



Comunicaciones científicas libres

DIVERTICULITIS AGUDA DE SIGMA COMPLICADA. ANÁLISIS DE FACTORES DETERMINANTES DE FALLO EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR

García-Melon A, Maseda Díaz O, Torres García I, Monjero Ares I, Montoto-Santomé P, Dorado Castro L, López López M, Ramírez Ruiz L, Martínez Miguez M, Conde Vales J. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Introducción: La enfermedad diverticular es la patología no cancerosa más común del colon en los países occidentales. Con una prevalencia en mayores de 60 años del 50%, siendo mucho más frecuente en el colon izquierdo. La clínica es muy variable, desde mínima sintomatología a una diverticulitis aguda complicada que requiera una intervención quirúrgica urgente. El tratamiento conservador en la actualidad es de elección, pero no es desdeñable el número de pacientes que requieren una cirugía por el fracaso del mismo.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo para el fallo del tratamiento conservador en pacientes que han requerido una intervención quirúrgica, para así poder determinar estrategias en el tratamiento de los mismos. Elaborando algoritmos terapéuticos que permitan una atención más intensiva en estos pacientes.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de 2016 a 2021, con un total de 95 pacientes diagnosticados al ingreso de diverticulitis aguda complicada, en los que se inició tratamiento conservador. Se dividió la muestra: Fracaso del tratamiento conservador (27) y éxito del mismo (68). Realizando un análisis descriptivo de la muestra, y se utiliza el test Chi-cuadrado para el análisis estadístico.

Resultados y discusión: La muestra es de un total de 95 pacientes, con una edad media de 66 años, el (60%) eran mujeres y 38 pacientes (40%) eran hombres. Respecto al IMC: Normopeso (17,89%) Sobrepeso 25-<30: (36,84%) Obesidad ≥ 30 : (34,74%). Presentaron hábito tabáquico 14 pacientes (4,74%). E inmunodepresión 10 pacientes (10,53%). 29 pacientes, habían tenido episodios previos de diverticulitis frente a 66 pacientes que no tuvieron. Se detectó leucocitosis en 72 pacientes, 23 pacientes presentaron valores entre 15000 y 20000 y 8 pacientes presentaron leucocitosis igual o por encima de 20000. En cuanto a la PCR, se establecen tres intervalos: <50: (6,32%), 50-150: (34,74%), ≥ 150 : (30,53%) y 16 pacientes no constan datos de PCR al ingreso (16,84%). Se realizó una reevaluación clínica del paciente a las 48 horas que resultó favorable en 71 pacientes (74,74%) frente a 24 pacientes en los que fue desfavorable (25,26%). Durante el ingreso, precisaron intervención quirúrgica a pesar del tratamiento conservador 26 pacientes (27,37%), 7 resecciones con anastomosis, 18 intervenciones de Hartmann y 1 drenaje quirúrgico. Tras realizar el test de Chi cuadrado se observa asociación estadística con un p valor de (0,004) entre la presencia de una leucocitosis al diagnóstico, una PCR que supere 50 mg/dl p-valor (0,046) y con una reevaluación con empeoramiento clínico a las 48 h con el fracaso del tratamiento conservador p-valor (0,001)

Conclusiones: Aunque el tratamiento conservador es la norma entre nuestros pacientes hasta un 28% requirieron una cirugía durante su ingreso. Se asocia a fracaso del tratamiento conservador una PCR que supere los 50 mg/dl, que el paciente presente leucocitosis al ingreso y también que presente un empeoramiento clínico en la re-evaluación a las 48h. Son necesarias más estudios que amplíen la muestra, para poder identificar y acotar los pacientes susceptibles de fallo en el tratamiento conservador e intensificar su seguimiento.



