



Comunicaciones científicas vídeo

DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA ROBÓTICA CON OBLITERACIÓN DEL WIRSUNG

Santos Vieitez L, Torres Díaz M, Gómez Área E, Robla Álvarez D, Rodríguez Rojo S,
López Domínguez C, Gómez Pasantes D, Aguirrezabalaga González J. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica es el único tratamiento con intención curativa y aumento de la supervivencia en pacientes con tumores de cabeza pancreática, así como de regiones periampulares y colédoco distal. Sus complicaciones más frecuentes son la fístula pancreática, las colecciones intraabdominales postoperatorias y la gastroparesia. En este vídeo, se presenta el caso de una mujer con una neoformación en colédoco distal, que produce dilatación de la vía biliar retrógradamente y con resultados de anatomía patológica no concluyente, por lo que se decide cirugía primaria, como tratamiento de la misma.

Caso clínico: Mujer de 66 años, que ingresa en Servicio de Digestivo para completar estudios tras dolor abdominal en hipocondrio izquierdo de un mes de evolución y patrón de colestasis en controles analíticos. Se realiza conlanguioRMN identificando estenosis crítica del colédoco distal, por lo que se coloca prótesis biliar y se toman muestras para citología mediante CPRE. Posteriormente, la paciente presenta cuadro de pancreatitis aguda edematosa postCPRE, asociada a colecistitis aguda secundaria a obstrucción del conducto cístico por la prótesis biliar, por lo que se realiza CPRE urgente para retirada de la misma, y ante la ausencia de mejoría clínica, se realiza colecistostomía percutánea, para drenaje de la vía biliar. Ante resultados no concluyentes en las citologías, y la sospecha de neoformación infiltrante en el colédoco distal, identificada mediante coledocoscopia, se decide cirugía primaria, mediante duodenopancreatectomía cefálica con obliteración del Wirsung. Se realiza la intervención mediante abordaje robótico con plataforma Da Vinci Xi, colocando al paciente en decúbito supino y ligera rotación izquierda. Se colocan 5 trócares, uno umbilical, dos de 12 mm a ambos lados en la línea media clavicular y 2 de 8 mm en ambos flancos. Tras comprobar la reseccabilidad del tumor, se accede a la transcavidad de los epiplones mediante disección de la curvatura menor gástrica, para sección del mismo, con endograpadora. Seguidamente, se realiza la disección de la arteria gastroduodenal, que se liga entre Hem-O-Locks, para completar la linfoadenectomía del hilio hepático. Posteriormente, se realiza la disección de la vía biliar y vena porta, con referenciación de las mismas. Se realiza maniobra de Kocher para movilización duodenal. El siguiente paso es la disección pancreática, a nivel del cuello, para liberación de la cara retropancreática mediante liberación portal. Tras la sección de los vasos gastroepiploicos derechos, se realiza la sección pancreática. Ante la ausencia de dilatación del conducto de Wirsung, se decide obliterar el mismo con pegamento. Se completa la sección de la vía biliar, así como la colecistectomía reglada. En la fase reconstructiva, se identifica el ángulo de Treitz y se secciona el primer asa yeyunal, que se asciende de manera transmesocólica, para confección de la hepaticoyeyunostomía, que se tutoriza con prótesis biliar. Finalmente, se realiza la reconstrucción intestinal mediante anastomosis gastroyeyunal y yeyunoyeyunal mecánicas. Finalmente, se posicionan dos drenajes Jackson-Pratt peripancreáticos. Durante el postoperatorio, la paciente evoluciona favorablemente. Se realizan controles seriados de amilasa del drenaje, identificando elevación de la misma en el drenaje derecho. Se realiza TAC abdominal de control, objetivando colección en el lecho quirúrgico, correctamente drenada por el drenaje derecho, por lo que se mantiene hasta el decimosexto día postoperatorio, tras confirmar la evolución favorable de la colección, con ecografía de control. La paciente recibe el alta hospitalaria al decimoséptimo día postoperatorio, sin complicaciones y sin drenajes.

Conclusiones: Como hemos dicho, la cirugía es la única opción curativa en tumores de cabeza pancreática y región periampular. La fístula pancreática es una de las complicaciones más frecuentes y más temidas. En nuestro centro, se está realizando un estudio retrospectivo, comparando el porcentaje de fístula pancreática en pacientes sometidos a duodenopancreatectomía cefálica, en función de si se realiza anastomosis pancreática-entérica o si se realiza obliteración del conducto de Wirsung, donde se ha visto mayor porcentaje de fístulas pancreáticas en los pacientes en los que se oblitera el conducto pancreático principal, aunque éstas son de menor grado (grado A – bioquímicas) y se resuelven, en la mayoría de pacientes, con tratamiento conservador.



Comunicaciones científicas vídeo

RADICAL ANTEGRADE MODULAR PANCREATOSPLENECTOMY (RAMPS) POSTERIOR LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT

Miguez González P, Arcila Bermúdez RJ, Diéguez Álvarez M, Domínguez Comesaña E, Fernández Pérez JA, Varo Pérez E, Bustamante Montalvo M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La pancreatectomía con esplenectomía es hoy en día de elección en el tratamiento en la mayor parte de los cánceres pancreáticos de cuerpo y cola. La realización de una RAMPS (Radical Antegrade Modular Pancretosplenectomy) ha demostrado en la literatura la consecución de márgenes de resección R0 acompañado de una linfadenectomía efectiva. Esta técnica asistida por robot se ha erigido como una alternativa valiosa ya que ha registrado menores tasa de conversión a cirugía abierta con una mejora en maniobrabilidad, precisión y campo de visión. Se presenta el caso de una paciente con adenocarcinoma de cuerpo de páncreas tratada mediante RAMPS posterior con adrenalectomía asistida por robot.

Materiales y métodos: Se trata de una paciente de 68 años con diagnóstico de masa en cuerpo distal de páncreas de forma incidental en TC realizado de forma programada por estudio de edemas en miembros inferiores. En dichas imágenes se aprecia masa hipodensa que contacta aproximadamente en 180º con la arteria esplénica y en 150º con la vena esplénica. Para llevar a cabo esta intervención se coloca al paciente en decúbito supino con pernetas y en anti-Trendelenburg. Creación de neumoperitoneo con aguja de Veress y colocación de tres trócares de 8 mm, junto con otros dos de 12 mm. Al inicio de la intervención, se observa la tumoración de unos 3 cm con ligera retracción del peritoneo anterior al páncreas.

Resultados: Una vez que se consigue identificar el páncreas y controlados los vasos mesentéricos, se continúa con la creación de un túnel retropancreático para seguir la técnica descrita por Strasberg. Consiste en una aproximación donde se realiza primero la transección del cuerpo pancreático y disección de los vasos esplénicos seguido de la disección del plano posterior completando el procedimiento de medial a lateral. Una vez clipados y seccionados los vasos esplénicos, se expone el borde superior de la vena renal izquierda, de la cara lateral de la arteria mesentérica y del tronco celiaco. Se disecciona el tejido linfograso craneal a la vena renal y lateral a la aorta con adrenalectomía y exéresis de la fascia de Gerota en bloque. Por último, se moviliza el cuerpo y cola del páncreas junto con el bazo y todo el tejido anteriormente seccionado. Tras una vigilancia en REA durante 24 horas, la paciente es llevada a planta. No se producen complicaciones en el postoperatorio relacionadas con la cirugía. Tras diez días de ingreso, la paciente es dada de alta. No se registraron diferencias en cuanto al transcurso o a la duración de la estancia hospitalaria en comparación con otros abordajes.

Conclusiones: Aunque todavía existen pocos trabajos en la literatura acerca de la RAMPS asistida por robot, debe ser tenida en cuenta como una valiosa arma para el tratamiento del cáncer de páncreas. Es pronto para poder dilucidar el papel que tendrá esta técnica en el futuro, pero con la creación y estandarización de una técnica segura y reproducible podrá desembocar en un cambio en el paradigma de la cirugía del cáncer de páncreas.



Comunicaciones científicas vídeo

ESPLENOPANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL ROBÓTICA MEDIANTE UN ABORDAJE CAUDOCRANEAL

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

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Objetivos: Descripción de una esplenopancreatectomía corporocaudal robótica con sección de la vena esplénica previa a la de la arteria esplénica mediante un abordaje caudocraneal.

Material y métodos: Paciente de 53 años, sexo femenino, dos pancreatitis agudas leves en un periodo de seis meses. En el TC abdominal se evidencia una tumoración quística en el cuerpo pancreático de 2.4x 4 cm con crecimiento exofítico y comunicación con el conducto pancreático, que se encuentra dilatado con atrofia de la cola pancreática.

Resultados: Se realiza una esplenopancreatectomía corporocaudal robótica: sección del ligamento gastrocólico y vasos cortos, transección del istmo pancreático con Echelon 45 mm carga vascular, sección de la vena esplénica, sección de la arteria esplénica, movilización de medial a lateral de la pieza quirúrgica. Tiempo operatorio: 180 minutos, pérdidas sanguíneas 100 cc, estancia post-operatoria 72 horas. Anatomía patológica: neoplasia papilar intraductal mucinosa de bajo grado, márgenes quirúrgicos libres de tumor, sin evidencia de malignidad en los 16 ganglios examinados.

