; Pérez Corbal Lara; Cordovés Weiller Iván; Lladro Esteve Miguel; Castrodá Copa David; Ballinas Miranda Julio; Pascual Gallego Miguel Ángel; Parajó Calvo Alberto. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Los programas de screening y la mejora en el diagnóstico conllevan a que se diagnostique un mayor número de lesiones rectales. Las técnicas de escisión local se utilizan como tratamiento de lesiones benignas y de lesiones invasivas en estadios iniciales (T1N0) con criterios histopatológicos de buen pronóstico, porque permiten obtener un espécimen íntegro de espesor completo.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 80 años con antecedente de radioterapia pélvica por adenocarcinoma de próstata que consulta por diarrea crónica. En la colonoscopia se observa un pólipo rectal sésil de aspecto adenomatoso de 25mm de tamaño en el cuadrante postero-lateral izquierdo, con anatomía patológica de displasia de alto grado. Se realiza Ecoendoscopia y RM pélvica que muestra correcta estratificación de las capas del recto y ausencia de datos de invasión (cTON0).

**Resultados:** Se decide no realizar resección endoscópica por riesgo de fragmentación y resección incompleta y se practica TAMIS robótico para la escisión local de espesor parietal completo. La intervención cursó sin incidencias, siendo alta el primer día postoperatorio. La anatomía patológica final mostró adenocarcinoma in situ sobre pólipo túbulo-vellosa de 25 mm de diámetro máximo, bordes quirúrgicos libres. En el vídeo se presentan los detalles técnicos del abordaje robótico en posición de litotomía, dada la localización posterior de la lesión.

**Conclusiones:** La cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) aplica la tecnología del abordaje laparoscópico por puerto único a la vía transanal. Según ha ido aumentando la experiencia, se ha demostrado que constituye el método de elección para el tratamiento de adenomas rectales no susceptibles de tratamiento endoscópico por su tamaño o localización, así como para estadios iniciales (T1N0), en ausencia de factores de riesgo. La incorporación de la cirugía robótica y el desarrollo del instrumental adaptado a este terreno facilita la realización de esta técnica.



## Comunicaciones vídeo

### RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE GIST DUODENAL

Diéguez-Alvarez M; Lesquereux L; Miguez P; Pérez E; Bustamante M; Parada P. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tubo digestivo, siendo el estómago la localización más frecuente. Los GIST duodenales son relativamente raros (3-5% de los casos), representado cerca del 30% de los tumores primarios en esta localización. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la hemorragia gastrointestinal o el dolor abdominal. Cuando se localizan en las primeras porciones del duodeno, el diagnóstico suele ser endoscópico, pero si son más distales pueden pasar desapercibidos en esta exploración y requerir una técnica de imagen como la TC para ser detectados. La cirugía es el pilar del tratamiento en los GIST localizados y reseccables. El tumor debe reseccarse en bloque con su pseudocápsula para obtener un margen de resección adecuado y la manipulación debe ser cuidadosa para evitar la ruptura del tumor y prevenir la diseminación peritoneal. La complejidad técnica que puede suponer el obtener márgenes quirúrgicos suficientes en el duodeno hace que las opciones quirúrgicas no siempre estén claras y pueden variar desde la resección limitada a la duodenopancreatectomía dependiendo de la ubicación del tumor, el tamaño y la relación con las estructuras circundantes. La resección laparoscópica de GIST duodenales se ha comunicado en pocos estudios. La resección limitada por vía abierta o laparoscópica es una opción válida cuando el tamaño y la localización lo permiten, siempre teniendo en cuenta que se debe dejar un lumen suficiente para no provocar estenosis.

**Caso clínico:** Varón de 48 años con antecedentes de ERGE, H. Pylorii erradicado y migrañas es derivado a consulta de Medicina Interna por astenia secundaria a anemia grave (HB 7.9 g/dl). La endoscopia digestiva alta muestra una protrusión en la cara posterior del bulbo duodenal. La tomografía computarizada (TC) muestra una lesión de 28x25 mm bien delimitada en la primera porción duodenal hipervascular y con un área central necrótica. En ecoendoscopia se observa una tumoración hipoeoica hipercaptante muy vascularizada sugestiva de GIST pero la PAAF de la misma resulta insatisfactoria para el diagnóstico. Es intervenido en abril de 2022 a través de un abordaje laparoscópico evidenciando la tumoración localizada en cara anterosuperior de la primera porción duodenal. Se realiza maniobra de Kocher amplia, resección en cuña incluyendo la tumoración y cierre transversal de la pared duodenal con sutura continua. La pieza quirúrgica se extrae en una bolsa.

**Resultados:** El paciente evoluciona favorablemente, la tolerancia oral es correcta y es dado de alta al segundo día postoperatorio. La anatomía patológica es informada como tumor GIST de tipo fusocelular de 2,9x2,4 cm, de bajo grado histológico y que respeta la mucosa (T2). Los márgenes se encuentran libres (R0) y la IHQ es positiva para CKIT y DOG1. Valorado en el comité de tumores, por localización, edad del paciente y mutación de significado incierto presente en el estudio genético del tumor se decide adyuvancia con Imatinib durante 1 año.