Comunicaciones científicas libres

ABORDAJE ROBÓTICO VS LAPAROSCÓPICO COMBINADO CON TATME EN EL CÁNCER DE RECTO MEDIO-BAJO. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

López Domínguez C, González Bermúdez M, Rodríguez Rojo S, Guerreiro Caamaño A, Noguera Aguilar JF. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: El objetivo de este estudio ha sido el de describir y analizar los resultados técnicos y oncológicos obtenidos mediante cirugía robótica en el cáncer de recto de acuerdo con la experiencia de nuestro centro, así como el de comparar este abordaje robótico frente al laparoscópico combinado con TaTME para el tratamiento de los cánceres de recto medio y bajo.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio unicéntrico retrospectivo de cohortes tratando de comparar los resultados del abordaje robótico frente al laparoscópico combinado con TaTME en la cirugía del cáncer de recto medio y bajo llevada a cabo en nuestro centro en un intervalo de 18 meses desde la implementación de la cirugía por robot (DaVinci) en el mismo. Entre Octubre/2021 y Marzo/2023 se intervinieron un total de 30 rectos por robot y 43 por laparoscopia, de los cuales 15 y 20 respectivamente fueron cánceres de recto medio y bajo asistidos en todos los casos mediante TaTME en el caso del abordaje laparoscópico. Se compararon ambos abordajes desde un punto de vista técnico, así como en cuanto a complicaciones y morbimortalidad postquirúrgica, teniendo en cuenta resultados oncológicos y funcionales. Se analizaron también ambos grupos en base a características clínicas de los sujetos incluidos. Por otro lado, se realizó un análisis descriptivo global de los resultados obtenidos durante nuestra experiencia en cirugía robótica del cáncer de recto.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el abordaje robótico frente al laparoscópico combinado con TaTME para el cáncer de recto medio-bajo en términos de complicaciones postquirúrgicas (C-DINDO \geq III; 20% VS 25%, $p=0,7$), tasa de dehiscencia (26% VS 20%, $p=0,634$), estado completo del mesorrecto en la pieza quirúrgica (73% VS 55%, $p=0,59$) o días de ingreso medio (13,6 VS 12,6; $p=0,76$). Todos los rectos medios y bajos incluidos en el grupo de abordaje laparoscópico fueron intervenidos mediante un tiempo transanal combinado (TaTME), mientras que en el grupo robot tan sólo se precisó de un abordaje perineal adicional en 2 casos de cáncer de recto muy bajo ($p < 0,005$). En cuanto al tiempo quirúrgico, se registraron diferencias muy próximas a la significación estadística, considerablemente menor en el grupo robot (153 VS 295 min, $p=0,05$). Respecto a la tasa de estomas de protección asociados, fue significativamente mayor en el grupo laparoscópico combinado con TaTME (40 % VS 85%, $p=0,012$), sin observarse complicaciones adicionales por este motivo en el grupo robot. Ambos grupos de tratamiento resultaron equiparables en términos de edad, sexo, presencia de comorbilidades, neoadyuvancia, distancia del tumor al margen anal y estadio patológico (75% y 80% respectivamente \geq pT3N+).

Conclusiones: La cirugía robótica en el cáncer de recto medio-bajo se presenta como una alternativa válida y segura frente a la laparoscopia, con tasas de complicaciones postquirúrgicas y resultados oncológicos equiparables. La ventaja de una mejor accesibilidad técnica implica una menor necesidad de abordajes perianales combinados, en un menor tiempo quirúrgico y con una menor tasa de estomas de protección asociados.



Comunicaciones científicas libres

TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA PERIANAL MEDIANTE TÉCNICA FILAC: RESULTADO Y EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

Pablos Vidal J, Rosales Goas J, Rodríguez Carral P, Lorenzo Alfaya L, Caño Gómez P, López de los Reyes R,
Civeira Taboada TM, Díaz Tie M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Introducción: El tratamiento de la fístula perianal mediante obliteración con láser (FiLaC), tiene como objetivo la destrucción y sellado del trayecto fistulosos sin afectar a la musculatura esfinteriana. La finalidad de nuestro estudio fue evaluar los resultados en nuestro servicio desde la implantación de dicha técnica.

