



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

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

Comunicaciones científicas libres (Orales)

ADENOCARCINOMA DE YEYUNO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Méndez Guerra A, Romay Cousido G, Romarís Campaña J, Aguirrezabalaga González J. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario da Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: Describir el pronóstico del adenocarcinoma de yeyuno e identificar las herramientas diagnósticas más apropiadas.

Materiales y métodos: Se utilizan los criterios de la declaración PRISMA. La búsqueda fue realizada en PubMed y se completó el 27/09/2024.

Resultados: El cáncer de intestino delgado comprende menos del 5% de todas las neoplasias malignas gastrointestinales. La incidencia anual estimada es de 0,3 a 2,0 casos por cada 100.000 personas. Tiene cuatro tipos histológicos: adenocarcinoma (30-40%), carcinoide (35-42%), linfoma (15-20%) y sarcoma (10-15%). El adenocarcinoma de intestino delgado se localiza con mayor frecuencia en el duodeno (57%), mientras que el 29% se localiza en el yeyuno y el 10% en el íleon. Los cánceres de intestino delgado son asintomáticos en las primeras etapas. A medida que la enfermedad progresa, se desarrollan los síntomas. La presentación clínica es inespecífica, lo que conduce a un retraso promedio de 6 a 10 meses en el diagnóstico. Los factores de riesgo para su desarrollo son: alcohol, tabaquismo, enfermedad de Crohn, enfermedad celíaca, poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Lynch, síndrome de Peutz-Jeghers, obesidad, alteraciones genéticas: KRAS, TP53, APC, SMAD4 y PIK3CA... Por otra parte, son características de mal pronóstico: sexo masculino, raza negra, edad avanzada, síntomas en el momento del diagnóstico, niveles altos de CEA o CA 19,9, diferenciación tumoral precaria y márgenes positivos. Es difícil diagnosticar esta neoplasia utilizando solo pruebas de imagen. Por lo tanto, el diagnóstico a menudo se realiza mediante resección quirúrgica. Los avances en endoscopia han llevado al uso generalizado de endoscopios de cápsula y balón, que han mejorado la capacidad de diagnóstico. El rendimiento de la cápsula endoscópica es solo del 20-30%, mientras que el de la enteroscopia con doble balón representa el 60-70%. El tratamiento principal es la resección segmentaria del intestino delgado con márgenes quirúrgicos negativos y linfadenectomía mesentérica regional (de al menos 8-10 ganglios). La quimioterapia adyuvante mejora la supervivencia. La supervivencia general a 5 años oscila entre 14 y 33%. En los pacientes sometidos a resección curativa, la supervivencia a 5 años fue de 63% cuando los ganglios linfáticos no estaban comprometidos, 52% cuando sí lo estaban. El pronóstico se relaciona principalmente con el estadio de la enfermedad y del grado de disección de los ganglios linfáticos. En los casos en los que se evalúan ocho o más ganglios linfáticos, la supervivencia del cáncer a 5 años mejoró significativamente.

Conclusiones: Es importante un diagnóstico precoz ya que es clave para el pronóstico de esta neoplasia. Cuando tengamos sospechas, se recomienda la utilización de cápsula endoscópica y de la enteroscopia con doble balón, ya que son las que más rendimiento tienen. Por otra parte, los estadios menos avanzados y localizados tienen mejor pronóstico, aunque son poco habituales por la baja sospecha y los síntomas inespecíficos de esta enfermedad. Por tanto, es necesario tener en cuenta esta patología en pacientes con factores de riesgo, para filiarla lo antes posible y poder aportar un tratamiento con rapidez (cirugía +- quimioterapia).



Comunicaciones científicas libres (Orales)

CARCINOMA OCULTO DE MAMA: REVISIÓN DE MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO A PROPÓSITO DE UN CASO

Vázquez García I, Fernández Álvarez T, García Vázquez M, García Oro I, López Goye S, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivos: El carcinoma oculto de mama (COM) se define como una neoplasia en ganglios linfáticos axilares sin evidencian clínica ni radiológica de tumor primario en la mama. Representa entre 0.3 y 1% de todos los cánceres de mama y su incidencia no ha disminuido a pesar de los avances diagnósticos. El objetivo de esta presentación es revisar el manejo diagnóstico y terapéutico de esta entidad, mediante la exposición de un caso clínico y análisis de la literatura.

Material y Métodos: Se presenta el caso de una mujer de 53 años con adenopatías axilares izquierdas persistentes. La mamografía, ecografía y resonancia magnética (RM), no identificaron un primario en la mama. TAC y PET/TAC, solo evidencian las citadas adenopatías. La biopsia del ganglio axilar reveló un carcinoma ductal infiltrante Her2+ grado II, cTx cN3b, estadio IIIC. Tras discusión en comité multidisciplinar, se decidió neoadyuvancia, seguido de linfadenectomía axilar y radioterapia.

Resultados: La paciente recibió 12 semanas de tratamiento con Taxol-Pertuzumab-Trastuzumab, seguido de ACdd (4 ciclos). Posteriormente, se realizó linfadenectomía axilar izquierda, donde se analizaron 10 ganglios linfáticos, todos negativos para infiltración neoplásica. Actualmente pendiente de iniciar radioterapia de la mama ipsilateral.