Conclusiones: La posición de la óptica y de los trócares proporciona una visión caudo-craneal, por ello, las estructuras localizadas en el borde inferior y en la cara posterior del páncreas son más fácilmente visibles y accesibles; por ello, creemos que la transección del istmo pancreático, y la sección de la vena esplénica previa a la de la arteria es fácil, rápida y más segura, sobre todo en situaciones complejas debido a obesidad, pancreatitis previas o invasión vascular.



Comunicaciones científicas vídeo

SEGMENTECTOMÍA III ASISTIDA POR ROBOT PARA EL TRATAMIENTO DE METÁSTASIS HEPÁTICA DE CÁNCER COLORRECTAL

Onaindia E, Domínguez E, González F, Fernández JA,
Paz M, Varo E, Arcilla RJ, Diéguez M, Bustamante M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Objetivos: Mostrar la técnica quirúrgica de una resección anatómica mínimamente invasiva del segmento III asistida por robot.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 75 años, intervenido de una neoplasia de recto medio mediante resección anterior baja, que presenta en resonancia durante seguimiento una metástasis hepática de 2.5 cm en el segmento III dos años tras la cirugía del tumor primario. Se indica resección anatómica del segmento III, que se realiza 1 mes tras el diagnóstico. Se realiza ecografía intraoperatoria que no objetiva hallazgos que condicionen cambios en la estrategia quirúrgica. Tras control con torniquete del pedículo hepático, se realiza abordaje extraglissonian para ligadura del pedículo del segmento III a nivel de puerta de acceso en placa umbilical, comprobación de área isquémica con verde de indocianina. La transección hepática se realiza con energía bipolar, VesselSealer y Hem-o-lok. El postoperatorio transcurre de forma favorable siendo el paciente dado de alta al tercer día.

Discusión: El abordaje robótico ha supuesto un gran avance tanto desde el punto de vista de la ergonomía a la hora de las maniobras de disección como de las ventajas tecnológicas que ofrece a la hora de integrar información visual (óptica tridimensional, ecografía, fluorescencia, etc.). Su introducción en los hospitales de nuestra comunidad autonómica representa una alternativa en auge a la cirugía laparoscópica convencional.

Conclusión: El empleo de la cirugía robótica presenta importantes ventajas en las resecciones hepáticas anatómicas, permitiendo ejecutar de forma segura una cirugía de precisión que asegure al mismo tiempo un adecuado margen oncológico y el máximo ahorro de parénquima.



Comunicaciones científicas vídeo

HEPATECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE JOVEN, NO TODAS LAS LESIONES SON BENIGNAS

Ocharán Puell M, López Ben S, Conde Rodríguez M, Marcano Chávez S, Rial Duran A,
Gegúndez Gómez C, Vázquez González I, Conde Vales J. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Objetivos: Presentar un caso clínico propio del servicio en el cual se tomó la decisión de realizar una técnica quirúrgica compleja para el manejo de la paciente. Presentamos el video de la intervención y el seguimiento actual favorable de la misma.

Caso clínico y técnica quirúrgica: Se presenta el caso de una paciente mujer de 19 años que acude referida a consulta de cirugía hepatobiliopancreática por presentar una tumoración de aproximadamente 12 centímetros de diámetro mayor en lóbulo hepático derecho. Se realiza anamnesis, encontrando a la paciente asintomática con antecedente de toma de anticonceptivos combinados orales. Se expanden estudios para mejor identificación de lesión con resonancia magnética hepática, se decide en el manejo quirúrgico con hepatectomía derecha laparoscópica. Se realiza la laparoscopia exploradora con trocar 12 mm umbilical y colocación bajo visión directa de otros 3 trócares en pararectal izquierdo y flanco derecho para 12 mm y subxifoideo para trocar 5 mm. Se realiza identificación y disección de hilio vesicular. Colocación de hemolock y sección del conducto cístico. Sección de arteria cística con Thunderbeat. Control vascular hiliar con cinta para realización de Pringle. Sección parenquimatosa sobre línea de Cantlie con Cusa y Thunderbeat aplicando hemolocks sobre estructuras vasculares mayores siguiendo el borde medial de la vena suprahepática derecha. Sección parenquimatosa realizada con maniobras de Pringle 15 minutos y descanso 5 minutos. Identificación, disección y sección de pedículo portal derecho con endoGIA 45 mm carga azul. Disección de la vena cava intrahepática de inferior a superior hasta identificación de la vena suprahepática derecha. Sección de la vena suprahepática derecha con endoGIA carga azul 45mm. Disección de la cara lateral derecha de la vena cava identificando 2 venas suprahepáticas derechas accesorias que se disecan y se seccionan con endoGIA 45 mm carga azul. Liberación laboriosa del hígado derecho debido al gran tamaño de la lesión. Extracción de hígado derecho en bolsa protegida por incisión de Pfannenstiel. Se realizaron 8 maniobras de Pringle durante el acto quirúrgico, no se necesitaron transfusión de hemoderivados intraoperatoriamente. En el seguimiento la anatomía patológica confirma la lesión de estirpe neoplásica, siendo un hepatocarcinoma T3N0. Paciente actualmente asintomática a seguimiento por servicio de cirugía general.

Discusión: El hepatocarcinoma es una neoplasia primaria hepática que afecta comúnmente a paciente con cirrosis hepática o algún factor de riesgo como hepatitis viral o enfermedad autoinmune hepática. La incidencia se encuentra en aumento, pero los pacientes menores de 20 años representan solo el 0.5 % - 1% de los casos, siendo la edad media al diagnóstico cerca a los 60 años. (1,2,3). Presentamos el caso de esta paciente tanto por la técnica quirúrgica como por la singularidad del diagnóstico final. Además, a pesar de encontrarnos con una tumoración avanzada, se logró realizar la resección con márgenes quirúrgicos libres y en posterior comité multidisciplinar se decidió la no necesidad de quimioterapia sistémica en esta paciente.

Conclusiones: A pesar de la poca casuística presente en pacientes menores de 20 años, creemos que este caso presentado demuestra la necesidad de siempre tener dentro de los diagnósticos diferenciales en presencia de tumoraciones hepáticas entidades como el hepatocarcinoma, aún sin presencia de factores de riesgo conocidos pues esto podría marcar la diferencia al momento de decidir distintas técnicas quirúrgicas y es un factor determinante en el pronóstico del paciente.



Comunicaciones científicas vídeo

SECCIONECTOMÍA LATERAL IZQUIERDA ROBÓTICA. DISECCIÓN EXTRAGLISSONIANA. CIRUGÍA HEPÁTICA INVERSA

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

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Objetivo: Demostrar la facilidad y reproducibilidad de la resección del lóbulo hepático izquierdo mediante una disección robótica extraglissoniana transparenquimatosa del pedículo portal de los segmentos II-III.

Material y métodos: Paciente de 39 años sin antecedentes de interés, debuta con una neoplasia de recto medio y una metástasis hepática sincrónica en el segmento II. Recibe Radioterapia y Quimioterapia (CapOx 3 ciclos) neoadyuvante con una respuesta radiológica favorable. A las dos semanas se realiza la resección hepática. Se seccionan los ligamentos redondos, falciforme, coronarios, triangular izquierdo y hepatogástrico, disecando y exponiendo la cara anterior y lateral de la vena suprahepática izquierda y la cara lateral izquierda de la vena cava. Se secciona el parénquima hepático a la izquierda del ligamento falciforme con el disector con energía bipolar, lo que permite la fragmentación del tejido hepático y la disección intraparenquimatosa de las estructuras biliares y vasculares. Se disecan y se seccionan el pedículo portal de los segmentos II-III y la vena suprahepática izquierda con la endograpadora robótica SureForm de 45 mm carga blanca de forma individual.

Resultados: Duración de la intervención 180 minutos, evolución post-operatoria favorable, alta a las 48 horas. Resección anterior de recto a las seis semanas.

Conclusiones: La cirugía robótica facilita la protocolización de las resecciones hepáticas gracias al aislamiento extraglissoniano de los pedículos portales y a la realización de resecciones puramente anatómicas, con buenos resultados en el contexto de una cirugía hepática inversa en el intervalo de tiempo hasta la resección de recto.



Comunicaciones científicas vídeo

MANEJO QUIRÚRGICO MÍNIMAMENTE INVASIVO DEL ANEURISMA ESPLÉNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Reinoso Hermida A, Rodríguez López N, Domínguez Carrera JM, Estrada López CR,
Martínez Martínez C, Alberca Remigio C, García García MJ. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Introducción: Los aneurismas primarios de la arteria esplénica son una entidad rara, que cursan de forma asintomática en la mayoría de los casos, y cuyo manejo se puede realizar vía endovascular o quirúrgica, mediante abordaje abierto o mínimamente invasivo.