Material y métodos: Se recogieron datos de manera retrospectiva de los pacientes intervenidos mediante técnica FiLaC en el CHUF desde junio de 2020 hasta octubre de 2023, excluyendo aquellos con posibilidad de seguimiento menor a 5 meses. El objetivo primario del estudio fue obtener de manera descriptiva una tasa de curación primaria. Como objetivos secundarios, sirvió para observar la morbilidad de la técnica durante su fase de implantación y para intentar describir algún factor predictivo de riesgo en nuestra muestra.

Resultados: Fueron incluidos 24 pacientes intervenidos mediante técnica FiLaC en nuestro centro. Presentaban una mediana de edad de 49 años (rango entre 15-85 años). En la muestra se presentaban un total de 14 varones (58,3%) y 10 mujeres (41,7%). 2 de los casos (8,3%) habían recibido RT pélvica y 4 (16,7%) estaban diagnosticados de EICI. En 10 (41,7%) se había drenado previamente un absceso perianal, 7 (29,2%) habían sido operados de la fístula con una técnica diferente al FiLaC y 2 (8,3%) fueron tratados mediante FiLaC previamente. Todos los pacientes presentaban pruebas complementarias prequirúrgicas (ecografía endoanal, RMN pélvica o ambas). La mitad de las fístulas tratadas eran interesfintéricas (50%), 10 de ellas transesfintéricas (41,7%), 1 supraesfintérica (4,2%) y otra superficial (4,2%). La mayoría de los pacientes fueron intervenidos en CMA (66,7%) y el resto (33,3%) con hospitalización, con una mediana de estancia de 2 días (rango 1-3). El 100 % de los pacientes tuvieron colocado un setón previo a la cirugía con FiLaC durante una mediana de tiempo de 7,5 meses (rango 1-18 meses). Se realizó seguimiento de los pacientes durante una mediana de tiempo de 7 meses (rango 1-33 meses). Durante el seguimiento se objetivaron complicaciones en 5 de los pacientes (3 abscesos y 2 pacientes con dolor defecatorio). La incontinencia se presentó en 1 paciente que no consideraremos valorable ya que la presentaba antes de la cirugía y fue una de las razones para indicar la técnica. La tasa de curación primaria fue del 41,7% (10 pacientes) y fracasó en el 58,3% (14 pacientes incluyendo fracaso y recidiva). Se observó mediante una curva de Kaplan-Meier que el 50 % de los pacientes fracasaba en los primeros 3 meses postoperatorios. Se realizó un estudio univariado comparando la curación en las diferentes variables de forma independiente sin obtener diferencias estadísticamente significativas que definan factores predictivos de riesgo.



Comunicaciones científicas libres

LIGADURA DEL CONDUCTO TORÁCICO POR TORACOSCOPIA TRAS FÍSTULA POR TIROIDECTOMIA TOTAL Y LINFADENECTOMIA CENTRAL Y LATERAL BILATERAL

Estrada López CR, Dominguez Carrera JM, Trillo Parejo P, Darriba Fernández MI, Reinoso Hermida A, Martínez Martínez C, Iberca Remigio C, García García M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

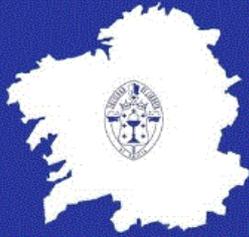
RESUMEN:

Objetivos: Presentar el caso de un paciente intervenido de ligadura del conducto torácico por toracoscopia tras fístula persistente por tiroidectomía total con linfadenectomía central y lateral bilateral y revisión de la literatura.