Conclusiones: Ante una tumoración axilar, se debe realizar una exploración física completa de mama y axila e investigar posibles factores de riesgo de cáncer de mama y antecedentes familiares. Se solicitará mamografía, ecografía y resonancia magnética, siendo esta última el método estándar en el COM. Solicitaremos también TAC abdominopélvico, PET/TAC y en ocasiones GG. La biopsia axilar confirmará la presencia de células malignas y permitirá el estudio de marcadores que ayuden a identificar el primario. Es altamente sospechoso de COM la tinción positiva para CEA, CK7, ER/PR, mamaglobina, CA125 y BRST2, GATA3 y negativa para CK20 y TTF-1. El tratamiento del COM estadio T0N1M0 incluye mastectomía radical modificada (MRM) o linfadenectomía axilar con irradiación completa de la mama, con o sin irradiación ganglionar. En estadios T0N2–N3M0, se recomienda neoadyuvancia (quimioterapia, hormonoterapia o anti-HER2) seguida de MRM. En todos los casos, se administra tratamiento sistémico según las recomendaciones para cáncer de mama en estadio II-III, siendo su pronóstico favorable. Debido a su baja incidencia, las recomendaciones actuales se basan en series retrospectivas pequeñas. Se necesitan estudios aleatorizados y prospectivos que comparen distintos enfoques terapéuticos. En pacientes con HER2+ o triple negativo primario identificado, la respuesta clínica axilar con neoadyuvancia (65% y 50% respectivamente) ha permitido aplicar la biopsia selectiva de ganglio centinela en casos N+preneoadyuvancia. Desconocemos si esto sería aplicable a pacientes con COM, aunque las complejidades técnicas y éticas, junto con la ansiedad que genera en la paciente la no identificación del tumor primario, dificultan los estudios. Se requiere un consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de esta entidad poco frecuente.



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

Comunicaciones científicas libres (Orales)

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO DE TIPO SALIVAL DE MAMA: SERIE DE CASOS

Acitores I, Castro A, Vinagre SG, Vidal B, Seoane M, Calvache AI, Bustamante M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: Los carcinomas de mama con características similares a las glándulas salivales son tumores malignos de mama poco comunes, con una incidencia aproximada del 0.1%. Este grupo incluye el carcinoma adenoide quístico (siendo este el más frecuente), el carcinoma secretor, el carcinoma mucoepidermoide y el adenocarcinoma polimorfo. El carcinoma adenoide quístico está compuesto por glándulas proliferativas y elementos estromales. Además, suele presentar negatividad para receptores de estrógeno y progesterona. Este tipo de carcinoma no solo se encuentra en la mama, sino que puede presentarse en la tráquea, bronquios, cuello uterino, glándulas lagrimales y piel. Los localizados en la mama suelen tener un pronóstico más favorable en comparación con los de otras localizaciones, siendo poco frecuente la afectación de ganglios y las metástasis a distancia. Debido a su baja incidencia, tanto el diagnóstico como la planificación del tratamiento pueden resultar complejos. El objetivo de esta comunicación es exponer una serie de casos de pacientes con diagnóstico de carcinoma adenoide quístico de mama, así como la decisión terapéutica que se tomó en cada uno de ellos.

Material y métodos: Presentamos los casos de 4 mujeres de edades comprendidas entre los 52 y los 77 años, que fueron remitidas a las consultas externas de Cirugía General y Digestiva y Ginecología para valoración de nódulo mamario. Dos de ellas fueron diagnosticadas en el screening poblacional, una fue derivada desde la consulta de AP por presencia de nódulo palpable y la última, presentó una lesión mamaria como hallazgo incidental en TAC. A la exploración, todas presentaban un nódulo palpable de morfología irregular. Se realizaron estudios complementarios para caracterizar la lesión mediante pruebas de imagen (ecografía y RMN), así como estudios anatomopatológicos (BAG). Se obtuvo resultado positivo para carcinoma mamario adenoide quístico de tipo salival en tres de ellas y carcinoma ductal infiltrante en la restante. Se realizó biopsia de adenopatía axilar palpable en una de ellas, con metástasis por carcinoma mamario.

Resultados: Tras valoración en Comité de Tumores, una de ellas fue sometida a cirugía conservadora con linfadenectomía axilar derecha (estudios previos positivos para malignidad en dicha axila). En otras dos pacientes, se realizó cirugía conservadora (CC) de la mama y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC), resultando negativas. La última de ellas fue sometida a mastectomía izquierda (antecedente de tumorectomía izquierda y linfadenectomía axilar izquierda por carcinoma lobulillar infiltrante de células en anillo de sello). En el estudio patológico en diferido, todos los resultados fueron positivos para carcinoma adenoide quístico con bordes libres en la pieza quirúrgica. La paciente sometida a linfadenectomía axilar presentó 1 ganglio positivo para metástasis de carcinoma de los 25 estudiados. Posteriormente, todas las pacientes fueron valoradas por los servicios de Oncología y Radioterapia. Las pacientes sometidas a CC y BSGC (con resultado negativo para malignidad) completaron el tratamiento con hormonoterapia (letrozol) y radioterapia. En la paciente mastectomizada, se optó por quimioterapia. En la paciente sometida a CC y linfadenectomía axilar, se decidió quimioterapia y braquiterapia. En este último caso, se evidenció progresión de la enfermedad con metástasis óseas presentado poca respuesta a la quimioterapia, lo que desencadenó su fallecimiento.

Conclusiones: Las neoplasias mamarias similares a las glándulas salivales son tumores malignos con una incidencia extremadamente baja que suelen tener un pronóstico favorable. La cirugía conservadora es el tratamiento de elección. La linfadenectomía axilar debe realizarse si existen metástasis clínicas en los ganglios axilares. La quimioterapia debe reservarse para tumores de alto grado o aquellos >3cm. La radioterapia está indicada tras tumorectomía dado que mejora el control local de la enfermedad. Sin embargo, se necesita más información para proporcionar un plan de tratamiento universal integral que se adapte a las características de cada paciente y mejore los resultados terapéuticos.



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

Comunicaciones científicas libres (Orales)

RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON MALLA (EXAFLEX): NUESTRA EXPERIENCIA EN 2 AÑOS

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

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Objetivos: En la última década, la cirugía reconstructiva ha tratado de mejorar los resultados funcionales y estéticos. Para ello, se ha recuperado el plano prepectoral en la reconstrucción mamaria tras mastectomía. Esto ha sido posible, entre otros, gracias a la introducción de las matrices dérmicas acelulares (ADM). El objetivo de esta comunicación es presentar los resultados obtenidos en la mayor cohorte descrita hasta la fecha sobre reconstrucción inmediata con malla ADM Exaflex. **Objetivos:** Compartir los resultados obtenidos con reconstrucción inmediata con ADM Exaflex.