Objetivo: Analizar paso a paso el abordaje mínimamente invasivo de esta patología.

Material y métodos: Mujer de 40 años, sin antecedentes de interés, remitida a Cirugía Vascular por aneurisma de arteria esplénica de 20mm objetivado como hallazgo incidental en ecografía ambulatoria solicitada por sospecha de coleditiasis. En TC aórtico se aprecian dos aneurismas, uno de 20 mm (visualizado en ecografía) y otro de 13 mm de localización más distal. Se intenta de embolización percutánea, sin éxito debido a la morfología arrosariada de la arteria esplénica, por lo que se comenta el caso con Cirugía General decidiéndose intervención quirúrgica programada, realizándose resección de arteria esplénica incluyendo ambos aneurismas con esplenectomía y colecistectomía laparoscópicas. La paciente presenta buena evolución y es dada de alta al 4º día postoperatorio.

Discusión: El aneurisma de la arteria esplénica, tercero en frecuencia dentro de los aneurismas intraabdominales, es una dilatación de la arteria esplénica > 1 cm. La mayoría son de morfología sacular y se localizan más frecuentemente en su tercio distal o hiliar (70%) y en las bifurcaciones, siendo múltiples hasta en un 20%. Es más frecuente en mujeres (4:1) entre la quinta y sexta década de su vida. Un 80% son asintomáticos y su hallazgo suele ser incidental en estudios ecográficos, TC, RMN o arteriografías abdominales; pero hasta en un 2-10% de los casos puede diagnosticarse tras su ruptura, precisando intervención quirúrgica urgente dada su elevada mortalidad (siendo de hasta un 70-75% en las mujeres embarazadas). Para la obtención de su morfología podemos ayudarnos de un angioTC o una arteriografía. Deben tratarse todos aquellos pacientes que presenten sintomatología, así como los que presenten tamaño >2 cm de diámetro, pacientes asintomáticos con un crecimiento al año >0,5 cm o mujeres embarazadas. La primera línea de tratamiento es el abordaje endovascular mediante la colocación de coils o stents. En caso de imposibilidad de manejo percutáneo se optará por un manejo quirúrgico ya sea por vía abierta o mínimamente invasiva (laparoscópica o robótica). Entre las técnicas quirúrgicas, realizar una resección completa de la arteria esplénica, una ligadura proximal y distal del aneurisma con o sin reconstrucción vascular, asociando o no esplenectomía. La elección de la técnica va a depender tanto de la localización como del número de aneurismas. En otras ocasiones, es necesaria la combinación de una técnica endovascular con una técnica quirúrgica.

Conclusiones: Los aneurismas de la arteria esplénica son una entidad poco frecuente, siendo necesario tratarse si existen complicaciones (rotura), son sintomáticos o asintomáticos con factores de riesgo de complicaciones. El abordaje endovascular es la primera línea recomendada para su manejo, seguido de la cirugía (abierto o laparoscópica vs robótica). La elección de la técnica va a depender de las características del aneurisma y del paciente. En ocasiones es necesario asociar esplenectomía.



Comunicaciones científicas vídeo

ESPLENECTOMÍA DIAGNÓSTICA ROBÓTICA POST EMBOLIZACIÓN

López Vázquez C, Conde Rodríguez M, González López R, Vázquez González I, García Melón A,
Lenza Trigo P, Marcano Chaves C, Gegúndez Gómez C, Conde Vales J. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Introducción: La esplenomegalia es una patología generalmente secundaria, las principales etiologías son la hipertensión portal, la infiltración reactiva en un contexto infeccioso y las hemopatías malignas. La indicación de esplenectomía diagnóstica viene generalmente indicada por otros servicios, en este caso, digestivo. El abordaje inicialmente laparotómico ha ido avanzando hasta abordajes mínimamente invasivos como el robótico.

Objetivos: Presentar un caso clínico con un diagnóstico complejo y un abordaje quirúrgico mínimamente invasivo.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 77 años, con antecedentes personales de HTA, dislipemia y FA anticoagulada con Sintrom, con historia de 6 meses de evolución de dispepsia en relación con las comidas justificado por la detección de H Pylori por lo que inicia tratamiento, a pesar de lo cual, acude a urgencias por episodios de tiritona franca y fiebre, asociado a molestias epigástricas, anorexia, pérdida de más de 20kg en 6 meses. A la exploración se objetiva hepato-esplenomegalia, por lo que se completan los estudios con ecografía y TAC abdominal que muestra una masa esplénica en polo inferior. Es valorada por hematología que solicitan inmunofenotipaje, sin evidencia de SML, y estudio de MO en donde no se demuestra infiltración por linfoma. Se completa estudio por medicina interna, con ecocardiograma, hemocultivos, serología de brucella, toxoplasma, hidatidosis, coxiella y VIH; estudio de inmunidad, antifosfolípido, IGRA y ECA; que no muestran alteraciones significativas, por lo que es derivada a nuestras consultas para esplenectomía diagnóstica, donde se actualiza el TAC, describiendo una esplenomegalia de 15 cm y una LOE de 9,5 x 8 x 8 cm. Se acepta para embolización, realizada 48 horas previas a esplenectomía robótica el 7/07/23, que se realiza mediante abordaje robótico, con 3 trócares robóticos de 8 mm, Airseal de 8 mm y 1 trócar de 12 mm. En la cirugía se objetiva una cirrosis macronodular no conocida y se realiza sección de vasos cortos con Syncroseal hasta pilar diafragmático izquierdo, descenso del ángulo esplénico del colon y liberación de polo inferior del bazo. Identificación, disección de hilio esplénico y pequeño sangrado venoso por lo que se clampa en bloque y se secciona con Sureform carga vascular, objetivándose los COILS de la embolización. Se deja drenaje de Blake en celda esplénica y se extrae la pieza, por incisión infraumbilical tipo Pfanestiel. El postoperatorio cursa sin incidencias, siendo alta en el 12/07 día postoperatorio. La anatomía patológica informa de Linfoma esplénico No Hodgkin B.

Conclusiones: La esplenectomía diagnóstica por vía robótica en bazos de gran tamaño debe de ir precedida de una embolización para minimizar el riesgo de conversión por sangrado, que podría suponer la necesidad de una rápida conversión a cirugía abierta, cuestionada por la rapidez del mismo en un abordaje robótico. Son necesarios más estudios que avalen la seguridad y los resultados de la esplenectomía robótica seguida de una embolización previa.



Comunicaciones científicas vídeo

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL: DIFERENCIAS ENTRE EL ABORDAJE TRANSABDOMINAL LAPAROSCÓPICO, ROBÓTICO Y RETROPERITONEAL

Reinoso Hermida A, Domínguez Carrera JM, Iglesias Diz D, Rodríguez López N, Estrada López CR,
Martínez Martínez C, Alberca Remigio C, García García MJ. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Objetivo: Presentar tres abordajes quirúrgicos mínimamente invasivos en tres supuestos clínicos diferentes.

Material y métodos: Paciente 1: Mujer de 55 años, ingresada en UCI y posteriormente en Cardiología por síndrome de Tako-Tsubo y emergencia hipertensiva, con estudio de metanefrinas positivas en orina y plasma, TC con masa suprarrenal derecha con tabiques hipercaptantes y predominantemente quística, compatible con feocromocitoma. Se inicia tratamiento prequirúrgico del mismo durante 15 días con α -bloqueo con doxazosina y b-bloqueo posterior, con expansión de volumen 24h previas a intervención. Se realiza suprarrenalectomía transabdominal laparoscópica derecha con buena evolución postoperatoria. Paciente 2: Mujer de 81 años, a estudio por hipercortisolismo confirmado ACTH independiente por Endocrinología, con masa suprarrenal izquierda de unos 5 cm delimitada, compatible con adenoma rico en lípidos. Se realiza suprarrenalectomía izquierda transabdominal vía robótica, con insuficiencia adrenal postquirúrgica que se resuelve de manera conservadora con buenos controles de cortisol basal posteriores. Paciente 3: Mujer de 45 años, con antecedentes de duodenopancreatectomía cefálica por adenoma vellosa de colédoco, con adenoma suprarrenal derecho de 3 cm no funcional visualizado en TC que ha aumentado 1cm de tamaño en control anual. Se realiza suprarrenalectomía retroperitoneal derecha, con buena evolución postoperatoria

Discusión: La suprarrenalectomía es un procedimiento quirúrgico consistente en extirpar una o ambas glándulas suprarrenales. Las indicaciones para la misma varían desde patología propiamente suprarrenal (adenomas adrenales, feocromocitoma, carcinoma suprarrenal o hiperplasia suprarrenal congénita), metástasis suprarrenales, lesiones quísticas (raras) o de forma profiláctica en algunos síndromes endocrinos hereditarios, como la neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2). No es infrecuente la objetivación de un incidentaloma suprarrenal en estudios complementarios por otro motivo, que precisen una evaluación completa que incluya historia clínica y pruebas de laboratorio para estudiar la funcionalidad del mismo. El abordaje quirúrgico, ya sea abierto o mínimamente invasivo (laparoscopia vs retroperitoneoscopia) dependerá de las características del paciente y de la naturaleza y tamaño de la lesión, con ventajas significativas en técnicas no abiertas, siendo la intervención laparoscópica el gold standard. En el abordaje transperitoneal podemos realizar un examen del resto de la cavidad abdominal, con mayor espacio de trabajo, mientras que la vía retroperitoneal permite extirpar la glándula sin acceder a cavidad ni manipular vísceras intrabdominales, por lo que existe menor riesgo de lesión por manipulación o adherencias; sin embargo, es técnicamente más exigente. Ambos abordajes se pueden llevar a cabo de manera robótica, con las ventajas que ésta supone, pero también a un mayor coste.