Material y métodos: Hombre de 56 años intervenido de tiroidectomía total con linfadenectomía central y lateral bilateral funcional por carcinoma papilar con metástasis ganglionares. El primer día postoperatorio presenta cuadro de hipocalcemia asintomática con buena evolución con suplementación con calcio, sin alteraciones en la fonación el paciente. Asimismo, presenta un alto débito por drenajes con sospecha de fístula linfática. Ante la sospecha diagnóstica de fístula linfática de alto débito se decide reintervención, ligándose 3 conductos linfáticos abiertos. A pesar de dicha intervención persiste la fístula linfática de alto débito manteniéndose el tratamiento conservador con dieta absoluta, perfusión de somatostatina y soporte con nutrición parenteral central sin resolución del cuadro. Se intenta en 3 ocasiones linfografía con la intención de embolizar el conducto torácico sin conseguir objetivar fugas ni visualizar el conducto torácico. Dada la persistencia de la fuga de alto débito se solicita una RM torácica que confirma la sospecha diagnóstica de fístula del conducto linfático así como derrame pleural moderado, por lo que se plantea realizar una ligadura del conducto torácico por toracoscopia con colocación de DET, que cursa sin incidencias y con una evolución favorable con disminución significativa del débito de la fístula pudiendo reintroducirse de forma progresiva la dieta oral y retirando drenaje de tórax sin incidencias.

Discusión: La fístula del conducto torácico es una complicación poco común después de una cirugía cervical, especialmente por enfermedad maligna. A medida que el débito linfático aumenta y la fístula se mantiene a lo largo del tiempo, puede cursar con compromiso nutricional, del equilibrio hidroelectrolítico, como hipovolemia, hiponatremia y acidosis metabólica, inmunosupresión y alteración del proceso de cicatrización. El manejo conservador de la fístula quilosa constituye la primera línea de tratamiento y conduce al cierre del 80 % de las fístulas, sobre todo las de bajo débito. La mayoría de los autores sugieren que, ante una fístula de alto débito mantenida en el tiempo a pesar del tratamiento médico, es aconsejable la revisión quirúrgica del conducto torácico con ligadura del mismo.

Conclusiones: La fístula del conducto torácico tras cirugía cervical es una patología poco frecuente. El tratamiento es inicialmente conservador. En caso de persistencia de la fístula, debe considerarse la revisión quirúrgica para ligadura del conducto torácico.



Comunicaciones científicas libres

ESTUDIO NUPPLE®: CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL TRAS RECONSTRUCCIÓN DE PEZÓN MEDIANTE IMPLANTE DE POLIETILENO

Varela Lamas C, Freiría Eiras MA, de la Fuente Hernández N, García Vallejo LA, Domínguez Sánchez I, Vázquez Cajide I. (*)

(*) Hospital San Rafael (A Coruña).

RESUMEN:

Introducción: La creación del complejo areola-pezón (CAP), constituye el último tiempo en la reconstrucción mamaria, transformando un volumen mamario en una auténtica mama, y haciendo que la paciente sienta su mama reconstruida de forma completa, especialmente cuando la paciente está desnuda. Actualmente las diversas técnicas quirúrgicas para la reconstrucción del CAP mantienen la proyección del pezón por un cierto período postoperatorio, pero la altura del pezón se aplana con el tiempo. Existen en la literatura diversos artículos que describen la disconformidad de las pacientes, en orden descendente, en relación a la proyección conseguida a largo plazo, el color, la forma, el tamaño, textura y posición. Considerando que mantener las características del pezón es lo más importante para conseguir y mantener la proyección, y que la vez repercute en una mayor satisfacción de la paciente, el presente proyecto de investigación pretende ofrecer una alternativa a las técnicas quirúrgicas actuales de reconstrucción del CAP. Proponemos una técnica novedosa y altamente reproducible para mejorar los resultados estéticos a medio/largo plazo en la reconstrucción del pezón. Se trata de un estudio observacional con seguimiento prospectivo, en donde, antes y tras la realización de la reconstrucción del CAP mediante el uso de un implante de polietileno a medida Nupple®, en disposición subdérmica y posterior tatuaje de areola y pezón, se realizará una evaluación del impacto de dicha técnica sobre la satisfacción, calidad de vida, autoestima e imagen corporal de las pacientes (antes de la reconstrucción y transcurridos 6 meses). Los resultados del estudio muestran que la reconstrucción con Nupple® supone una mejora en la calidad de vida, satisfacción, autoimagen corporal y aumento de la autoestima (con resultados estadísticamente significativos) debido al claro beneficio estético, y por supuesto, al beneficio psicológico secundario, siendo una técnica relativamente sencilla y que consideramos bien aceptada por las pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional con seguimiento prospectivo en pacientes sometidas a reconstrucción de pezón mediante implante de polietileno Nupple®. El objetivo del estudio es evaluar los cambios en la percepción de la imagen corporal, autoestima y calidad de vida de las pacientes antes y después de la reconstrucción de pezón mediante implante de polietileno Nupple®. Variables a estudiar: a.- Variables demográficas, características quirúrgicas, tratamientos adyuvantes, complicaciones postquirúrgicas... b.- Cuestionarios: -Escala de Imagen Corporal para pacientes con cáncer (BIS, Hopwood et al., 2001) -Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE; Rosenberg. 1965) -Escala de Satisfacción y Calidad de Vida BREAST-Q®, en su "Módulo Reconstrucción"