**Conclusiones:** La exéresis laparoscópica de algunos GIST duodenales es factible y segura, reduciendo la morbilidad postoperatoria sin comprometer el resultado oncológico.



# 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 vídeo**

### **ESTÓMAGO INTRATORÁCICO Y ESÓFAGO CORTO. OPERACIÓN DE COLLIS-NISSEN**

Thorpe B; Parada P; Lesquereux L; Onanindía E; Diéguez M; Lago Y; Bustamante M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

**RESUMEN:**



## Comunicaciones vídeo

### GIST GÁSTRICO CON ERGE SEVERA: RESECCIÓN ATÍPICA TIPO COLLIS MODIFICADO Y FUNDUPLICATURA TOUPET

Cordovés Weiler Iván; Lois Silva Elena; Brox Jiménez Antonia; Mariño Padín Esther; Artime Rial María; Pérez Corbal Lara; Lladro Esteve Miguel; Otalora Mazuela Leire; Parajó Calvo Alberto. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** La resección de lesiones gástricas subcardiales aunque sean de un tamaño pequeño suponen todo un reto para el cirujano que las trata. En el video presentamos el caso clínico de un paciente que además de presentar una pequeña lesión subcardial sugestiva de GIST asociaba una ERGE severa que tratamos por vía laparoscópica.

**Material y métodos:** Se realiza gastrectomía atípica tras localización con endoscopia intraoperatoria de la lesión. El tipo de gastrectomía realizada es lo suficiente como para asegurar la resección del tumor con márgenes libres y ahorrar el máximo fundus gástrico que será necesario para tratar el rge severo que asocia. Con el tipo de gastrectomía practicada conseguimos un pequeño alargamiento esofágico similar al conseguido si se hubiera realizado una gastroplastia de Collis, lo cual nos facilita la segunda parte de la operación, la confección de una funduplicatura posterior tipo Toupet 270º.

**Resultados:** La primera dificultad que presentan este tipo de tumores es concretar la localización de la lesión. Desde hace años hemos dejado de usar la tinta china para el marcaje preoperatorio de estas lesiones por su baja rentabilidad. Actualmente solicitamos el apoyo del Servicio de Digestivo y realizamos una endoscopia intraoperatoria que nos confirma el lugar exacto en que se encuentra la lesión. El segundo escollo es la localización subcardial. Aunque sean de pequeño tamaño la localización hace que técnicamente la resección en ese lugar sea técnicamente mucho más compleja que si estuviera localizadas en el cuerpo o fundus gástrico.

**Conclusiones:** Presentamos este video por lo inusual de que un mismo paciente presente dos tipos de patologías que con la cirugía mínimamente invasiva practicada quedaron tratadas. Aunque preoperatoriamente se disponga de un plan quirúrgico estratégico preformado, la endoscopia intraoperatoria confirmará el lugar exacto donde se encuentra la lesión y el procedimiento que finalmente realizaremos.



## Comunicaciones vídeo

### SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO: LIBERACIÓN QUIRÚRGICA LAPAROSCÓPICA

Cordovés Weiler Iván; Parajó Calvo Alberto; Carrera Dacosta Ester; López Rodríguez Alberto; Mariño Padín Esther; Pêrez Corbal Lara; Lladro Esteve Miguel; Otalora Mazuela Leire; Castrodá Copa David. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** El síndrome del ligamento arcuato medio es una enfermedad rara que se presenta cuando este ligamento presenta una inserción anormalmente baja y comprime el tronco celíaco en su origen. Aquellos pacientes sintomáticos presentarán dolor intenso postprandial, vómitos y pérdida de peso debido a la ingesta reducida por miedo al dolor. El tratamiento es quirúrgico, mediante la división del ligamento arcuato para restaurar el flujo sanguíneo a través del tronco celíaco.

**Caso clínico:** Se presenta a una mujer de 53 años con antecedentes de síndrome de Raynaud, remitida desde Digestivo por dolor postprandial intenso que asocia náuseas y pérdida de peso por miedo a comer. Se realiza un angio-TC que muestra una estenosis crítica del tronco celíaco causada por una banda de tejido hipodenso preaórtico. Se indica intervención quirúrgica, se decide realizar una liberación laparoscópica del ligamento arcuato medio. La paciente fue dada de alta al 4º día postoperatorio sin complicaciones, y durante el seguimiento se comprobó la resolución de la clínica.

**Conclusiones:** La liberación del ligamento arcuato medio es una intervención quirúrgica compleja y poco frecuente que debe ser realizada por cirujanos experimentados. Es factible realizar esta intervención por vía laparoscópica siempre que el cirujano posea un amplio manejo y experiencia con las técnicas de cirugía mínimamente invasiva.



## Comunicaciones vídeo

### LINFOMA B DESARROLLADO SOBRE QUISTE ESPLÉNICO

Orellana León M; Otero Torrón B; Lavin Montoro L; Marcacuzco A; Caso O; Jiménez Romero C; Justo Alonso.<sup>(\*)</sup>

(\*) Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Los quistes esplénicos son lesiones muy poco frecuentes. Se clasifican en primarias o secundarias según la presencia de revestimiento epitelial, especialmente de tejido estromal. Por lo general, son lesiones asintomáticas que no requieren tratamiento, y que sólo precisan seguimiento. Sin embargo, cuando el paciente presenta síntomas o el quiste es de gran tamaño, se puede plantear la cirugía. La técnica quirúrgica debe ser lo más conservadora posible, para evitar las complicaciones inmunológicas que supone la esplenectomía. Aunque no es frecuente, existe la posibilidad de que los quistes esplénicos sean malignos.