Conclusiones: Las técnicas mínimamente invasivas ofrecen mayores ventajas sobre el abordaje abierto en cuanto a menor morbimortalidad, menor estancia hospitalaria y menor dolor postoperatorio. La retroperitoneoscopia conlleva menor tiempo intraoperatorio y permite evitar el reposicionamiento del paciente en caso de extirpación bilateral; sin embargo, técnicamente es más exigente, y se reserva sobre todo para aquellos pacientes con acceso difícil a la cavidad abdominal y en casos de bilateralidad.



Comunicaciones científicas vídeo

LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEOENDOSCÓPICA (VEIL) TRAS NEOPLASIA DE RECTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Reinoso Hermida A, Aldrey Cao I, Domínguez Carrera JM, Santos Lloves R, Estrada López CR,
Martínez Martínez C, Alberca Remigio C, García García M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Objetivo: La linfadenectomía inguinal videoendoscópica o VEIL es una técnica mínimamente invasiva para la extirpación de los ganglios linfáticos de la región inguinal. El objetivo de esta presentación es mostrar la técnica quirúrgica en un paciente con metástasis inguinal tras neoplasia de recto intervenida.

Material y métodos: Varón de 78 años, intervenido de esplenectomía por linfangioma quístico esplénico, colecistectomía y apendicetomía, que es diagnosticado en mayo de 2021 de neoplasia de recto inferior cT3N1. En comité de tumores se decide neoadyuvancia con radioterapia y quimioterapia con posterior intervención, realizándose una amputación abdominoperineal en septiembre de 2021, demostrando la anatomía patológica definitiva una respuesta patológica completa (ypT0N0). Postoperatorio inicial sin incidencias. Tras el inicio de adyuvancia con capecitabina oral, reingresa por cuadro de trombosis venosa mesentérica superior con extensión a vena porta principal, que precisa anticoagulación, con posterior buena evolución clínica y radiológica, pero se desestima continuar con el tratamiento adyuvante. En controles radiológicos posteriores (noviembre de 2022) se objetiva adenopatía inguinal izquierda con aumento progresivo de tamaño de la misma e hipermetabolismo en PET, por lo que se realiza biopsia percutánea, siendo positiva para adenocarcinoma de origen colorrectal. Se presenta de nuevo en comité de tumores y se decide rescate quirúrgico. Se realiza una linfadenectomía inguinal izquierda videoasistida. El postoperatorio cursa sin incidencias, salvo seroma que se maneja ambulatoriamente mediante drenaje percutáneo y fenolización de la cavidad.

Discusión: La técnica quirúrgica de la linfadenectomía inguinal videoendoscópica se realiza bajo anestesia general, con el paciente en decúbito supino y antitrendelenburg para mejor exposición de la región inguinal. Se realiza una incisión a unos 2cm laterales al vértice del triángulo de Scarpa, se diseña el tejido celular subcutáneo hasta la fascia de Scarpa y se introduce un trócar tipo Hasson. Posteriormente, se colocan dos trócares de trabajo de 5 mm a unos 5 cm en sentido transversal al del videolaparoscopio. Se realiza la extirpación del tejido linfograso inguinal comprendido entre el músculo abductor largo a nivel medial, el músculo sartorio a nivel lateral y el ligamento inguinal a nivel craneal, respetando los vasos femorales y la vena safena accesoria, y ligando la vena epigástrica circunfleja. Las principales ventajas del VEIL son similares a las técnicas mínimamente invasivas: menor dolor postoperatorio, recuperación más rápida, mayor precisión en la disección ganglionar, menos complicaciones locales de herida... Las complicaciones son similares a cualquier linfadenectomía (seroma, linfedema, lesión de estructuras vecinas, TVP,...), pero su frecuencia es menor que en la técnica abierta.

Conclusiones: La VEIL es una intervención mínimamente invasiva, técnicamente más compleja y requiere mayor curva de aprendizaje para el cirujano que una linfadenectomía inguinal convencional, pero que ofrece claras ventajas para el paciente respecto a la cirugía abierta. Presenta menor tasa de complicaciones (seroma, linfocele o infección), dado la menor manipulación del tejido y la mayor precisión que ofrecen la técnica. Es una técnica reciente, pero extendida en otros campos quirúrgicos, como urología (cáncer de pene) o ginecología (cáncer de vulva), siendo más infrecuente dentro de la cirugía general y digestiva.



Comunicaciones científicas vídeo

RESECCIÓN DE PÓLIPOS COMPLEJOS CIRUGÍA ENDOSCÓPICA Y LAPAROSCÓPICA COMBINADAS (CELS)

Nicolás Álvarez R, Vigorita V, Ruano A, Moncada E, San lidefonso A, Garrido L, Veiga, PF,
Pérez L, Cano O, Muínelo M, Facal C, Ferreirós I, Sánchez-Santos R. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Introducción: La cirugía endoscópica y laparoscópica combinada (CELS) ha surgido como un método para el tratamiento de lesiones colónicas benignas complejas que de otro modo requerirían una resección quirúrgica más amplia. Mediante el CELS podemos identificar in situ la lesión y acotar sus márgenes para realizar resecciones más limitadas que una hemicolectomía, resecciones no fragmentadas y/o simplemente mejorar la exposición al endoscopista para que realice él la resección.

Objetivo: del vídeo es exponer dos casos de CELS - dos pólipos benignos localizados en ciego y en ángulo hepático respectivamente - en los que la resección endoscópica sola, por dimensiones y/o localización, presentaba altas probabilidades de no tener éxito.

Métodos: Para la realización de la intervención fue necesaria la coordinación entre servicios de gastroenterología y cirugía general. Fue necesario disponer del endoscopio en quirófano y contar con un equipo de enfermería para laparoscopia y otro instruido en endoscopia.

Conclusiones: CELS es una técnica segura multidisciplinar que requiere la colaboración entre gastroenterólogos y cirujanos. Podemos considerarla una alternativa a la resección de colon para pólipos benignos complejos.



Comunicaciones científicas vídeo

LINFADENECTOMÍA LATERAL PÉLVICA ROBÓTICA EN CÁNCER DE RECTO

Castrodá Copa D, Lladro Esteve M, Otarola Mazuela L, Pascual Gallego MA, Cordovés Weiler I, Pérez Corbal L, Oubiña García R, Barreiro Domínguez E, Seoane Antelo J, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción: la linfadenectomía del compartimento pélvico lateral es un procedimiento de alta complejidad por la presencia de estructuras vasculares y nerviosas íntimamente relacionadas. El objetivo del siguiente vídeo es describir la técnica y reconocer la anatomía quirúrgica de la disección lateral pélvica y la linfadenectomía pélvica aplicadas al cáncer de recto.

Material y métodos: se realiza la disección del compartimento pélvico lateral por vía laparoscópica asistida por robot en un paciente varón con cáncer de recto. Se incluye en la disección el tejido linfograso del área obturatriz, y del área ilíaca interna.

Resultados: se describen los pasos fundamentales de la disección en la pelvis y la linfadenectomía masculina con sus referencias anatómicas correspondientes.

Conclusiones: la cirugía robótica proporciona una herramienta idónea para la realización de intervenciones de alta complejidad, como es la linfadenectomía lateral pélvica, que supone un importante reto técnico y anatómico. El conocimiento anatómico de las diferentes áreas es fundamental para disminuir la mortalidad postoperatoria.



Comunicaciones científicas vídeo

UNA MIOTOMÍA ROBÓTICA, UNA IMPACTACIÓN Y UNA PERFORACIÓN

García-Melón A, González López R, Navarro Quirós G, Conde Rodríguez M, Monjero Ares J, Vereá Varela S, Vázquez González I, Lenza Trigo P, Ocharán Puell M, Conde Vales, J. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Introducción: La achalasia es un trastorno motor esofágico infrecuente, con una etiología poco conocida y un amplio espectro de tratamientos paliativos; que van, desde tratamientos endoscópicos hasta quirúrgicos. El actual tratamiento "gold standard": la miotomía de Heller Laparoscópica con funduplicatura parcial, está siendo superado por la miotomía endoscópica (POEM). El reflujo gastroesofágico posterior al procedimiento, es nuevamente un tema de preocupación; ya que su incidencia aumenta con el POEM.