Resultados: Total: 49 Implantes Nupple® Los resultados obtenidos muestran una mejoría en resultado estético, evaluado mediante iconografía, así como mejora en los resultados de los cuestionarios (estadísticamente significativos) • Escala Imagen Corporal: 16,8 a 10,10 (a menor puntuación, mayor satisfacción, $p < 0,001$) • Escala Autoestima de Rosenberg : 34,25 a 36,81 ($p < 0,001$) • Escala de satisfacción y calidad de vida BREAST-Q® en su "Módulo Reconstrucción: resultados estadísticamente significativos. ◦ La satisfacción media de las pacientes en el ámbito psicosocial pasa de 54,68±16,03 a 74,45±16,27 ($p < 0,001$) ◦ La media de score para el bienestar sexual pasa de 40,35±15,63 a 64,42±18,65 ($p < 0,001$) ◦ La satisfacción media de las pacientes con sus mamas pasa de 53,67±15,62 a 63,87±18,81 ($p < 0,001$) ◦ Igualmente, hay mejora en la satisfacción con la información recibida, con el cirujano y el equipo médico, estadísticamente significativa.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio muestran que esta novedosa técnica de reconstrucción de pezón mediante implante de polietileno Nupple® supone una mejora en la calidad de vida, satisfacción, autoimagen corporal y aumento de la autoestima (con resultados estadísticamente significativos) debido al claro beneficio estético, y por supuesto, al beneficio psicológico secundario, siendo una técnica relativamente sencilla y que consideramos bien aceptada por las pacientes. La técnica de implantación podría realizarse por parte de cirujanos o ginecólogos especialistas en Patología Mamaria, o dentro del Servicio de Cirugía Plástica. Consideramos, por lo tanto, que la reconstrucción de pezón mediante implante Nupple® es una alternativa a las técnicas actuales de reconstrucción de pezón.



Comunicaciones científicas libres

EVITANDO LA LINFADENECTOMIA AXILAR EN PACIENTES CON GANGLIOS POSITIVOS PREVIOS A LA NEOADYUVANCIA

Vidal B, Míguez P, Calvache A, González-Vinagre S, Fernández B,
García-Jiménez L., Seoane M, Bustamante M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Introducción: El consenso actual en el tratamiento del cáncer de mama en pacientes con ganglios positivos con indicación de quimioterapia recomienda realizar el marcado de esos ganglios para su biopsia al término de la terapia sistémica primaria, evitando la linfadenectomía axilar (LA) en caso de negativización de la infiltración neoplásica.

Material y método: Revisamos la historia clínica de las pacientes intervenidas en nuestro servicio tras marcado de ganglios positivos previo a la neoadyuvancia. Se incluyeron en el estudio 16 pacientes con menos de 3 ganglios sospechosos y con BAG positivo de infiltración neoplásica de al menos 1 de ellos. Todas las pacientes completaron el periodo programado de tratamiento. El ganglio marcado se localizó mediante un localizador quirúrgico colocado en radiología inmediatamente antes de la intervención quirúrgica. En todos los casos se programó biopsia de ganglio centinela utilizando el doble marcador: azul patente e isótopo radiactivo.