Material y método: Base de datos prospectiva sobre cohorte retrospectiva de reconstrucciones prepectorales con ADM Exaflex realizadas en la UPM del Complejo Hospitalario de Vigo.

Resultados: Se ha recogido un total de 80 pacientes y 112 mastectomías. La edad media fue de 51 años; el IMC medio, de 24,3 Kg/m². El 18,5% eran fumadoras, el 100% tenían un Pinch >10mm en la resonancia prequirúrgica y el 69,1% >15mm. El 2,5% de las mamas recibieron RT preoperatoria y el 21,4% recibieron radioterapia postoperatoria. La mastectomía nipple-sparing fue la más frecuente (92,9%). El 100% de las reconstrucción fueron en plano prepectoral. El peso medio mamario fue de 212,8gr y el volumen protésico 327cc. El 59% de las 112 mamas asociaron cirugía axilar (BSGC 54% y linfadenectomía 5,3%). Del total de mamas intervenidas el 5,3% presentaron seroma, el 8% hematoma, el 6,25% infección de herida, el 4,46% infección protésica, el 7,14% necrosis cutánea, rippling el 7,14%, contractura capsular en 2,67% y 0% de deformidad animada. Se reintervino al 12,5% de las mamas (14/112) para mejorar el resultado estético. La reconstrucción fracasó en 2 casos (1,78%). La mediana del seguimiento fue 11,3 meses.

Discusión: La introducción de las ADM ha aportado la confianza suficiente a los cirujanos para recuperar el plano prepectoral, abandonado en la década de los 70 por los malos resultados obtenidos. Hoy en día esta reconstrucción nos permite realizar reconstrucciones inmediatas con bajo índice de complicaciones. La mejoría en los resultados no se explica únicamente por la introducción de las ADM. Sin el avance en el conocimiento de la vascularización de los colgajos y la mejora en la técnica quirúrgica no se podrían alcanzar los resultados obtenidos con estas reconstrucciones. Actualmente existen algunas incógnitas aún no resueltas en la reconstrucción prepectoral:

- Aún no ha sido definido el perfil de paciente que más se beneficia de su utilización.
- Existen múltiples ADM en el mercado (origen porcino, bovino y humano); ninguna de ellas ha demostrado superioridad con respecto a las demás.

Conclusión: La reconstrucción inmediata con malla Exaflex es un procedimiento seguro, reproducible y con buenos resultados incluso en pacientes que recibirán RT postoperatoria o que presentan factores de riesgo (tabaquismo). Los criterios propuestos hasta la fecha (ABS-BAPRAS) parecen demasiado restrictivos. Su mejor indicación probablemente sea en mastectomías nipple-sparing en pacientes con un pinch test límite o con algún factor de riesgo donde no podemos proteger nuestra reconstrucción con un colgajo dermograso bien vascularizado.



Comunicaciones científicas libres (Orales)

PRESENTE Y FUTURO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS

Miguez González P, Diéguez Álvarez M, Thorpe Plaza BA, Prieto Carreiras L, Paz Novo M,
González FJ, Fernández Pérez JA, Varo Pérez E. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: La inteligencia artificial se refiere a algoritmos informáticos empleados para completar tareas que normalmente requieren de la inteligencia y raciocinio humano. En el campo de la salud, la IA está creciendo sobremedida y tiene una potencialidad aún por descubrir en el campo de trasplante y más concretamente en el hepático. El objetivo de este trabajo, es resaltar las aplicaciones futuras de IA en este apartado e intentar promover su uso en los hospitales a nivel gallego.

Materiales y métodos: Existen hoy en día cuatro áreas en las que la IA está más desarrollada en el trasplante hepático. En primer lugar, en el emparejamiento donante-receptor para optimizar las tasas de supervivencia y reducir la pérdida de injertos. En segundo, en la conocida como 'trasplante oncológico', intentando prever que los pacientes presenten un mayor riesgo de desarrollar una neoplasia tras la recepción de un órgano. Del mismo modo, permite mejorar y ajustar los regímenes de inmunosupresión, anticipando posibles reacciones adversas. Por último, el tratamiento de imágenes tanto en radiología y anatomía patológica como en asistencia durante la cirugía.

Resultados: Los pacientes pre y postoperados necesitan de unos cuidados que implican tomas de decisiones complejas. En este contexto, la IA nos puede llevar a un auténtico cambio de paradigma, ya que abre la puerta a analizar y sintetizar grandes cantidades de datos y variables transformándolas en recomendaciones para nuestra práctica clínica. El objetivo precisamente es identificar tendencias y patrones complejos que mediante 'deep learning' favorezcan la toma de decisiones. En los últimos años, hay datos sólidos de contribución a la reducción de rechazos, y optimización de preservación de órganos. Existen cada vez más modelos de distintas organizaciones a lo largo del mundo, que suelen tener como limitación, haber sido desarrollados en una población o centro concreto, siendo deficitarios en una validación externa. Por ese motivo, es interesante comenzar a desarrollar modelos propios en nuestra comunidad que nos asistan en las diferentes etapas del proceso de donación y trasplante.

Conclusiones: El potencial de la IA no ha sido ni mucho menos explorada en su totalidad. Nos encontramos hoy en día en los albores de este nuevo mundo quirúrgico. Pese a que existen por el momento múltiples limitaciones para su implantación, parece que tendrá un crecimiento exponencial en los próximos años, especialmente en el campo del trasplante hepático, por ser sus utilidades muy variadas al estar presentes desde el momento de la toma de decisiones, hasta el postoperatorio y seguimiento postquirúrgico.