Caso clínico: Hombre de 34 años con achalasia tipo II de 2 años de evolución, Eckardt 5, con endoscopia digestiva alta (EDA) que destaca importante dilatación esofágica con retención alimentaria, sin alteraciones mucosas y cardias espástico con resistencia al paso. El tránsito Esofagogastroduodenal (Foto 1), muestra dilatación del tercio medio y distal esofágico de 6cm, secundario a estenosis distal de 2 cm, con forma de "pico de pájaro". Grado II de Rezende. Vaciamiento lento esofágico sin ondas terciarias. La manometría de alta resolución (Foto 2), objetiva patrón obstructivo con presurización panesofágica, presión de relajación del EEI elevada, compatible con achalasia tipo II de la clasificación de Chicago 4.0, y episodios de acortamiento esofágico. Se realiza Miotomía de Heller extendida (8 cm esofágicos y 3cm gástricos), tras individualización de nervio vago anterior izquierdo, y funduplicatura tipo Dor robótica. Comprobación endoscópica intraoperatoria (Vídeo 1). Alta a las 24h con dieta túrmix y evolución favorable. Al mes postoperatorio, consulta por dolor retroesternal súbito tras transgresión dietética. En TAC se objetiva impactación esofágica sin datos de perforación. Se realiza EDA urgente que visualiza bolo alimentario impactado en esófago distal: extracción con cesta de Roth, cardias con resistencia al paso del endoscopio, cambios post-funduplicatura. Ante empeoramiento clínico posterior con taquicardia, fiebre, dolor retroesternal y elevación de reactantes de fase aguda, se repite TAC con contraste oral que confirma fuga a nivel de pared anterior de esófago inferior y colección mediastínica asociada (Foto 3). Laparoscopia urgente: desmontaje de funduplicatura, localización de perforación, drenaje de colección mediastínica y sutura primaria de esófago. Comprobación de estanqueidad con endoscopia intraoperatoria e implante de prótesis totalmente cubierta de 20x110mm fijada con clips para reforzar sutura y mantener cardias permeables. Yeyunostomía de alimentación. (Video 2). Postoperatorio favorable, retirada de endoprótesis a los 15 días, sin evidencia de fugas y paso amplio a cavidad gástrica, sin estenosis. (Video 3). Tolerancia progresiva a dieta túrmix. Actualmente en seguimiento sin clínica de reflujo, Eckardt 0-1.

Discusión: Es ampliamente aceptado el uso de stents en el tratamiento de las perforaciones esofágicas. Así mismo, también se han empleado como tratamiento para la achalasia, desde que De Palma et al. lo describieron en 1998. Inicialmente se indicaba en pacientes con enfermedad terminal, sin respuesta a otros tratamientos. Otros grupos los han utilizado como tratamiento primario. Actualmente, se describen mejores resultados con stents de 30 mm implantados durante menos de 1 semana, con tasas de migración más bajas (6 %) y tasas de remisión <80 % a 2 años, pero a expensas de más dolor torácico. Por ello, es una buena alternativa terapéutica en casos como el descrito, que asocia ambas entidades clínicas.



Comunicaciones científicas vídeo

CIRUGÍA REVISIONAL POR ULCERA MARGINAL COMO COMPLICACIÓN TRAS BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICO

Lladró Esteve M, Otarola Mazuela L., Castroc D, Pascual Gallego M, Oubiña García R, Brox Jiménez A, Artime Rial M, Lois Silva E, Costas Fernández V, Pérez Corbal L., Parajó Calvo AE. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux (BGR) laparoscópico junto a la gastrectomía vertical son las técnicas quirúrgicas más frecuentemente empleadas en cirugía bariátrica. Dentro de las complicaciones tardías asociadas, se encuentra la úlcera marginal (UM), definida como aquella úlcera que se origina habitualmente en la vertiente yeyunal, próxima a la anastomosis gastroyeyunal. Se ha descrito en la literatura una incidencia variable entre el 0,6 y el 16%. La fisiopatología de la UM es multifactorial. Se ha comprobado su relación con la hipersecreción ácida, el tamaño del reservorio gástrico o el uso de material irreabsorbible en la confección de la anastomosis. Entre los factores de riesgo asociados figuran el tabaquismo, la DM 2, la toma de AINES o ISRS, la HTA o la infección por *Helicobacter Pylori*. Presentamos el caso clínico de una paciente con UM tras BGR refractaria a tratamiento médico, a la que se le realiza una cirugía revisional y confección de una nueva gastroentero anastomosis.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico con iconografía y el video de la última intervención.

Resultados: Mujer de 40 años con un IMC de 40,1 kg/m² con DM 2 de 10 años de evolución y síndrome ansioso depresivo a la que se le realiza BGR laparoscópico simplificado con anastomosis gastroyeyunal manual (sutura barbada absorbible) sin incidencias en el posoperatorio inmediato. Al segundo mes operatorio presenta vómitos alimentarios tras la ingesta. Se realiza gastroscopia y se diagnostica de estenosis de la anastomosis gastroyeyunal por lo que se practica dilatación neumática con balón a 10 mm. Tras mejoría de la sintomatología al tercer mes y medio posoperatorio presenta nuevamente vómitos alimentarios y epigastralgia objetivándose en la endoscopia pouch de pequeño tamaño (4 cm aproximadamente), ligera estenosis de la anastomosis gastroyeyunal que permite el paso del endoscopio convencional y úlcera con base fibrinada de 2 cm en la vertiente yeyunal que se trata con IBP. En los siguientes meses continúa con clínica de epigastralgia que se acompaña de importante componente ansioso y muy ocasionalmente de vómitos. Se realizan dos endoscopias más durante este período en las que la anastomosis gastroyeyunal presenta un calibre normal, pero persiste la UM en la vertiente yeyunal pese al tratamiento con IBP. Se realiza un TC abdominal con contraste oral que descarta fístula gastro-gástrica, determinación de gastrina que resulta en rango normal y determinación de *Helicobacter Pylori* en heces negativo. Tras 12 meses y falta de respuesta al tratamiento se indica la cirugía revisional que se realiza por vía laparoscópica se procede a adhesiolisis, se descarta fístula gastro-gástrica, resección y confección de nueva gastroenteroanastomosis. El posoperatorio inmediato cursa sin incidencias siendo dada de alta al 3º día posoperatorio.

Conclusiones: La UM es una complicación infrecuente tras cirugía bariátrica y muy probablemente su frecuencia esté infraestimada. Existe controversia y continúa en estudio la fisiopatología y el manejo de la UM tras BGR. Nuestra paciente presentaba varios de los factores de riesgo que se asocian a esta complicación como son la DM2 y el tratamiento con ISRS (fluoxetina). Creemos que es esencial realizar registros multicéntricos de esta complicación para facilitar la investigación en relación con su patogenia lo que facilitará su prevención y tratamiento.



Comunicaciones científicas vídeo

REFLUJO GASTROESOFÁGICO TRAS GRASTRECTOMÍA VERTICAL CONVERSIÓN A BY PASS GÁSTRICO ASISTIDO POR CIRUGÍA ROBÓTICA

Lladró Esteve M, Otarola Mazuela L, Castroda Copa D, Pascual Gallego M, Oubifia García R, Brox Jiménez A, Artime Rial M, Lois Silva E, Costas Fernández V, Pérez Corbal L, Parajó Calvo AE. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción: En la actualidad la gastrectomía vertical (GV) es el procedimiento bariátrico más realizado a nivel mundial. A pesar de sus excelentes resultados en cuanto a la pérdida de peso y resolución de comorbilidades, es una técnica no exenta de complicaciones potencialmente graves. Una de las mayores preocupaciones a largo plazo es su presumible condición reflujogénica. La reducción del volumen gástrico, la resección completa del fundus y la disección de las fibras de la unión esofagogástrica que comprometen la eficiencia del esfínter esofágico inferior podrían incrementar la exposición de ácido al esófago. Presentamos el caso de una paciente intervenida previamente de GV y posterior desarrollo de reflujo gastroesofágico (ERGE) mal controlado en la que realizamos conversión a by pass gástrico asistida por cirugía robótica.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico con iconografía y el video de la última intervención.

Resultados: Mujer de 46 años con un IMC de 46,5 kg/m² diagnosticada de fibromialgia y poliartalgias a la que se le realiza GV laparoscópica sin incidencias. A los 18 meses de seguimiento la paciente ha perdido 18 kg (IMC= 37,71 kg/m²) de peso, pero comienza con clínica de ERGE intenso que no se controla con tratamiento médico por lo que se decide conversión a by pass gástrico que se realiza asistido por robot. Durante el procedimiento se encuentran intensas adherencias del hígado a la GV que precisa de laboriosa adhesiolisis, se descarta estenosis o torsión (twist) del tubular, se explora el hiato esofágico sin observarse hernia hiatal, se realiza reservorio gástrico de 20-30 cc y conversión a by pass gástrico simplificado antecólico y antegástrico con gastroenteroanastomosis manual. El posoperatorio inmediato transcurre sin incidencias siendo dada de alta al 3º día.