Resultados: En la serie predominaron ligeramente los positivos para Her2: 9 (56,25%) fueron LB2 o Her2 puros y 7 (43,75%) luminales A o LB1. No hubo triples negativos. Se marcaron una media de 1,4 ganglios por paciente. En 11 pacientes (68,75%) el ganglio marcado se negativizó y se evitó la LA en 10 pacientes (62,5%). La paciente restante podría haber ahorrado la linfadenectomía ya que el motivo de realizarla fue la no migración del isótopo radiactivo. En esta paciente todos los ganglios analizados fueron negativos. La mayoría de las pacientes tuvieron buena respuesta local en la mama, con una regresión grado 5 de Miller y Payne en 12(75%). De las pacientes en las que el ganglio marcado continuaba teniendo infiltración neoplásica, 5 pacientes (83,3% de pacientes con LA) fueron N1 pero una tuvo una afectación axilar importante (N3) probablemente por mala estadificación preneoadyuvancia.

Conclusiones: 1. En pacientes que van a recibir neoadyuvancia y con menos de 3 ganglios sospechosos de infiltración neoplásica, el marcaje del ganglio positivo y posterior biopsia tras el tratamiento sistémico, es un método fiable que puede evitar LA innecesarias. 2. En caso de no migración del isótopo radiactivo, el ganglio marcado puede interpretarse como verdadero ganglio centinela marcado por la enfermedad y su negativización debe considerarse como buena respuesta al tratamiento. Podría evitarse la LA si las características clínicas de la paciente y la RNM postneoadyuvancia fueran favorables. 3. Cuando se cuente con mayor evidencia podría sustituirse la biopsia intraoperatoria del ganglio marcado por una BAG postneoadyuvancia de ese ganglio, lo que daría información de la regresión de la enfermedad en la axila y ayudaría a planear el procedimiento quirúrgico más adecuado previamente a la intervención. 4. La respuesta radiológica y clínica favorable tras la neoadyuvancia con una baja carga de infiltración neoplásica en el ganglio marcado, podría apoyar la realización de una disección axilar dirigida evitando una LA exhaustiva.



Comunicaciones científicas libres

ESTUDIO RETROSPECTIVO CUALITATIVO EN MASTECTOMÍA ASISTIDA POR ROBOT EN NUESTRO CENTRO

Estrada López CR, Reinoso Hermida A, Martínez Martínez C, Alberca Remigio C, Valeiras Domínguez E, Maes Carballo M, Fernández Souto P, Domínguez Carrera JM, García García M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Introducción: El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres y el segundo con mayor mortalidad. Los antecedentes familiares de cáncer de mama y algunas mutaciones genéticas hereditarias (BRCA1, BRCA2,...) aumentan su riesgo. En estos casos se pueden adoptar estrategias de reducción del riesgo como la mastectomía profiláctica. La cirugía de mama ha evolucionado a abordajes quirúrgicos cada vez menos agresivos por lo que la cirugía robótica se plantea como una alternativa. En el cáncer de mama es una técnica quirúrgica emergente que está ganando popularidad, sin embargo, en la actualidad existen pocos sitios en España en donde se realice.

Objetivos: Describir una serie de casos de pacientes intervenidas de mastectomía robótica en el Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Material y métodos: Se describen retrospectivamente 16 casos de pacientes intervenidas entre noviembre de 2022 y noviembre de 2023 de mastectomía asistida por robot.