Comunicaciones científicas libres (Orales)

CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS EN PACIENTE SÉPTICO POR UNA CAUSA EXTRAÑA DE PERFORACIÓN GÁSTRICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Fernández Blanco P, González-Bermúdez M, Blanco Rodríguez A, Santos Vieitez L,
Tasende Presedo M, Aguirrezabalaga González J. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: La cirugía de control de daños (CCD) ha provocado un antes y un después en el manejo del paciente politraumatizado, aumentando considerablemente su supervivencia. La CCD permite abordar una situación quirúrgica compleja por etapas, modulando la agresión quirúrgica, y permitiendo que el paciente llegue lo antes posible a una sala de cuidados intensivos. Debido a los buenos resultados, estos mismos principios se han ido aplicando en pacientes con patología quirúrgica urgente de origen séptico. Centrándose inicialmente en el control del foco séptico y recuperación del estado fisiológico del paciente, para posteriormente realizar una cirugía de reconstrucción, optimizando el momento de realizar la anastomosis. El objetivo principal de esta comunicación es realizar una revisión bibliográfica, a través de un caso clínico, en el que se emplea la cirugía de control de daños como manejo de una paciente con una perforación gástrica. Mediante esta revisión se pretende analizar la evidencia clínica existente acerca del empleo de la cirugía de control de daños en pacientes sépticos.

Materiales y métodos: A propósito del caso descrito, se realiza una búsqueda en bibliográfica de los artículos publicados durante los últimos 10 años, acerca de la cirugía de control de daños en el paciente séptico.

Resultados: Caso clínico: se trata de una mujer de 71 años, con grandes comorbilidades (obesidad mórbida y EPOC GOLD D que precisa de oxígeno domiciliario), que presenta una peritonitis generalizada debida a una perforación en cara anterior gástrica. Esta perforación es causada por una volvulación secundaria a una gran masa dependiente de curvatura mayor gástrica. Ante los hallazgos intraoperatorios, la elevada morbilidad de la paciente y la situación crítica de inestabilidad hemodinámica, se decide realizar una resección en bloque, lavado de cavidad y colocación de sistema TPN. Finalmente, la paciente recibió una anastomosis en diferido, sin presentar mayores complicaciones, a las derivadas de sus comorbilidades basales. De la revisión bibliográfica efectuada finalmente se revisaron 10 artículos, todos ellos publicados en los últimos 10 años (1 ensayo clínico randomizado, 3 revisiones sistemáticas, 5 estudios retrospectivos y 1 revisión bibliográfica). Se tratan de estudios con una gran heterogeneidad, dado que presenta un pequeño tamaño muestral, diferente etiopatogenia y son evaluados con índices de gravedad distintos. En la mayoría de los estudios no se observaron diferencias significativas en cuanto a la mortalidad en los grupos de CCD frente al grupo de cirugía definitiva. Sin embargo, sí se observó una menor mortalidad de la esperada en pacientes intervenidos con CCD. Por otro lado, la mayoría de los autores concluyen que se deben establecer nuevos criterios a la hora de realizar una CCD, y así evitar la morbilidad asociada al sobretratamiento. Algunos de los indicadores fisiológicos propuestos, asociados un aumento de la mortalidad observada, son la edad avanzada (>70 años), acidosis (pH<7.25), lactato elevado (≥ 3), coagulopatía, sexo masculino y múltiples comorbilidades (>3). El empleo de escalas pronósticas como SOFA, APACHE II y MPI pueden ser útiles en la valoración del riesgo de la mortalidad, ayudando a individualizar la decisión de realizar una CCD.

Conclusiones: El empleo de CCD en patología abdominal séptica sigue siendo objeto de debate. Si bien la bibliografía acerca del empleo de la CCD en pacientes quirúrgicos sépticos es escasa, no debemos menospreciar la utilidad de CCD en pacientes con patología gástrica urgente, donde podría jugar un papel importante en la supervivencia de los pacientes.



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

Comunicaciones científicas libres (Orales)

EXTENSIÓN DE LA LINFADENECTOMÍA EN LA HEMICOLECTOMÍA DERECHA: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Rodríguez Rojo, Tasende Presedo, Robla Álvarez, Santos Vieitez, Gómez Area, López Domínguez, Guerreiro Caamaño, Aguirrezabalaga González J. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: Según las guías clínicas existentes, la cirugía es la piedra angular de un tratamiento de calidad. Sin embargo, cuando hablamos de hemicolectomía derecha se han descrito diferentes niveles de linfadenectomía: hemicolectomía convencional. D1, D2, D3, escisión completa del mesocolon (ECM)...Estas técnicas, aunque parecidas, difieren fundamentalmente en la altura de la ligadura vascular y de sección del colon. Existe confusión a la hora de definir o diferenciar algunos términos utilizados y, también, existen diferencias en cuanto a la indicación de cada técnica.

Materiales y métodos: Debido a la necesidad de clarificar todos estos conceptos, hemos realizado una revisión de la evidencia científica existente y profundizamos en la base anatómica que fundamenta todas estas técnicas quirúrgicas. La evolución temporal del abordaje quirúrgico de los tumores de colon derecho y cómo se ha adaptado el concepto de escisión completa del mesorrecto a la hemicolectomía derecha son factores determinantes a la hora de explicar el cambio en los resultados oncológicos. Asimismo, se establecen las principales indicaciones de cada técnica basándonos siempre en la evidencia científica revisada.

Resultados: La linfadenectomía D3 y la ECM difieren fundamentalmente en la disección venosa central. En la primera es necesario incluir las adenopatías de la vena cólica superior derecha y del tronco quirúrgico de Gillot, consiguiendo una forma de "vela mesocólica" mientras que en la segunda el plano de disección y la altura de sección del colon son similares, pero no incluyen dichas estructuras en la pieza quirúrgica. A pesar de que una linfadenectomía D3 bien realizada aporta mayor número de ganglios, no está demostrada su repercusión en la supervivencia y es una técnica demandante, pudiendo asociar complicaciones potencialmente graves. En cuanto a lo que respecta a la ECM comparada con la linfadenectomía D2, en los principales estudios (Agrusa, COME-in o el RELARC trials) se ha visto una mayor curva de aprendizaje en la primera, con mayor tiempo quirúrgico, pero se ha demostrado un mayor número de ganglios extraídos con similar tasa de complicaciones (con la excepción de las lesiones vasculares en algún estudio) a la espera todavía de datos definitivos en cuanto a resultados oncológicos.