**Material y métodos:** Se presenta el caso de una paciente de 27 años, con síntomas de dolor y distensión abdominal, así como asimetría a la exploración, con tumoración visible en hipocondrio izquierdo. Se realiza TAC abdominal en el que se identifica quiste esplénico gigante de 23cm de diámetro mayor. Analítica sin alteraciones, serologías negativas.

**Resultados:** Debido al gran tamaño del quiste y la sintomatología de la paciente, se decide intervención quirúrgica. Con la intención de ser lo más conservadores posible, se realiza destechamiento del quiste con aspiración de unos 3500cc de líquido de aspecto seroso sucio, que previamente se había puncionado sin elevación de marcadores tumorales. En el estudio anatomopatológico de la muestra enviada se observan datos de malignidad, con diagnóstico histológico de linfoma B difuso de células grandes asociado a fibrina y VEB + (carga viral superior a 15 millones de copias), desarrollado sobre un pseudoquiste esplénico. Se realiza estudio de extensión en el que solo se observa la lesión esplénica, así como adenopatías paraesternales, ambos con captación metabólica patológica, por lo que, tras presentarlo en un comité multidisciplinar, se decide tratamiento con 4 ciclos de Rituximab. La paciente presenta buena respuesta, con disminución de la captación de las lesiones comentadas, aunque con crecimiento de la lesión quística esplénica. Ante la persistencia de la lesión, se decide en comité la esplenectomía radical, con buena evolución postoperatoria. En el estudio del bazo no se observan datos residuales de linfoma, ni infección del virus de Epstein-Barr, que se había negativizado en sangre. La paciente presenta buena recuperación y en controles posteriores no se observa recidiva de la enfermedad.

**Conclusión:** Aunque en muy bajo porcentaje, algunos quistes pueden presentar datos de malignidad y esto debe ser algo a tener en cuenta a la hora de decidir la técnica quirúrgica más apropiada para su extirpación.



## Comunicaciones vídeo

### REGANANCIA DE PESO EN BYPASS GÁSTRICO. SÍNDROME DE CANDY CANE. DILATACIÓN DE LA ANASTOMOSIS GASTRO-YEYUNAL. HERNIA HIATAL DEL RESERVORIO GÁSTRICO

Thorpe B; Baltar P; Santos F; Bustamante M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Estudio de un caso de reganancia de peso en paciente previamente intervenida de un bypass gástrico en Y de Roux, en el contexto de hernia del reservorio gástrico, dilatación de la anastomosis gastro-yeyunal y síndrome de candy cane. La obesidad mórbida es una enfermedad crónica donde la cirugía es el tratamiento más eficaz. El bypass gástrico en Y-Roux, es de las cirugías más realizadas, con buena respuesta. Los últimos registros arrojan un aumento de las cirugías de revisión en relación a fracasos de tratamiento: la ganancia ponderal después de la cirugía es de causa multifactorial, desde factores dietéticos, psiquiátricos y genéticos a factores anatómicos, como son la pérdida de restricción por dilatación de la anastomosis gastroyeyunal y la dilatación del reservorio gástrico -promotores de ascenso torácico del mismo por hiperpresión. El síndrome de candy cane con elongación del asa yeyunal que recibe al reservorio gástrico, es a su vez un segundo reservorio que favorece la reganancia de peso demostrado.

**Materiales y métodos:** Mujer de 58 años intervenida en noviembre de 2012 con parámetros antropométricos de 101/155/44, morbilidades: HTA y dislipemia. A los 8 meses su IMC baja a 33, con 20 kg. En 2014 baja a un peso mínimo de 66 kg; corrección de disturbios metabólicos. Desde 2015 sufre una reganancia de 9kg en 6 (comer peor por problemas familiares); en noviembre de 2017 pesa 76kg, (ánimo depresivo y problemas económicos). En 2020, tras abandonar seguimiento, se valora por nueva reganancia de peso: 94kg (+28). En tránsito EGD se objetiva rápido pase del contraste a través de la anastomosis gastro-yeyunal, reservorio gástrico de 5 cm x 3.2 cm de diámetro transversales aproximadamente, hernia de hiato, reflujo de yeyuno a reservorio gástrico y de este un masivo reflujo a esófago.

**Resultados:** Abordaje laparoscópico de rescate en mayo de 2022. Hallazgos: reservorio gástrico agrandado de 8cm, síndrome de candy cane de unos 5 cm, dilatación de la anastomosis gastro-yeyunal y dilatación del hiato esofágico de unos 4 cm, con ascenso del reservorio gástrico del bypass. Intervención: Resección de la anastomosis gastro-yeyunal y del candy cane con reconstrucción de anastomosis gastroyeyunal de 1.6 cm y reducción del reservorio gástrico a cavidad abdominal con posterior hiatorrafia. Postoperatorio: cuadros de vómitos repetidos con lo que se repite EGD que describe lento pase del contraste por la anastomosis gastro-yeyunal - calibre filiforme. Reservorio gástrico no dilatado sin datos de hernia de hiato, ni de candy cane. Ingresa para dilatación neumática que resuelve la estenosis y la clínica satisfactoriamente. Actualmente en seguimiento en consulta con peso de 75kg y dificultad para ingerir sólidos, pendiente de nueva dilatación neumática.