Resultados: Catorce pacientes fueron intervenidas por reducción de riesgo, ya sea por antecedente de mama contralateral o mutación genética, y dos pacientes fueron intervenidas por neoplasia de mama. Nueve (56%) habían sido intervenidas previamente de la mama contralateral por cáncer de mama mediante cirugía convencional. Siete pacientes (43%) presentaban mutación del gen BRCA1, BRCA2 o BLM, motivo por el cual aquellas que no tenían antecedente de neoplasia de mama contralateral, se intervinieron de mastectomía reductora de riesgo bilateral. Nueve pacientes (60%) tenían antecedentes familiares. A todas las pacientes se les realizó reconstrucción inmediata con prótesis prepectoral. Las dos pacientes que se intervinieron por neoplasia de mama se encontraban en un estadio T1N0M0. De las nueve pacientes con diagnóstico previo de cáncer de mama, cuatro de las neoplasias fueron del tipo luminal B, cuatro del luminal A y una del basal like, siendo el tipo histológico más frecuente el carcinoma ductal infiltrante (7/9 de las pacientes). De las pacientes intervenidas, a cuatro (25%) se le realizó biopsia de ganglio centinela, siendo la misma negativa para metástasis. En total se realizaron 4 (25%) mastectomías asistidas por robot derechas, 6 (37%) izquierdas y 6 (37%) bilaterales. La única complicación presentada por una de las pacientes intervenidas fue una neuropatía con parálisis de los miembros superiores en el postoperatorio inmediato, que posteriormente recuperó.

Conclusiones: Nuestro estudio concuerda con otros estudios recientemente publicados en donde se demuestra que la cirugía robótica profiláctica de mama es segura y factible. Sus principales ventajas son su buen resultado estético, baja tasa de complicaciones y alta satisfacción por parte de las pacientes.



Comunicaciones científicas libres

DIAGNÓSTICO DEL DOLOR INGUINAL CRÓNICO POSTQUIRÚRGICO

Martínez Martínez C, Darriba Fernández MI, Domínguez Carrera JM, Trillo Parejo P, Reinoso Hermida A, Estrada López CR, Alberca Remigio C, García García M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Objetivos: Exponer los tipos de dolor inguinal postoperatorio y definir los distintos métodos para su diagnóstico de los que disponemos en la actualidad y su utilidad.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión de la literatura y análisis de los artículos obtenidos de las bases de datos Pubmed, Scopus y Web of Science, así como de guías específicas obtenidas de páginas web de asociaciones científicas, seleccionado aquellos artículos que hacen referencia a los distintos métodos diagnósticos de la inguinodinia postoperatoria.

Resultados: El dolor inguinal postoperatorio puede clasificarse en: somático, consecuencia de lesión de músculos o ligamentos, de características agudas; nociceptivo, generalmente por reacción perióstica a nivel del pubis, tejido cicatricial o la presencia de un “meshoma”; y neuropático, indicativo de lesión o atrapamiento nervioso, responsable en la mayoría de los casos del dolor crónico. En el caso del dolor neuropático los nervios más frecuentemente afectados son el ilioinguinal, iliohipogástrico, rama genital del genitocrural y el femorocutáneo, que serán objeto de estudio de las distintas pruebas diagnósticas. En el diagnóstico de la inguinodinia debe comenzarse por una anamnesis exhaustiva en la que se determine el tipo de dolor y se descarten causas no neuropáticas del mismo. El mapeo por dermatomas es una técnica exploratoria sencilla que nos permite valorar la intensidad, tipo de disestesia y las ramas nerviosas involucradas. Los estudios neurofisiológicos pueden proporcionar información importante sobre la situación motora y sensorial del área afecta y son de utilidad para apoyar el diagnóstico clínico, ya que por sí solos tienen un nivel bajo de sensibilidad y especificidad. La ecografía dinámica y el TC tienen valor principalmente en el diagnóstico de la recurrencia herniaria y para descartar la presencia de “meshoma”. La neurografía por Resonancia Magnética permite estudiar con detalle la anatomía de los nervios periféricos y marcar con exactitud la localización y extensión de las lesiones, por lo que puede suponer una herramienta de gran utilidad en el diagnóstico, aunque no está ampliamente extendida por el momento.

Conclusiones: Los pacientes que sufren dolor crónico postoperatorio presentan un amplio espectro de manifestaciones y su diagnóstico puede suponer un desafío. Ninguna prueba en sí misma constituye el gold estándar. El mapeo por dermatomas es la exploración de referencia, que en combinación con otras técnicas puede ofrecer la mejor aproximación al diagnóstico.