Conclusiones: Es fundamental un conocimiento exhaustivo de la anatomía vascular, fascial y linfática para conseguir una cirugía oncológica de calidad que se basa en una disección fina embriológica, una resección suficiente de colon y la ligadura vascular central. La CME y la D3 son parecidas en cuanto al número de ganglios extraídos, complicaciones perioperatorias y mejoría de la supervivencia, pero no iguales. La linfadenectomía D3 es una técnica muy demandante con complicaciones vasculares potencialmente graves si no se ha realizado una correcta curva de aprendizaje tutelada. Los principales estudios realizados hasta la fecha confirman un mayor número de ganglios con la CME sin aumento de las complicaciones postquirúrgicas, mortalidad o estancia hospitalaria siempre que sea realizada por cirujanos expertos y la indicación se adapte al estadio tumoral y a las características del paciente. Resultados a largo plazo todavía están pendientes.



Comunicaciones científicas libres (Orales)

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES DE LOS ESTOMAS INTESTINALES E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Castrodá Copa D, Otalora Mazuela L, Pascual Gallego MA, Oubiña García R, Paniagua García-Señorans M, Seoane Antelo J, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivos: La creación de estomas intestinales conlleva una tasa de complicaciones variable (entre el 10 y el 70%), las cuales pueden ocurrir de forma temprana o tardía (> 1 mes). Además, existe una serie de factores que aumentan el riesgo de complicaciones del estoma. **Objetivos:** determinar la incidencia de las complicaciones de los estomas en nuestro Centro, así como identificar factores de riesgo que nos permitan establecer un plan de calidad para mejorar los resultados.

Material y métodos: estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos incluidos en una base de datos prospectiva a los que se realizó una colostomía o una ileostomía entre el 1/01/23 y el 31/12/23 en el Hospital Universitario de Pontevedra. El período de seguimiento mínimo fue de 4 meses. El marcaje del estoma prequirúrgico se realiza en todos los pacientes con intervención programada por parte del equipo de estomaterapeutas. Se utilizó un modelo de regresión logística binaria multivariante por pasos hacia atrás para la identificación de factores de riesgo.

Resultados: Se han incluido 115 pacientes (66% varones) con una mediana de edad de 71 años y un IMC superior a 25. Las intervenciones se realizaron de forma urgente en un 39% y en el 75% de la serie la causa fue neoplásica. El tipo de estoma realizado más frecuentemente fue la colostomía terminal (44%) seguida de la ileostomía en asa (24%). La tasa de complicaciones tempranas fue del 41% y de tardías del 33%. Como factores de riesgo de complicaciones tempranas se identificaron: la diabetes (OR: 2,71 [1,05-6,99], residente como cirujano principal (OR: 3,43 [1,37-8,60]) y la colostomía terminal e ileostomía en asa (OR: 1,38 [1,07-1,80]). El no recibir tratamiento previo con corticoides o inmunosupresores actuó como factor de protección (OR: 0,32 [1-1,05]). Para complicaciones tardías se identificaron como factores de protección: el sexo femenino (OR: 0,31 [0,12-0,84]), el no recibir tratamiento previo con corticoides o inmunosupresores (OR: 0,17 [0,05-0,58]) y la fijación fascial en las colostomías (0,54 [0,3-0,99]).

Conclusiones: En nuestro estudio la incidencia de complicaciones fue del 36%-37% en las colostomías y del 27%-47% en las ileostomías (tardías o tempranas, respectivamente). En general, se han identificado un total de 6 factores de riesgo (diabetes, residente como cirujano principal, colostomía terminal, ileostomía en asa, tratamiento con corticoides sistémicos o inmunosupresores y sexo masculino). Como factor protector en las colostomías se identificó la fijación fascial. La mayoría de los factores identificados son modificables, lo que nos podría permitir establecer un plan de medidas de corrección para disminuir las complicaciones, actuando sobre los mismos, y realizar estudios posteriores que nos confirmen su eficacia.



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

Comunicaciones científicas libres (Orales)

EVOLUCIÓN DEL MANEJO DEL ILEO BILIAR. ESTUDIO RETROSPECTIVO DESCRIPTIVO

Thorpe B, Diéguez M, Bustamante M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: El íleo biliar es un tipo infrecuente de obstrucción intestinal representando menos del 0.1% del total de íleos intestinales, presentando un riesgo de recurrencia del 5-8%. La presencia de cálculos biliares igual o mayores a 2.5cm de tamaño constituye un factor de riesgo para íleo biliar. La localización más frecuente de obstrucción es ileal debido a una fístula colecisto-duodenal. El diagnóstico supone un reto dado su baja incidencia, siendo el cuadro típico en mujeres de edad avanzada, con colelitiasis de larga data y síntomas compatibles con cuadro oclusivo. La radiografía como prueba diagnóstica presenta una sensibilidad baja (<50%) siendo la prueba de elección la tomografía computarizada. No existe un consenso sobre el manejo, siendo este personalizado según localización. Existen dos tipos abordajes, mediante cirugía en un tiempo (enterolitotomía + reparación de la fistula bilio-digestiva) y cirugía en dos tiempos (enterolitotomía y cierre fistuloso en un segundo tiempo, si paciente sintomático manejo quirúrgico de fistula bilio-digestiva). Objetivo: Descripción y análisis de la evolución del manejo en pacientes diagnosticados de íleo biliar desde 2007 hasta la actualidad en un hospital de tercer nivel.

Materiales y métodos: Se describen retrospectivamente el manejo de 32 casos de pacientes diagnosticados de íleo biliar entre 2007 y 2024.