**Conclusiones:** Con el tiempo alteraciones anatómicas secundarias al bypass gástrico en Y de Roux, pueden reducir la restricción generada en la cirugía y una ganancia ponderal. La dilatación de la anastomosis gastroyeyunal y la dilatación del reservorio gástrico son factores de ganancia de peso postcirugía. Hay una asociación entre la dilatación secundaria del reservorio gástrico y la aparición de hernia hiatal postcirugía. El síndrome de candy cane parece estar asociado con la reganancia de peso y requerir intervención.



## Comunicaciones vídeo

### EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE TUMOR RETRORRECTAL

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

(\*) Complejo Hospitalario de A Coruña.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Los tumores retrorrectales o presacros son entidades poco frecuentes que plantean un amplio diagnóstico diferencial. Su incidencia es menor del 0'05% en algunas series publicadas. Suelen ser más frecuentes en el sexo femenino, siendo congénitas en 2/3 de los casos. También en dicho porcentaje suelen ser lesiones benignas, con un riesgo de degeneración a malignidad del 7-10%. El diagnóstico es incidental o tardío, debido a la inespecificidad de sus signos y síntomas, siendo el dolor el síntoma más frecuente. La TC y la RMN son las pruebas más rentables y la indicación de biopsia preoperatoria controvertida. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico tras la intervención quirúrgica.

**Material y métodos:** Se presenta el caso de una mujer de 35 años gestante de 35 semanas sin antecedentes de interés. Remitida a consultas tras hallazgo incidental en prueba de imagen: En RMN se aprecia una tumoración sólida retrorrectal de 9'4 x 11'6 x 12'3 cm. El diagnóstico diferencial incluye tumor fibroso solitario presacro y tumor mesenquimal-GIST. A la exploración se palpa mediante tacto rectal una tumoración extrarrectal con abombamiento en cara posterior y lateral de recto, a 5 cm del margen anal. Se decide solicitar Endoscopia digestiva baja, en la cual se aprecia compresión extrínseca cara posterior rectal, y TAC/TAP. En esa última prueba de imagen el tamaño de la lesión disminuye a 6'6 x 7'7 x 8'6 cm. Sin otras alteraciones.

**Resultados:** Tras una cesárea programada se realiza en un segundo tiempo la resección laparoscópica de dicha tumoración sin incidencias, al igual que el postoperatorio. Se adjuntarán las imágenes del procedimiento en el que se abre la reflexión peritoneal en el lateral derecho. Se comienza la disección retrorrectal identificando una masa redondeada, de consistencia gomosa y encapsulada, que permite su liberación, aunque algo dificultado por el tamaño previamente nombrado. Se disecciona en su totalidad tras la ligadura del pedículo vascular del que depende. Se deja un drenaje tipo Blake en pelvis y la pieza se extrae por incisión Pfannestiel de asistencia en bolsa protegida.

**Conclusiones:** Los resultados anatomopatológicos confirmaron un tumor de origen mesenquimal (probable leiomioma) sin criterios de malignidad y con bordes quirúrgicos libres.



## Comunicaciones vídeo

### CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL TRATAMIENTO URGENTE DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Martínez Carmen; Rodríguez López Natalia; Rodríguez Outeiriño Alejandro; Reinoso Hermida Ayla; Estrada López Carlos Roberto; Alberca Remigio Claudia; García García Manuel. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** La obstrucción intestinal es una de las causas principales de cirugía urgente, siendo en un 60% de los casos secundaria a adherencias postoperatorias. El abordaje quirúrgico habitual es la laparotomía media, y aunque la laparoscopia no está contraindicada, el abordaje mínimamente invasivo es poco frecuente. El objetivo de esta presentación es exponer un caso de obstrucción intestinal por adherencias tratado por vía laparoscópica y su evolución posterior.

**Material y métodos:** Varón de 74 años con antecedentes de diabetes tipo 2, dislipemia, esquizofrenia paranoide, múltiples ingresos por infecciones respiratorias y urinarias, portador de sonda vesical permanente, sin antecedentes quirúrgicos. Acude a urgencias por presíncope y vómitos, evidenciándose una infección urinaria, por lo que ingresa en Medicina Interna. Durante el ingreso presenta imposibilidad para la reintroducción de la dieta oral, con vómitos persistentes, por lo que solicitan radiografía y TC de abdomen. En la radiografía se objetiva dilatación de la cámara gástrica y el TC revela la existencia de una obstrucción intestinal en asa cerrada con sufrimiento intestinal, motivo por el que realizan interconsulta a Cirugía. A la exploración el abdomen se encuentra excavado, sin dolor a la palpación e impresiona de sensación de ocupación a nivel de flanco derecho. Se realiza laparoscopia exploradora hallándose obstrucción secundaria a adherencias de epiplón mayor a colon derecho y yeyuno medio, generando un orificio por el que se introduce un segmento de yeyuno. Se realiza una liberación de las adherencias y reducción del contenido de la hernia. El paciente presenta buena evolución postoperatoria con inicio de tránsito en las primeras 48 horas y buena tolerancia a dieta progresiva.