Conclusiones: La cirugía de revisión bariátrica es técnicamente complicada y tiene tasas de complicación mayores que la cirugía bariátrica primaria. El desarrollo de ERGE tras GV sin respuesta a tratamiento médico puede ser indicación de cirugía bariátrica de conversión a by pass. Los procedimientos bariátricos revisionales han aumentado durante los últimos años y comienzan a abordarse por vía robótica aprovechando las ventajas que en visión y precisión ofrece esta plataforma.



Comunicaciones científicas vídeo

INTERVENCIÓN DE COLLIS NISSEN ASISTIDA POR ROBOT PARA EL TRATAMIENTO DE HERNIA PARAESOFÁGICA MIXTA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Lago FY, Lesquereux L, Parada P, García M, Bustamante M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Objetivos: Presentar un vídeo de una intervención de Collis Nissen robótica para el tratamiento de hernia de hiato con volvulación intratorácica gástrica.

Materiales y métodos: Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de una gran hernia paraesofágica mixta con volvulación de estómago intratorácico. Se plantea reparación de la hernia con abordaje robótico. Tras creación del neumoperitoneo abierto mediante incisión subumbilical se procede a la colocación de 4 trócares robóticos alineados a nivel supraumbilical. Se comprueba la existencia de una gran hernia paraesofágica. Se inicia la intervención reduciendo el estómago hacia la cavidad abdominal, siendo necesario para ello liberar las adherencias a los pilares diafragmáticos. Se continua con la disección del saco herniario, identificando ambas pleuras. Tras la apertura del epiplon menor, con sección de las ramas hepáticas del nervio vago a ese nivel, se completa la disección circunferencial del esófago. A pesar de una amplia disección se comprueba la existencia de esófago corto por lo que se decide realización de intervención de Collis Nissen. Se tutoriza el esófago con una sonda de 36 mm y se realiza la resección del fundus gástrico con EndoGia. Completado el alargamiento esofágico se procede a la retirada del tutor esofágico y se realiza la hiatorrafia con sutura irreabsorbible trenzada. No se coloca malla de refuerzo dado que el cierre se realiza sin tensión. Por último, se procede a realización de la funduplicatura de 360° mediante aplicación de tres puntos sueltos, fijando el intermedio a la cara anterior del neoesófago, confeccionado así una funduplicatura corta y holgada.

Resultados: La cirugía se lleva a cabo sin complicaciones, con una duración completa de 150 minutos. A las 24h de la intervención la paciente inicia tolerancia oral, siendo alta el 3º día postoperatorio.

Conclusiones: La vía laparoscópica se ha convertido en el método principal de reparación de hernias de hiato por su asociación con complicaciones generales reducidas y tiempos de recuperación más cortos. Sin embargo, no está exenta de limitaciones, como el movimiento de rotación limitado, la percepción de la profundidad reducida y las dificultades ergonómicas. Hoy en día el número de reparaciones robóticas está aumentando, sin embargo, la superioridad de estas sigue siendo controvertida, ya que no se ha demostrado una mejora significativa de los resultados anatómicos y funcionales. En hernias de gran tamaño, como la del caso que se presenta el abordaje robótico aporta una mejor visión del campo operatorio lo que facilita una mayor precisión en la disección fundamentalmente a nivel mediastínico, favoreciendo la identificación de las pleuras y de los nervios vagos. Para evitar las recidivas es fundamental la correcta optimización de los pacientes en el preoperatorio, la preservación de los pilares diafragmáticos, realizar una correcta reparación del defecto hiatal (con o sin malla) e identificar y tratar los casos de esófago corto. La factibilidad del abordaje robótico para el tratamiento de grandes hernias paraesofágicas está comprobada y presenta las mismas ventajas demostradas que para otras intervenciones, esencialmente de naturaleza ergonómica y de precisión en la disección.



Comunicaciones científicas vídeo

SADI-S ROBÓTICO: CÓMO LO HACEMOS EN 8 PASOS

Vázquez González I, Conde Rodríguez M, González López R, Navarro Quirós G, Vereja Varela S, García Melón A, Lenza Trigo P, Ocharán Puell M, López Vázquez C, de la Puente Mota N, Conde Vales J. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Objetivo: Presentación de la técnica estandarizada con abordaje robótico para realización del SADI-s a propósito de un caso de obesidad extrema.

Material y métodos: Presentamos el caso de una mujer de 45 años, con antecedentes de dislipemia, hipertensión y SAOS, seguida por Reumatología por esclerosis sistémica, colecistectomizada y con dos cesáreas realizadas; con un IMC de 51 kg/m². Tras completar estudio preoperatorio y ser valorada en comité multidisciplinar de obesidad, se somete a cirugía metabólica, SADI-s, por abordaje robótico. Se describen los pasos que la unidad de cirugía de la obesidad de nuestro centro ha adquirido y estandarizado para realizar dicho procedimiento. Tras la realización de neumoperitoneo cerrado con aguja de Veres en el punto de Palmer, se colocan 4 trócares robóticos (el brazo número 2 de 12 mm), utilizando dos brazos izquierdos, y un trocar de asistencia en flanco izquierdo de 8 mm. 1) Esqueletización de la curvatura mayor, con Tip-Up como separador hepático y Synchro Seal en brazo 4 hasta el ángulo de His. 2) Gastrectomía tubular tutorizada con sonda de Faucher de 32F utilizando grapadora robótica Sureform azul de 45 mm reforzada con sistema peri-strip dry en brazo 2. 3) Disección de píloro y primera porción duodenal por encima de la arteria gastroduodenal con Synchro Seal en brazo 4 y pinza fenestrada bipolar en brazo 2. 4) Sección duodenal con endograpadora robótica sureform de 45 mm con carga blanca en brazo 4 ayudado con tracción de un vessel-loop que individualiza el duodeno por parte del ayudante, cogiendo al menos 2 cm de muñón duodenal para la anastomosis. 5) Medición de asas intestinales desde entrada del íleon terminal en válvula ileocecal (300 cm) utilizando la bipolar fenestrada en el brazo 2 y la Cadierre en el brazo 4, manteniendo identificado el ciego con la Tip-Up en brazo 1. Introducción de V-LOC de 3/0 a través de trocar accesorio para sutura longitudinal que facilite la anastomosis duodenoileal. 6) Recolocación de Tip-Up en brazo 1 a modo de separador hepático y realización de enterotomías con gancho monopolar en brazo 4. Introducción de endograpadora robótica Sureform blanca de 45 mm en brazo 4 para realizar la anastomosis duodeno-ileal latero-lateral mecánica. Cierre del defecto anastomótico con v-loc de 3/0 con brazos 4 y 2. 7) Comprobación de estanqueidad anastomótica con azul de metileno a través de sonda orogástrica, con clampaje proximal y distal del asa ileal con pinza fenestrada en brazo 2 y pinza auxiliar. 8) Comprobación de correcta perfusión anastomótica con verde de indocianina.

Resultados: La paciente evolucionó favorablemente pudiendo ser dada de alta al segundo día postoperatorio, sin producirse complicaciones. Actualmente, es seguida en consultas con buena evolución clínica y adecuada pérdida ponderal.

Conclusiones: La estandarización de la técnica quirúrgica permite una optimización del propio acto quirúrgico. De este modo, se reducen los tiempos operatorios y se acortan las curvas de aprendizaje, permitiendo que todo un equipo de cirujanos trabaje de un modo homogéneo, disminuyendo la tasa de complicaciones y mejorando los resultados.



Comunicaciones científicas vídeo

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL CON LINFADENECTOMÍA D2 Y RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX ROBÓTICA EN 10 PASOS

Diéguez M, Lesquereux L, García- Carrero M, Míguez P, Thorpe B, Bustamante M, Parada P. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Objetivos: Presentar un caso clínico propio para esquematizar en 10 pasos la técnica quirúrgica de la gastrectomía subtotal + reconstrucción en Y de Roux robótica, para que sea fácilmente reproducible.

Caso clínico y técnica quirúrgica: 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. Se esquematiza la intervención en 10 pasos: 1. Colocación de trócares. 2. Acceso a transcavidad de epiplones. 3. Esqueletización de curvatura mayor. 4. Ligadura de arteria y vena gastroepiloicas derechas. 5. Sección duodenal. 6. Linfadenectomía D2. 7. Ligadura de arteria y vena gástrica izquierda. 8. Sección gástrica. 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. (1,2). Los estudios comparando la gastrectomía robótica versus laparoscópica y versus gastrectomía abierta han demostrado menor pérdida de sangre intraoperatoria, menor tiempo de estancia hospitalaria y menores complicaciones postoperatorias además de un mayor número de adenopatías resecaadas bajo esta técnica. Se ha podido concluir la no inferioridad de la técnica robótica comparada con la laparoscópica, aunque faltan estudios para medir los resultados a largo plazo y una mayor cantidad de estudios en población similar a la nuestra. (3, 4, 5, 6). Se ha planteado también la menor casuística necesaria para completar la curva de aprendizaje en cirugía robótica (25 casos) vs cirugía laparoscópica (50 – 75 casos), por lo que tomando en cuenta los beneficios planteados, en este trabajo se intenta estandarizar la técnica quirúrgica y de esta manera lograr una mejor reproductibilidad en otros centros. (7,8).