Resultados: De un total de 32 pacientes, 31 (97%) fueron intervenidos de carácter urgente y 1 paciente (3%) fue desestimado para cirugía por comorbilidades. De los 31 pacientes intervenidos, 3 (9,7%) presentaron recidiva de íleo biliar, 1 a los dos años de la cirugía y 2 en el post operatorio inmediato. La edad media fue 79 años. El 81.3% (26/32) fueron mujeres y 19.7%(6/32) fueron varones. El 100% presentaron cuadro obstructivo y tan solo el 40% (13/32) presentaron dolor en hipocondrio derecho con Murphy +. El 94% presentaron fistulas Colecistoduodenales (30 /32). El 3% fistulas Colecistocólicas (1/32) y el 3% restante fistulas Colecistogástricas (1/32). El 9.4% de los casos debutaron como Sd. Bouveret (3/32). La localización más frecuente de obstrucción fue la válvula ileocecal (31%), seguida del íleon medio (28%), el yeyuno (25%), el duodeno (9.3%) y el estómago y el colon con un caso cada uno (3%). Areobilia estuvo presente en el 100% de los casos. Solo en el 12.5% (4/32) de los casos se abordó la fístula bilio-digestiva (3 antes de 2010) siendo 2 cirugías en un tiempo y 2 casos con cirugía en dos tiempos, de las cuales una requirió de hepaticoyeyunostomía por iatrogenia sobre la vía biliar y la otra se pudo realizar por laparoscopia sin complicaciones. El abordaje laparoscópico de inicio fue realizado en el 6.25% de pacientes (2/32) coincidiendo con recidiva en el postoperatorio inmediato en ambos casos.

Conclusiones: Nuestro estudio describe una tendencia hacia la cirugía en dos tiempos, con tendencia a manejo conservador sobre la fistula bilio-digestiva. La cirugía en un tiempo se reservará para casos seleccionados y cirujanos con experiencia en cirugía hepato-biliar. En nuestra experiencia la cirugía laparoscópica permite realizar la cirugía con seguridad, pero dificulta la exploración de la totalidad del intestino delgado presentando mayor tasa de recidivas en el postoperatorio inmediato.



Comunicaciones científicas libres (Orales)

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA HEMORROIDAL MEDIANTE HEMORROIDOPLASTIA LÁSER EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO

Espinosa Martínez C, Alonso Fernández L, Jamladi Ammi W, Méndez Fernández Ó, Méndez Guerra A, Romarís Campaña J, Bermúdez Pestonit I. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: La enfermedad hemorroidal es una de las patologías más comunes en el ámbito de la coloproctología. Las opciones de tratamiento han evolucionado a lo largo del tiempo e incluyen desde el manejo médico conservador hasta técnicas como la ligadura con banda elástica, la fotocoagulación, la escleroterapia y, en casos más avanzados, la cirugía. Tradicionalmente, existen dos enfoques quirúrgicos en la hemorroidectomía: las técnicas de Ferguson y Milligan-Morgan. Aunque la hemorroidectomía es el procedimiento de elección para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad hemorroidal avanzada, se asocia frecuentemente con dolor postoperatorio significativo, afectando aproximadamente al 30%-40% de los pacientes. La hemorroidoplastia láser (LHP) es una técnica menos invasiva que utiliza fibra de láser de diodo para el tratamiento de la patología hemorroidal. Los estudios actuales sobre la LHP indican que se asocia con menos dolor postoperatorio, menor riesgo de sangrado y estenosis, tiempos quirúrgicos más breves y una estancia hospitalaria reducida. **Objetivo:** Evaluar la efectividad del tratamiento de la enfermedad hemorroidal mediante LHP, en nuestra Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI).

Material y Método: Se analizó una cohorte de 101 pacientes con Enfermedad hemorroidal Grados II a IV, tratados con LHP entre 2020 y 2024 en nuestra UCSI. Los datos analizados incluyeron variables como sexo, edad, clasificación ASA, síntomas iniciales, complicaciones postoperatorias y resultados a corto y largo plazo.

Resultados: De los 101 pacientes tratados, 71 (70,29%) fueron del sexo masculino, con una edad media de 50,76 años (rango: 32-78). 68 pacientes (70,83%) presentaban Hemorroides Grado III, 23 (23,96%) Grado II y 5 (5,21%) Grado IV. En total, a 25 pacientes se les realizó banding previo a la LHP. Los síntomas iniciales más comunes fueron el prolapso (63,4%) y la rectorragia (79,2%), presentándose en un 7,5% de los pacientes anemia secundaria. Las complicaciones postoperatorias fueron mínimas, apareciendo en solo 2 pacientes (1,98%): uno con una fisura postquirúrgica tratada con toxina botulínica, y otro que requirió hospitalización para control del dolor postoperatorio. El resto de los pacientes de la serie logró un adecuado control del dolor postoperatorio mediante analgesia oral. No se observaron complicaciones como rectorragias anemizantes, estenosis o incontinencia. La recurrencia de la enfermedad se registró en 3 pacientes (2,97%); de estos 2 fueron tratados nuevamente con banding, 1 de los cuales requirió una Hemorroidectomía Milligan-Morgan posterior.

Conclusiones: La LHP ha demostrado ser una opción efectiva y mínimamente invasiva para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal, especialmente en pacientes con grados III y IV. Es una técnica que presenta bajas tasas de recurrencia y complicaciones, lo que respalda su viabilidad como tratamientos de rutina para esta patología en una UCSI.



Comunicaciones científicas libres (Orales)

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO ANACO II EN GALICIA Y EN EL RESTO DE ESPAÑA: ¿TENEMOS MÁS DEHISCENCIAS ANASTOMÓTICAS?

Abedini Nieto B, Martínez-Míguez M, González-Bermúdez M, Aldrey I,
Prieto-Carreiras L, Flores E, Cerdán-Santacruz C. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Grupo Colaborador ANACO II

RESUMEN:

Objetivos: A pesar de los avances quirúrgicos, la fuga anastomótica sigue siendo una de las complicaciones más graves que puede surgir tras la cirugía oncológica del cáncer de colon, debido al aumento de la morbimortalidad que supone. El estudio ANACO analizó, hace más de 10 años, la incidencia y los factores de riesgo que influían en el desarrollo de una fuga anastomótica tras cirugía oncológica por cáncer de colon. Por ello, se decidió poner en marcha el estudio ANACO II, cuyo objetivo principal es el análisis de la fuga anastomótica en estos pacientes, así como de los factores de riesgo que intervienen en su aparición. En este subanálisis del estudio ANACO II se compara la incidencia de fuga anastomótica en pacientes operados en hospitales de nuestra comunidad con aquellos operados en el resto de España.