**Resultado:** La adhesiolisis laparoscópica se ha convertido en una alternativa para el tratamiento de la obstrucción intestinal, presentando múltiples ventajas asociadas al procedimiento como la reducción de la formación de nuevos procesos adherenciales que requieran reintervención. Las contraindicaciones absolutas son la inestabilidad hemodinámica, distensión intestinal severa y mala situación cardiorrespiratoria. Los criterios de elegibilidad son la ausencia de peritonitis, distensión abdominal leve, síndrome adherencial limitado o brida única y la experiencia del cirujano. Metaanálisis recientes han demostrado la reducción de la morbimortalidad y complicaciones postoperatorias específicas como sangrado, hernia incisional, abscesos, sepsis, infecciones urinarias, descompensaciones respiratorias, cardíacas y de la función renal y un menor riesgo de reintervención temprana, además de un menor tiempo quirúrgico y de ingreso. No se han demostrado diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de daño intestinal iatrogénico. No se debe despreciar un componente de sesgo en los estudios incluidos dado que en síndromes adherenciales complejos y en pacientes con más comorbilidades suele recurrirse al abordaje abierto.

**Conclusión:** La cirugía laparoscópica en el tratamiento de la obstrucción intestinal por adherencias ha demostrado ser una técnica segura, con resultados equivalentes a la cirugía abierta en pacientes seleccionados y realizada por cirujanos con experiencia en cirugía mínimamente invasiva.



## Comunicaciones vídeo

### ABORDAJE TRANSCÍSTICO COMO TRATAMIENTO DE COLEDOLITIASIS. A PROPÓSITO DE UN CASO CON CIRUGÍA GÁSTRICA PREVIA

Lago FY; Baltar J; Santos F; Fentes D; Roqué RM; Gándara C; Bustamante M. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** El 10% de los pacientes con colelitiasis presentan además cálculos en los conductos biliares. En la actualidad existen dos enfoques terapéuticos para la coledocolitiasis. Por un lado la vía endoscópica mediante CPRE, y por otro la vía quirúrgica mediante exploración laparoscópica de la vía biliar principal. Los pacientes con cirugía gástrica previa y exclusión duodenal plantean dificultades para el tratamiento endoscópico requiriendo otras estrategias.

**Material y métodos:** Varón de 37 años con antecedentes de obesidad mórbida tratada con bypass gástrico acude a urgencias por dolor abdominal y febrícula. Exploración normal. Analítica con leucocitosis y desviación izquierda, bilirrubina de 2.9mg/dl a expensas de indirecta, transaminasas y enzimas de colestasis elevadas.

**Resultados:** Ante la sospecha de afectación vesicular o de vías biliares se realizó ecografía y TC abdominal, en donde se observaron datos de colecistitis aguda con dilatación del colédoco asociada a litiasis. Se inició antibioterapia presentando mejoría clínica con disminución de marcadores de inflamación y normalización de enzimas colestásicas. Se realizó posteriormente colangioRNM en donde no se hallaron alteraciones. A los dos meses, el paciente acudió de nuevo con dolor abdominal, náuseas y coluria. Exploración abdominal normal. En la analítica presentaba leucocitosis con neutrofilia, bilirrubina total de 4.3mg/dl con 2.2mg/dl de directa, elevación de transaminasas y GGT. Se realizó ecografía abdominal hallando datos de colecistitis litiasica con vías biliares normales. Ante la sospecha de cole-coledocolitiasis se realizó colecistectomía y exploración (en colaboración con Urología) de la vía biliar principal y extracción de cálculos por vía laparoscópica transcística tras fragmentación de estos con láser. Posteriormente se realizó colangiografía transcística en donde se objetivaron vías biliares íntegras con moderada dilatación, sin defectos de repleción y con paso de contraste al duodeno. Se dejó drenaje transcístico que se retiró postoperatoriamente. Tanto el abordaje con CPRE o en dos etapas (incluye colecistectomía diferida), como el abordaje en una sola etapa o laparoscópico (se efectúa en el mismo procedimiento colecistectomía y extracción de cálculos) presentan una eficacia similar para la eliminación de litiasis, con morbilidad y mortalidad global equivalente, aunque con complicaciones diferentes. En los últimos años la exploración laparoscópica de la vía biliar ha ido ganando protagonismo en el tratamiento de la coledocolitiasis. Su principal ventaja con respecto a la CPRE es el abordaje terapéutico realizado en un solo acto y la ausencia de sección del esfínter de Oddi. Existen básicamente dos estrategias para el tratamiento quirúrgico laparoscópico de la coledocolitiasis: el abordaje transcístico, en donde se puede atrapar el cálculo con una cesta de Dormia o fragmentarlo con litotricia; y el abordaje transcoledociano.

**Conclusiones:** El abordaje "clásico" de la vía biliar principal con recursos "modernos" (laparoscopia, endoscopios de pequeño calibre, litotricia láser) permite el tratamiento en un solo tiempo de la litiasis coledociana en los pacientes con exclusión duodenal previa en los que no es posible realizar CPRE.