Conclusiones: 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

LINFADENECTOMÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA EN GASTRECTOMÍA TOTAL ROBÓTICA

Iglesias Trigo M, Sánchez Santos R, González Fernández S, Maruri Chimeno I,
Pardellas Rivera H, Jove Albores P, López Otero M, Otero Martínez, I. (*)

(*) Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo).

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La linfadenectomía guiada por fluorescencia en el cáncer gástrico, ha mostrado ventajas en relación al número de ganglios resecaos y a la detección de ganglios de territorio de drenaje tumoral fuera de las localizaciones habituales; sin embargo, todavía no se puede considerar el Gold standard para sustituir a las linfadenectomías D2 clásicas. La plataforma robótica incorpora una fluorescencia de muy fácil uso; lo que va a favorecer nuevas utilidades durante la gastrectomía total robótica.

Material y métodos: Se describe el caso de una mujer de 69 años, diagnosticada de una neoplasia gástrica subcardial, sin enfermedad a distancia en las pruebas complementarias; con incremento en la fragilidad y riesgo de desnutrición agravado por la pérdida reciente de un familiar. Anatomía patológica: adenocarcinoma pobremente cohesivo con células en anillo de sello. Comentada en comité multidisciplinar se le propone gastrectomía total robótica. 24 horas antes de la cirugía; se inyecta endoscópicamente ICG en la capa submucosa del estómago en 4 puntos alrededor del tumor primario.

Resultados: En el vídeo se muestra la intervención quirúrgica en la que se evidencia con fluorescencia el tumor primario situado en cuerpo gástrico a unos 4 cm de cardias. Se realiza la linfadenectomía de los grupos 1-9 y grupo 12; comprobando en cada paso con la fluorescencia que no hay ganglios iluminados fuera de los territorios de la linfadenectomía habitual. En el momento de la sección esofágica se observa como el ICG ha progresado por la capa submucosa del esófago unos 4 cm; por este motivo se decide realizar exéresis de 5 cm del esófago distal hasta 1 cm por encima de la zona esofágica iluminada en la ICG. Se realiza anastomosis esófagoyunal manual robótica intratorácica y pie de asa. Se comprueba la estanqueidad mediante azul de metileno. En el postoperatorio se colocaron 2 drenajes torácicos por neumotórax. Tras una evolución favorable, la paciente es dada de alta el 11º día postoperatorio. En la anatomía patológica se observan metástasis en 2 de los 33 ganglios linfáticos resecaos, correspondientes a los grupos 1 y 3; así como células malignas en el borde de sección proximal esofágico. El estadio patológico de este tumor fue un estadio IIB (pT3N1). Tras comentarse el caso nuevamente en comité, se desestima nueva resección por ser necesaria esofagectomía y coloplastia para un margen de seguridad en una paciente frágil, por ello, se decidió quimioterapia y radioterapia adyuvante. No signos de recidiva ni metástasis en los controles iniciales tras RT (25 sesiones 30,6Gy).

Conclusiones: La fluorescencia con ICG puede facilitar una gastrectomía total robótica facilitando la localización intraoperatoria del tumor; permitiendo una mejor valoración del mapeo linfático del cáncer gástrico, siendo altamente sensible y permitiendo una imagen en tiempo real. Sin embargo, serán necesarios estudios con un adecuado tamaño muestral para poder determinar el margen de seguridad en la sección proximal en los casos en los que haya progresión submucosa del contraste ICG tras la inyección en las 24-48 h previas.



Comunicaciones científicas vídeo

GASTRECTOMIA SUBTOTAL Y LINFADENECTOMIA D2 POR LAPAROSCOPIA

Ocharan Puell M, González López R, Navarro Quirós G, Vázquez González I,
García Melón A, Lenza Trigo P, Conde Vales J. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Objetivos: El cáncer gástrico sigue siendo una de las neoplasias más frecuentes de Occidente (5ta en frecuencia) a pesar del reciente descenso en su incidencia. La cirugía es el pilar de tratamiento de las neoplasias gástricas no diseminadas. Después de un largo debate, actualmente se admiten las ventajas de realizar una linfadenectomía D2 sin que suponga un aumento de la morbimortalidad en unidades especializadas. El abordaje laparoscópico de esta patología es factible y seguro en centros con suficiente experiencia, sin riesgo de comprometer el resultado oncológico.

Materiales y métodos: Presentamos el caso de un paciente varón de 75 años, fumador, al que se le realiza EDA por dispepsia y vómitos con diagnóstico de neoplasia en antro gástrico (biopsia compatible con adenocarcinoma difuso pobremente cohesivo). El tumor se encuentra ulcerado sin datos de extensión locorregional o a distancia en el TC y caracterizado como un T3N0 por USE. Se decide en Comité de Tumores neoadyuvancia con 4 ciclos de FLOT tras los cuales se objetiva respuesta parcial y se programa resección quirúrgica.

Resultados: Se indica abordaje laparoscópico con 2 trócares de 12 mm y 3 de 5 mm. Se realiza gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y de Roux antecólica con suturas intracorpóreas semimecánicas. El paciente evoluciona favorablemente presentando como única complicación hematoma en pared abdominal secundario a sangrado en orificio de trocar subcostal derecho que ocasiona anemia tratada con hierro intravenoso. El estudio anatomopatológico de la pieza muestra un adenocarcinoma difuso de antro gástrico con células en anillo de sello ypT4a N2 LVO PNO R0. Se han objetivado metástasis ganglionares en 6 de los 44 ganglios analizados. Actualmente el paciente continúa la quimioterapia perioperatoria según el esquema FLOT. En el video se muestra la técnica quirúrgica.

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



Comunicaciones científicas vídeo

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRANSABDOMINAL CON MALLA TI-MESH, DESCRIPCIÓN DE NUESTRA TÉCNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE MORGAGNI EN ADULTOS

Otalora L., Brox A, Dias A, Pérez L, Costas V, Artime M, Lladró M, Parajó A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción: La hernia de Morgagni es una anomalía congénita infrecuente en adultos. Representa entre el 1-3% de todas las hernias diafragmáticas congénitas. Con frecuencia es asintomática siendo diagnosticada de forma incidental mediante pruebas de imagen. No obstante, en ocasiones puede provocar clínica torácica y/o abdominal en función de su volumen y de las vísceras herniadas. Múltiples abordajes han sido descritos en la literatura. Describimos nuestra técnica, un abordaje laparoscópico abdominal combinando un cierre primario, reforzado con puntos transabdominales, y malla titanizada (Ti-Mesh).

Exposición del caso: Presentamos dos casos de hernia de Morgagni en adultos. El primero es un varón de 20 años con obesidad grado I que acude al servicio de urgencias por dolor torácico opresivo y disnea de 24 horas de evolución. El TC toraco-abdominal revela una solución de continuidad a nivel anterior derecha del diafragma con herniación de grasa omental y colon transverso, sin datos de complicación asociada. El segundo caso es una mujer de 52 años con clínica de dolor epigástrico. El TC confirma un defecto de 6x6 cm con herniación de colon transverso y atelectasia del lóbulo inferior derecho.

Resultados: En el primer caso, intraoperatoriamente, se aprecia un defecto herniario diafragmático de 12 x 6 cm conteniendo epiplón y colon transverso. Se reduce el contenido herniado a cavidad abdominal y se realiza cierre primario del defecto con dos suturas barbadas continuas 2/0 irreabsorbibles y puntos de seda 2/0. Posteriormente se refuerza el cierre con varios puntos transabdominales de monofilamento irreabsorbible usando endoclose. Debido al gran tamaño del defecto se decide colocar una malla titanizada que se fija con puntos sueltos de monofilamento no absorbible y adhesivo tisular. El paciente evoluciona satisfactoriamente, es dado de alta el tercer día posoperatorio con buena evolución tras seguimiento durante 12 meses. En el segundo caso el defecto es de menor tamaño. Igualmente se reduce el contenido herniado a cavidad abdominal y se reseca el saco. Siguiendo la misma técnica quirúrgica, se realiza el cierre con sutura continua barbada de monofilamento irreabsorbible. En este caso, al tratarse de una paciente con normopeso, los puntos de refuerzo transabdominales los realizamos con sutura de seda aguja recta, colocando igualmente una malla titanizada fijada con sutura irreabsorbible y pegamento biológico. La evolución posoperatoria fue satisfactoria.

Conclusiones: La hernia de Morgagni es una patología poco frecuente que requiere de cirujanos expertos para su correcta reparación. En la actualidad, el abordaje laparoscópico abdominal es considerado la técnica de elección. Describimos nuestra técnica basada en un abordaje laparoscópico transabdominal con cierre primario del defecto mediante sutura continua barbada irreabsorbible, reforzada con puntos transabdominales que aseguran, liberan tensión y facilitan la cohesión del cierre primario a la fascia anterior. Realizamos esta sutura transabdominal técnicamente de diferentes modos teniendo en cuenta la fisonomía del paciente e individualizando en cada caso. Somos partidarios del refuerzo con malla en este tipo de defectos congénitos.