Material y métodos: Se realiza un subanálisis del estudio ANACO II que es un estudio multicéntrico prospectivo que incluye pacientes intervenidos por cáncer de colon entre diciembre de 2022 y diciembre de 2023, de los cuales se recogen datos demográficos, clínicos, analíticos y quirúrgicos, así como su seguimiento los primeros 60 días postoperatorios. Se compararon los resultados de los pacientes operados en hospitales gallegos (Complejo Hospitalario de Vigo, Lugo, A Coruña, Ourense y Santiago) con los intervenidos en el resto del país. A nivel gallego se obtienen un total de 219 registros de los cuales se extraen los mismos datos, permitiéndonos comparar así ambos grupos.

Resultados: se incluyeron en el estudio un total de 2389 pacientes, de los cuales 219 fueron intervenidos en alguno de los 5 hospitales gallegos. De los pacientes operados en Galicia la media de edad fue de 71,5 (10,9) años, y 128 (58,5%) fueron varones. 133 (60,7%) de los pacientes que se intervinieron se clasificaron como ASA III-IV. Prácticamente el total de las intervenciones, 213 (97,3%) se realizaron de forma programada, 105 (48,0%) pacientes fueron operados por vía laparoscópica y 108 (49,3%) tenían el tumor en el colon derecho, siendo esta la localización más frecuente. En 208 (95,0%) pacientes se realizó una anastomosis mecánica y 169 (77,2%) de las intervenciones fueron llevadas a cabo por un cirujano colorrectal. De estos pacientes de los cuales se recaudaron datos a nivel gallego, 17 (11,3%) tuvieron una fuga anastomótica vs. 202 (9,0%) en el resto del país, OR= 1,3 p=0,344. En la serie global las variables relacionadas con la fuga anastomótica fueron el sexo, la no preparación del colon, la edad, la hepatopatía, las complicaciones intraoperatorias y la patología pulmonar. Al comparar los pacientes operados en Galicia y en el resto del país se evidenciaron diferencias en el número de camas del hospital, el IMC, los antecedentes de cirugía mayor, la toma de inmunosupresores, el tipo de anastomosis realizada y la linfadenectomía. Al realizar el análisis multivariante, ajustado por estas variables, no se evidenció una diferencia significativa de las fístulas en los pacientes operados en Galicia (OR=0,9, IC 0.5-1.5, p=0.600).

Conclusiones: no se evidenció que exista un riesgo de fuga anastomótica diferente en los pacientes operados en Galicia vs. el resto de pacientes intervenidos.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

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

Comunicaciones científicas libres (Orales)

HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN EL ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Area E, Santos Vieitez L, Robla Álvarez D, Romay Cousido G. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: Las hernias diafragmáticas son el resultado de migración de estructuras abdominales hacia el tórax a través de un defecto en el diafragma. Pueden ser congénitas o adquiridas, estas últimas generalmente causadas por traumatismos (principalmente accidentes de tráfico), en menos ocasiones pueden ser debidas a iatrogenia. Presentamos el caso de una mujer con una hernia adquirida que precisó cirugía urgente.

Exposición del caso: Mujer de 55 años, sin alergias conocidas, con artritis reumatoide con baja actividad y cervicalgia crónica en relación con accidente de tráfico hace unos 8 años. No intervenciones abdominales previas. Acude a urgencias por cuadro caracterizado por dolor abdominal difuso y vómitos de 5 días de evolución, asociado a estreñimiento, motivo por el que visita en varias ocasiones su centro de salud y el servicio de urgencias, siendo dada de alta como dolor abdominal inespecífico. No refiere clínica respiratoria, aunque sí refiere empeoramiento del dolor con la inspiración. En la exploración física la paciente presenta un aceptable estado general, taquicardia de 115 lpm y una saturación basal del 95%. Respecto a las pruebas complementarias, en la analítica destaca leve leucocitosis con neutrofilia. 4 días antes se le había realizado una ecografía abdominal donde se había objetivado un mínimo derrame pleural derecho, así como una pequeña cantidad de líquido libre en Douglas. En esta ocasión se le solicita una tomografía axial computerizada (TC) objetivándose una herniación del íleon distal a través de la región posterior del hemidiafragma derecho, con un saco herniario de 11x 6 cm y un cuello de unos 2 cm. Dicha herniación provoca una obstrucción intestinal secundaria, con dilatación de las asas retrógradamente y colapso distal de íleon terminal. Las asas del interior de la hernia presentan datos sugestivos de sufrimiento. Con todo ello se decide cirugía urgente. En quirófano se realiza una laparoscopia exploradora, en la que se objetiva distensión intestinal y una hernia diafragmática posterior derecha con asas de íleon encarceradas, sin saco herniario. El orificio herniario objetivado es de en torno a 6-7 cm. Tras la liberación herniaria se objetiva una zona del intestino con signos de isquemia con perforación contenida en el borde mesentérico. Se cierra el defecto herniario y se realiza una incisión de asistencia en hipocondrio derecho para una óptima revisión de todo el paquete intestinal. Se reseca el segmento de íleon afectado y se realiza una anastomosis laterolateral manual biplano. Se deja un drenaje en pelvis y un tubo de tórax. La paciente evoluciona de manera favorable.

Conclusión: En muchas ocasiones las hernias diafragmáticas son asintomáticas en el adulto. Es frecuente la presentación tardía de las mismas, asociado a complicaciones de los órganos herniados. El diagnóstico es complejo porque los síntomas son inespecíficos, por lo que es importante tener la sospecha, principalmente ante pacientes con antecedentes traumáticos. La TC será la prueba indicada en estos casos. La cirugía urgente será precisa en los casos en los que esté comprometida la viabilidad de las vísceras herniadas.