## Comunicaciones vídeo

### ENUCLEACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LESIÓN LOCALIZADA EN CABEZA PANCREÁTICA

Provedo del Valle D; Matías Beteta G; Hernández García L; Busto Hermida L; Prieto González D; Climent Aira A. (\*)

(\*) Hospital Ribera Povisa, Vigo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Presentamos un video-caso clínico de un varón de 30 años al que se le realiza una enucleación laparoscópica por el diagnóstico de una lesión en cabeza pancreática.

**Materiales y métodos:** Paciente varón de 30 años que durante el estudio de numerosos episodios de hipoglucemias sintomáticas se encuentra una lesión localizada en la cabeza del páncreas. La realización de una TC Abdominal puso de manifiesto los hallazgos compatibles con un tumor neuroendocrino de 13 mm situado en la zona superior de la cabeza del páncreas. El estudio se completó con una RM pancreática y una ecoendoscopia digestiva. Las reconstrucciones 3D localizaron la lesión en el borde superior del páncreas por detrás de la arteria gastroduodenal y adyacente a la vena porta.

**Resultados:** El estudio anatomopatológico posterior confirmó la sospecha diagnóstica de insulinoma pancreático. La escisión de la lesión fue completa y los márgenes quirúrgicos se encontraron libres de afectación. En el postoperatorio inmediato, el paciente presentó en un control analítico un aumento de los reactantes de fase aguda por lo que se solicitó una TC abdominal urgente. Se evidenció una compresión extrínseca a nivel de la porta principal sin trombosis, secundaria al proceso inflamatorio agudo local, por lo que se decidió iniciar tratamiento anticoagulante. El paciente fue dado de alta sin incidencias postoperatorias y realiza controles de seguimiento en consultas externas de Endocrinología.

**Conclusiones:** Las enucleaciones y técnicas preservadoras de parénquima pancreático son intervenciones quirúrgicas factibles de realizarse mediante abordajes mínimamente invasivos, obteniéndose así los beneficios de su aplicación. Las reconstrucciones 3D facilitan la localización anatómica de las lesiones pancreáticas y pueden ser de utilidad de cara a la planificación prequirúrgica.



## Comunicaciones vídeo

### RESECCIÓN ANTERIOR ULTRABAJA CON DISECCIÓN INTERESFINTERIANA ROBÓTICA

González Bermúdez Manuel; Rodríguez Rojo Sergio; Concheiro Coello Pablo;  
Aguirrezabalaga González Javier; Noguera Aguilar José Francisco. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Demostrar de forma visual a través de un caso complejo las facilidades y ventajas que nos aporta la cirugía robótica con respecto a la laparoscópica en el abordaje pélvico del cáncer de recto.

**Material y métodos:** El caso grabado trata de una mujer de 38 años a seguimiento en nuestras consultas tras ser diagnosticada de adenocarcinoma de recto localmente avanzado con su margen inferior a 3 cm del margen anal. Ante los hallazgos, tras recibir tratamiento neoadyuvante y presentar una respuesta casi completa se decide la realización de una resección anterior ultrabaja con anastomosis interesfintérica y extracción de la pieza por vía transanal. En el caso se observan algunas de las facilidades que nos ofrece el abordaje robótico con respecto al laparoscópico durante la disección pélvica de la resección anterior ultrabaja, llegando con cierta facilidad al plano de los elevadores y sin la necesidad de completar la exéresis mesorrectal total con un abordaje combinado (TATME).

**Resultados:** Tras permanecer ingresada 12 días por presentar febrícula de origen desconocido (todas las pruebas fueron normales) la paciente fue dada de alta sin incidencias.

**Conclusiones:** A igualdad de resultados oncológicos y, a pesar de no existir evidencia científica en estos momentos, el abordaje robótico impresiona de aportar ventajas con respecto al laparoscópico para la cirugía del cáncer de recto.



## Comunicaciones vídeo

### EVENTRACIÓN ABDOMINAL SUBXIFOIDEA EN PACIENTE CON ESTERNOTOMÍA TRAS UNA COMPLICACIÓN EN LA COLOCACIÓN DE UN IMPLANTE DE MARCAPASO

Estrada López Carlos Roberto; Trillo Parejo Pedro; Rodríguez Outeiriño Alejandro; Reinoso Hermida Ayla; Martínez Martínez Carmen; Alberca Remigio Claudia; Garcia García Manuel. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Presentar el caso de una paciente intervenida por una eventración abdominal subxifoidea tras una complicación en un implante de marcapasos, que requirió de esternotomía tras un desgarro aórtico, y revisión de la literatura.

**Material y Métodos:** Mujer de 77 años que es valorada en consulta por una eventración abdominal subxifoidea presentado como antecedente un implante de marcapasos y un segundo recambio en donde se produce desgarro aórtico, por lo que se coloca un tubo de Dacron en aorta ascendente y bypass femoro-femoral. En la exploración física se identifica cicatriz de esternotomía que se continúa con laparotomía supraumbilical, y se objetiva una eventración epigástrica, con presencia de un importante defecto herniario con contenido reductible, que protruye con Valsalva. En la TC se evidencia que el defecto herniario mide 6.5x3.5 cm por donde se introduce grasa y parte del cuerpo y antro gástricos, con un saco herniario de 8.5x4x7.5cm. Es intervenida realizándose eventroplastia con malla doble con localización y marcaje de marcapasos situado en hipocondrio izquierdo, así como la zona de salida de los cables del marcapasos situado a 5 cm de la línea media.