Comunicaciones científicas vídeo

E-TEP TAR ROBÓTICO: DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Reinoso Hermida A, Domínguez Carrera JM, Iglesias Diz D, Rodríguez López N,
Estrada López CR, Martínez Martínez C, Alberca Remigio C, García García M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Introducción: En la actualidad estamos viviendo un interés creciente en la técnica totalmente extraperitoneal de visión extendida (eTEP) para la reparación de hernias inguinales, ventrales, incisionales y lumbares; siendo la técnica TAR un recurso en el que se realiza una separación posterior de componentes con liberación del músculo transverso, cuando el tamaño de los defectos aponeuróticos no permite un cierre primario sin tensión. El desarrollo tecnológico, incluida la robótica, ha facilitado la cirugía endoscópica extraperitoneal.

Objetivos: Presentar un abordaje robótico de una técnica quirúrgica no tan habitual en nuestros quirófanos de pared abdominal.

Material y métodos: Varón de 76 años, con antecedentes de colecistectomía laparoscópica y hernioplastia umbilical, que presenta tumoración umbilical de novo. Se completa estudio con TC abdominal donde se objetiva una hernia supraumbilical con un saco herniario de 70x35mm con colon transverso no estrangulado en su interior, con un defecto de la pared abdominal de 37mm, así como diástasis de rectos de hasta 4cm supraumbilical (M2W1). Es intervenido de forma programada realizándose un eTEP TAR robótico, sin incidencias intra ni postoperatorias, siendo dado de alta al 5º día.

Discusión: La cirugía robótica de la pared abdominal permite un mejor cierre del defecto fascial, con mayor facilidad de colocación de la malla extraperitoneal y una menor estancia hospitalaria. El paciente idóneo para un eTEP robótico es aquel con defectos de línea media mayores de 3-4cm, sin faldón ni infecciones cutáneas, y sin antecedentes de clínica obstructiva. Para el abordaje robótico en el eTEP TAR podemos realizar un docking superior, inferior o lateral como en nuestro caso. Colocamos al paciente de decúbito supino con el tronco en discreta lordosis, y tras marcaje bajo visión ecográfica a nivel medial de la línea semilunar derecha superior e infiltración de anestésico local, se realiza una incisión a dicho nivel para disección del espacio retromuscular y posterior colocación de resto de trocares robóticos. Tras acceder al espacio retro-rectal contralateral se procede a la apertura del saco y reducción de su contenido. En nuestro caso, dado el tamaño del defecto herniario, es necesario realizar una separación posterior de componentes con liberación del músculo transverso unilateral para conseguir un cierre de la línea media anterior sin tensión. Posteriormente se procede al cierre de la línea media posterior aproximando la vaina posterior de ambos rectos con una sutura barbada. A continuación, se procede al cierre de la línea media anterior también con sutura barbada, siendo el último paso la colocación de una malla de PPL no recubierta adaptada al espacio retromuscular creado.

Conclusiones: El abordaje robótico nos ofrece ventajas sobre la cirugía abierta e incluso sobre la cirugía laparoscópica, ya que nos permite un mejor manejo del espacio retromuscular, mayor facilidad y ergonomía en el cierre fascial y una mejor seguridad para el paciente. Precisa una mayor curva de aprendizaje para el cirujano, pero nos permitirá superar el desafío de realizar procedimientos complejos en escenarios difíciles.



Comunicaciones científicas vídeo

MAPEO POR DERMATOMAS EN EL 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 J. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Objetivos: Explicar y representar en formato vídeo la técnica exploratoria del mapeo por dermatomas y su valor en el diagnóstico del dolor inguinal crónico postoperatorio.

Materiales y métodos: El mapeo por dermatomas se basa en la exploración selectiva de los dermatomas inervados por los nervios ileoinguinal, ileohipogástrico, rama genital del nervio genitocrural, femoral y femorocutáneo, que son los nervios más frecuentemente lesionados tras la realización de una hernioplastia inguinal. La técnica consiste en la estimulación mediante un objeto romo, que permite medir la sensibilidad profunda, del área comprendida entre la cresta ilíaca y la línea media. Determinaremos que nervio o nervios están afectados con mayor probabilidad en función de en qué dermatoma estén localizados los puntos de hiperestesia o hipoestesia. Tras completar la exploración es recomendable fotografiar el resultado, para tener un control objetivo de la evolución de los síntomas del paciente de cara a futuras exploraciones o para evaluar la resolución de estos tras una intervención.

Resultados: La cirugía de la hernia inguinal es la intervención quirúrgica electiva más realizada a nivel mundial. Sin embargo, es un procedimiento que no está exento de complicaciones, entre las que se encuentra el dolor crónico postquirúrgico, con una incidencia del 11%, que puede ocasionar una limitación de las actividades cotidianas. La importancia del manejo de esta técnica exploratoria radica en la necesidad de un diagnóstico preciso de la etiología del dolor y la posibilidad de realizarlo de forma sencilla con una técnica exploratoria no invasiva y costo eficiente. El mapeo por dermatomas, introducido por Álvarez et al. en el año 2004, es una herramienta diagnóstica que permite distinguir entre el dolor neuropático y nociceptivo e identificar el nervio afecto con mayor probabilidad y que ha sido validada por múltiples estudios basados en comparaciones preoperatorias y postoperatorias tras neurectomías.

Conclusiones: Aunque ninguna prueba en si misma constituye el gold estándar en el diagnóstico del dolor crónico postoperatorio, el mapeo por dermatomas ha demostrado ser una herramienta diagnóstica de gran utilidad, y en la actualidad supone el pilar principal en el diagnóstico de esta patología y combinada con otras técnicas puede ofrecer una aproximación de gran calidad al mismo.



Comunicaciones científicas vídeo

HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO SECUNDARIO A QUISTES PARATIROIDEOS MÚLTIPLES

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

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Objetivos: El quiste paratiroideo representa un 1% de los quistes cervicales. Aunque suele ser un hallazgo incidental durante una exploración física o radiológica, su importancia clínica radica en que puede simular un nódulo tiroideo y asociarse a hiperparatiroidismo, por lo que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones de la región cervical anterior. Por ello, el objetivo de esta presentación es exponer un caso de hiperparatiroidismo primario secundario a quistes paratiroideos, su tratamiento quirúrgico y evolución.

Materiales y métodos: Paciente de 67 años con antecedentes de dislipemia, HBP y episodios de cólico nefrítico secundarios a litiasis. Derivado a urgencias por su médico por hallazgo en una analítica de control de hipercalcemia grave, deterioro de la función renal, déficit de vitamina D y PTH de 600 pg/mL. Se decide ingreso en Medicina interna para tratamiento y estudio etiológico. Se realizan una ecografía y TC cervical que informan de la presencia de dos masas quísticas paratraqueales de más de 5 cm y se completa el estudio con una gammagrafía tiroidea que no evidencia captación de las mismas. Ante la presencia de estas masas quísticas funcionantes se descarta su punción por riesgo de hipercalcemia maligna y se decide la realización de una cervicotomía exploradora, con el hallazgo de tres tumoraciones compatibles anatomopatológicamente con glándulas paratiroideas quísticas y una cuarta lesión compatible con un adenoma paratiroideo, con demostración intraoperatoria de descenso de la PTH tras la extracción de la última lesión quística. El paciente presentó una buena evolución postoperatoria con reducción de las cifras de calcio y PTH, aunque persistiendo una ligera disfonía.

Resultados: Los quistes paratiroideos se clasifican en funcionantes, denominados pseudoquistes, que representan menos del 10% y pueden estar asociados a patología paratiroidea (adenoma, hiperplasia o carcinoma), y no funcionantes. Afectan generalmente a las paratiroides inferiores y son más frecuentes en mujeres con una relación 2,5:1, aunque los funcionantes se presentan más frecuentemente en varones. La ecografía cervical demuestra su naturaleza quística pero no su origen y en la gammagrafía son hipocaptantes, por lo que suelen confundirse con quistes o nódulos tiroideos. La confirmación diagnóstica se realiza mediante la determinación de PTH en el líquido transparente obtenido en una PAAF o mediante inmunohistoquímica de este. El tratamiento del quiste funcionante es siempre quirúrgico. Mientras que en el no funcionante existen varias opciones. En caso de ser hallazgos incidentales asintomáticos se aconseja seguimiento ecográfico, y de ser sintomáticos pueden realizarse punciones evacuadoras periódicas con o sin la administración de sustancias esclerosantes, y si son muy recurrentes se recomienda la exéresis quirúrgica, dadas las complicaciones potenciales de la aspiración.

Conclusiones: El quiste paratiroideo es una patología muy infrecuente, con muy pocos casos descritos en la literatura, pero que debe ser diagnosticada y tratada en caso de ser sintomático. Ante la presencia de hiperparatiroidismo primario asociado es obligatoria su exéresis y debe realizarse un protocolo de búsqueda exhaustivo hasta localizar la lesión causante.