Comunicaciones científicas libres

TOXINA BOTULÍNICA: UN RECURSO PARA LA PARED ABDOMINAL

Busto Hermida L., Provedo del Valle D, Matías Beteta G, Hernández García LD, Pallarés Pereira A, Salgado Álvarez R, Vázquez Bouzán R, Climent Aira A. (*)

(*) Hospital Ribera Povisa (Vigo).

RESUMEN:

Objetivo: Se han descrito en la literatura numerosas técnicas para la reparación de defectos complejos de pared abdominal. Nuestro objetivo es analizar y evaluar los resultados obtenidos en pacientes tratados de forma preoperatoria con Toxina Botulínica A (TBA) en nuestro centro. Creemos que permite realizar técnicas quirúrgicas menos agresivas, favoreciendo la movilización de colgajos miofasciocutáneos de menor tamaño.

Materiales y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes con eventraciones complejas tratados con TBA, desde diciembre de 2020 a julio de 2023 en la Unidad de Pared del Hospital Ribera Povisa. En la base de datos se recogieron características demográficas y comorbilidades de los pacientes, detalles de la infiltración, quirúrgicos, complicaciones y seguimiento en consulta. En todos los casos se realizó un estudio preoperatorio con TC para medir las dimensiones del defecto.

Resultados: Se han incluido un total de 11 pacientes con una edad media de 67 ± 14 años, siendo el 64% hombres. En cuanto a las comorbilidades registradas, el IMC fue de 31 ± 6 kg/m², dos diabéticos, dos EPOC, un fumador activo, un anticoagulado y tres portadores de estoma. El 55% eran ASA 2. Todos habían sido previamente intervenidos a nivel abdominal. Según la clasificación de la European Hernia Society (EHS) todas eran de tipo M, asociando dos de ellas una gran diástasis de rectos. La medida del defecto transversal fue de 12 ± 6 cm. Cuatro eran eventraciones recidivadas con malla previa. Se inyectó TBA usando la técnica de Ibarra Hurtado (300 UI) guiada por ecografía, sin presentar ningún efecto adverso. En ningún caso se realizó neumoperitoneo preoperatorio. Todas las intervenciones quirúrgicas se realizaron de forma programada, 47 ± 8 días después de la infiltración. En seis casos se hizo un Rives-Stoppa, siendo la técnica de reparación más utilizada; tres TAR bilaterales, un Rives-TAR unilateral y una eventroplastia laparoscópica. En dos ocasiones se hizo reconstrucción del tránsito en el mismo acto. La malla utilizada fue de Polipropileno, asociando en 5 casos una BIO A[®]. En el 82% fue posible el cierre de la fascia anterior del recto del abdomen, en el resto fue necesario realizar un puenteo con malla con un tamaño de 14cm de media. El tiempo quirúrgico medio fue de 194 minutos. Los pacientes precisaron 8 ± 5 días de ingreso y la retirada del último drenaje se realizó a los 11 días de media. En cuanto a las complicaciones postoperatorias inmediatas, dos sangrados subcutáneos que precisaron transfusión sanguínea y una infección de herida quirúrgica. Un paciente sufre un accidente cardiovascular al 2º día y termina en exitus. Tras el alta hospitalaria, se registró un seroma y otra infección de herida quirúrgica. Actualmente, seis de ellos han sido dados de alta de consulta, con un seguimiento de 202 ± 106 días. No se han registrado hasta el momento reingresos ni recidivas.

Conclusiones: La infiltración de TBA permite, en los defectos complejos de pared abdominal, disminuir el grosor y aumentar la longitud de la musculatura lateral del abdomen, disminuyendo el tamaño del defecto herniario y aumentando las tasas de cierre fascial. De este modo, se favorece la realización de técnicas de reparación menos agresivas como el Rives-Stoppa, quedando otros planos indemnes para posibles reparaciones futuras. En nuestra experiencia, se trata de un método seguro, reproducible y sin morbimortalidad.