**Discusión:** La esternotomía media puede debilitar la pared abdominal superior y provocar una hernia incisional subxifoidea. La incidencia notificada de hernia incisional subxifoidea ha oscilado entre 1% y 4,2%. En el estudio retrospectivo de Chan, et al, analiza 8 estudios diferentes incluyendo 132 pacientes, con una incidencia que osciló entre 0,81-3,44%. La hernia subxifoidea es conocida por la complejidad de su reparación y la alta tasa de recurrencia. Se ha informado que la mayoría de las hernias se han desarrollado dentro de los 2 a 3 años posteriores a la cirugía. El defecto ocurre principalmente en la parte caudal de la esternotomía que permite la protrusión de tejido como grasa o intestino. El estudio de Tatay, et al, menciona una gran variabilidad en los factores de riesgo, siendo los más importantes la obesidad, transfusión durante la cirugía, sexo masculino e infección de la herida quirúrgica. Se describe en la literatura que la reparación con mayor recidiva es también la que más se realiza por su simplicidad, siendo esta la técnica prefascial de Chevrel. Tiene el inconveniente de que solo puede usarse en defectos pequeños y requiere una disección aponeurótica amplia. La técnica subfascial de Rives es superior en términos de recurrencia, pero también más laboriosa. Una alternativa usada con excelentes resultados es la técnica de doble malla ajustada.

**Conclusiones:** Las hernias subxifoideas son una patología con poca incidencia, pero con alta recurrencia debido a la dificultad técnica por la complejidad anatómica en dicha zona. Se han descrito una gran variedad de técnicas quirúrgicas, siendo las que mejores resultados han presentado, la técnica con malla doble.



## Comunicaciones vídeo

### RECONSTRUCCIÓN MAMARIA PREPECTORAL CON MALLA BIOLÓGICA (BRAXON), 6 AÑOS DE EXPERIENCIA

Nogueira Sixto M; de Castro Parga G; Lamas González MJ; Freiría Barreiro G; Meléndez Villar R; Mallo Alonso R; Álvarez Garrido N; Sánchez Santos R. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Actualmente el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres. Uno de los pilares básicos en su tratamiento quirúrgico es la cirugía oncológica que combina el mejor tratamiento quirúrgico oncológico con unos buenos resultados cosméticos. La reconstrucción mamaria inmediata es la técnica más utilizada tras la mastectomía por cáncer de mama. La reconstrucción más frecuente hoy en día es el implante subpectoral en uno o dos tiempos. En los últimos años se ha comenzado a utilizar la reconstrucción mamaria con implante prepectoral en un tiempo gracias a la incorporación de matrices dérmicas acelulares, una de las más implantadas es la Braxon. Esta técnica ha demostrado en diferentes series mejorar los resultados estéticos y el dolor postoperatorio, disminuir el porcentaje de contractura capsular, acelerar la reincorporación a la vida laboral y preservar el movimiento del hombro. A pesar de su elevado precio resultan coste efectivas si se indican en las pacientes adecuadas. El objetivo de la presente comunicación es compartir los resultados quirúrgicos obtenidos tras la introducción de dicha técnica.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los resultados quirúrgicos de las pacientes con cáncer de mama intervenidas en nuestro centro desde el año 2016 mediante la reconstrucción mamaria con implante prepectoral con malla Braxon. Video explicativo de la técnica quirúrgica

**Resultados:** Tras la incorporación de la técnica a nuestro centro, se ha realizado un total de 33 casos, 53 mamas, con un 39,3% de abordajes unilaterales y un 60,6% de abordajes bilaterales. La edad media de las pacientes intervenidas es de 54,3 años. El 9,5% fue sometida a radioterapia preoperatoria y el 2% a radioterapia postoperatoria. El IMC medio fue de 25,44, el 21% eran fumadoras y el 0% diabéticas. El peso mamario extirpado medio fue de 462mg, el volumen medio de prótesis utilizada fue de 373ml. El seguimiento medio fue de 30 meses (mediana 26). De todas las pacientes intervenidas el 13% presentó una complicación mayor (Clavien-Dindo III, IV y V), de las cuales: 3,7% infección, 2% hematomas, 1,8% contractura capsular, 3,8% extrusión, 1,8% necrosis cutánea. De las pacientes que presentaron complicaciones mayores el 33 % fue sometida a radioterapia pre o postoperatoria. Fue necesario reintervenir al 12,9% de las pacientes (contando la corrección de rippling a largo plazo un 22%)

**Conclusiones:** La reconstrucción mamaria inmediata con prótesis prepectoral es una alternativa segura con la que es posible obtener buenos resultados estéticos disminuyendo las complicaciones postoperatorias. La selección de las pacientes debe de ser adecuada, especialmente en las primeras etapas de la curva de aprendizaje. A pesar de que la radioterapia preoperatoria fue, inicialmente, una contraindicación para la realización de dicha técnica, actualmente existen series que defienden la seguridad de esta técnica tras la radioterapia neoadyuvante. La realización de más estudios a medio y largo plazo arrojará más luz sobre la mejor indicación de dicha técnica.



## Comunicaciones vídeo

### IRRIGACIÓN DEL ASA EFERENTE EN PACIENTES CON ILEOSTOMÍA DE PROTECCIÓN

Pascual Gallego MA; Cordovés Weiler I. Lladro Esteve M; Carrera Dacosta E; Otalora Mazuela L; Castrodá Copa D; Parajó Calvo A. (\*)

(\*) Hospital Montecelo, Pontevedra.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** El cáncer colorrectal es el cáncer más frecuente si tenemos en cuenta al conjunto de hombres y mujeres, con una incidencia de hasta 26.000 casos al año. El tratamiento quirúrgico del cáncer de colon implica en la mayoría de casos la resección segmento afectado y si es posible, la anastomosis de los segmentos libres. Es el cáncer de recto el que más ha sufrido cambios con respecto a opciones de tratamiento multidisciplinar, siendo hoy en día la quimio radioterapia uno de los pilares fundamentales en el tratamiento. Aún con todos los avances, el tratamiento no está exento de complicaciones, siendo una de las más preocupantes las fugas anastomóticas. Una de las técnicas para disminuir los riesgos asociados a las fugas y reducir su morbimortalidad en anastomosis pélvicas de alto riesgo son los estomas de protección como medio de derivación fecal. La ileostomía en asa (IA) se posiciona como el estoma de protección de elección, no estando exento de complicaciones importantes como el íleo paralítico, que tiene una incidencia de hasta el 29%, por lo que intentar evitarlo se plantea como desafío importante de cara a una buena recuperación tras el cierre de la ostomía.

**Material y métodos:** Junto con el equipo de estomaterapia de nuestro centro, iniciamos un protocolo de irrigación del asa eferente para valorar la mejoría de estos pacientes. Inicialmente se cita al paciente y su familia en consulta de estomas donde se le explica y se le entrega la información necesaria, así como una sencilla videoguía QR adaptada que pueden visualizar en cualquier momento, facilitando así los cuidados domiciliarios del estoma. Se introduce una mezcla de suero fisiológico y espesante nutricional para valorar si disminuye el porcentaje de íleo paralítico tras el cierre de la ileostomía durante 2 semanas antes de la fecha prevista para dicho cierre.

**Resultados:** Con este vídeo y gracias al apoyo del equipo de estomaterapia conseguimos la implicación del paciente en sus cuidados y tratamientos lo que hace que el paciente participe de forma activa en su recuperación.

**Conclusiones:** Mediante una técnica segura y fácilmente reproducible como la irrigación de asa eferente intentamos conseguir varios beneficios que abarcan no sólo la estimulación y recuperación precoz del segmento distal tras el cierre de la ostomía, sino otros potenciales como la educación del control de esfínteres previa a dicho cierre. Finalmente puede considerarse el beneficio global para el paciente y la sociedad en general, pues a través de la colaboración del estomaterapeuta en conjunto con la videoguía para pacientes conseguimos un manejo domiciliario y un aumento en la calidad de vida al ahorrar tiempo y desplazamientos al hospital.



### Comunicaciones vídeo

## DISECCIÓN INTRAGLISONIANA ROBÓTICA DEL PEDÍCULO PORTAL

Pérez Rodríguez Elena; González Rodríguez Francisco Javier; Paz Novo Manuel; Domínguez Comesaña Elías; Fernández Pérez Aquilino; Prieto Carreras Luis; Bustamante Montalvo Manuel; Varo Pérez Evaristo. (\*)

(\*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

#### RESUMEN:

**Introducción y objetivos:** Descripción de la aplicación de la disección intraglisoniana del pedículo portal en un paciente cirrótico, en el contexto de una hepatectomía anatómica asistida por robot.

**Material y métodos:** paciente varón de 83 años, con los siguientes antecedentes: amputación abdominoperineal por adenocarcinoma de recto en el año 2014, hipertensión arterial, cirrosis hepática de etiología enólica CHILD A5, MELD 10, MELD Na 13 (supervivencia estimada al año del 90%). En TC abdominal de seguimiento se evidencia tumoración hepática localizada en el lóbulo hepático izquierdo. La RM hepática describe la existencia de una lesión hepática de 4cm en el segmento II hepático compatible con hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico. La biopsia de la tumoración confirma el diagnóstico de hepatocarcinoma. Se realiza una seccionectomía lateral izquierda asistida por robot con una disección intraglisoniana y ligadura con hemolocks de los pedículos portales de los segmentos II y III y, sección de la vena suprahepática izquierda con SureForm de 45 mm con carga vascular. Duración de la intervención 180 minutos, pérdida de sangre contabilizada 100cc.

**Resultados:** post-operatorio sin complicaciones, alta a las 72 horas. Última revisión a los 12 meses de la intervención con el paciente asintomático y libre de enfermedad en TC de control.

**Conclusiones:** la implementación de la cirugía asistida por robot mejora la capacidad de disección de pedículos vasculares venosos de alto flujo, frágiles, con una localización compleja y en el contexto de una cirrosis hepática, gracias a la estabilidad de la visión tridimensional que proporciona la cámara robótica, a los siete grados de movimiento de los instrumentos y a la ergonomía de la posición del cirujano durante la cirugía.