Comunicaciones científicas libres (Orales)

EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR

Castro A, Miguez P, Acitores I, Paz M, Prieto L, Gonzalez F, Fernández A, Domínguez E, Varo E. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

RESUMEN:

Objetivos: La coledocolitiasis, se define como la presencia de cálculos en la vía biliar principal y representa una complicación frecuente de las enfermedades biliares, pudiendo provocar complicaciones severas como colangitis, pancreatitis e ictericia obstructiva. Hasta un 15-20% de los pacientes con colelitiasis presentan cálculos en la vía biliar. Actualmente, el 85-90% de los pacientes se tratan de forma habitual por vía endoscópica mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), que, si bien es eficaz y segura, no está exenta de riesgos y limitaciones, además de la necesidad de un segundo procedimiento quirúrgico para el tratamiento de la colelitiasis. En este contexto, en los últimos años y mediante la mejoría y desarrollo tecnológico e instrumentación, la exploración laparoscópica de la vía biliar mediante abordaje transcístico emerge como una alternativa prometedora, permitiendo la extracción de cálculos de manera directa y minimizando las complicaciones asociadas con la CPRE. Este enfoque no solo busca mejorar los resultados clínicos, sino también optimizar la recuperación del paciente y el tratamiento en “un solo tiempo” con los beneficios de un abordaje mínimamente invasivo.

Material y métodos: Presentamos cinco pacientes con edades comprendidas entre los 60 y los 80 años con diagnóstico de colelitiasis y coledocolitiasis, en los que se realiza colecistectomía laparoscópica y exploración laparoscópica de la vía biliar por vía transcística.

Resultados: Cuatro de los cinco pacientes tras estudio por Servicio de Digestivo por cólicos biliares de repetición con alteración de las pruebas de función hepática (dos de ellos tras ingreso por colangitis aguda) se diagnostican de coledocolitiasis y colelitiasis. Otro de los pacientes ingresa de forma urgente por un cuadro de colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis con sospecha ecográfica de colecistitis aguda. Ante la imposibilidad de realización de CPRE por motivos técnicos o tras la realización de la misma pero no resolución del cuadro, son incluidos en la lista de espera quirúrgica para la realización de colecistectomía laparoscópica y exploración de la vía biliar principal por vía transcística. En el caso del paciente con colangitis, el procedimiento fue realizado con carácter semiurgente. Para la intervención, se utilizó un coledocoscopio flexible de 3 mm con canal de trabajo para la extracción de los cálculos por vía transcística. Se realiza en los 5 pacientes, colecistectomía laparoscópica y exploración de la vía biliar principal por vía transcística sin complicaciones intraoperatorias ni el post-operatorio inmediato. Se identifican y se logran extraer los cálculos en 4 de los cinco pacientes intervenidos con una evolución postoperatoria favorable y resolución del cuadro clínico. En el otro paciente, se realiza exploración de la vía biliar sin objetivar la presencia de cálculos y se completa la colecistectomía por vía laparoscópica.

Conclusiones: El tratamiento más habitual de la coledocolitiasis se realiza mediante CPRE y posteriormente colecistectomía. En esta comunicación presentamos una alternativa capaz de tratar al paciente en un acto único, realizando la colecistectomía y la exploración de la vía biliar por vía transcística en una única intervención, con lo beneficios que esto supone. Además, ofrece una posibilidad de tratamiento mínimamente invasivo en casos donde se presenta una imposibilidad para la realización de CPRE por características anatómicas del paciente, antecedentes quirúrgicos o donde la misma no logra una resolución del cuadro. Como conclusión el abordaje laparoscópico de la vía biliar vía transcística es una técnica segura, reproducible y coste-efectiva para el tratamiento de la coledocolitiasis y una alternativa al menos no inferior al tratamiento estándar mediante CPRE.



Comunicaciones científicas libres (Orales)

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS ABORDAJES ABIERTO Y LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA INGUINAL EN RÉGIMEN DE CMA

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

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Objetivos: La cirugía de la hernia inguinal ha estado íntimamente ligada a las unidades de cirugía mayor ambulatoria (CMA) desde su creación. En los últimos años, la cirugía laparoscópica de la hernia ha sufrido una amplia expansión y, por ello, ha pasado a ser una de las técnicas más habituales para la reparación en régimen de CMA. El objetivo del estudio es comparar los resultados del abordaje laparoscópico y abierto de la cirugía de la hernia inguinal en nuestro centro en los últimos catorce años y, a su vez, contrastarlos con los obtenidos en un estudio de las mismas características realizado previamente entre los años 2010 y 2019.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio 687 pacientes intervenidos en nuestro centro de hernia inguinal desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2023, bajo protocolo de CMA. Fueron divididos en dos grupos según el abordaje realizado: abierto y laparoscópico. Se analizaron características demográficas, características clínicas (clasificación ASA, hernia uni o bilateral, hernia recidivada y otras hernias asociadas), variables relacionadas con la intervención (técnica quirúrgica, tiempo quirúrgico, tipo de cirujano, complicaciones intraoperatorias) y variables postoperatorias (necesidad de ingreso no programado, tiempo de ingreso, complicaciones postoperatorias y recidiva). Todas las variables se compararon en ambos grupos empleando modelos de regresión univariante. Los factores asociados a complicaciones postoperatorias fueron analizados mediante regresión multivariante.

Resultados: Del total de 687 pacientes intervenidos, 313 fueron intervenidos por vía abierta y 374 por vía laparoscópica. De las intervenciones por vía abierta, 178 fueron Rutkow-Robbins, 110 Lichtenstein, 6 preperitoneal y 19 no especificada. A todos los pacientes del grupo laparoscopia se les realizó técnica TEP (totalmente extraperitoneal). El sexo masculino, la reparación bilateral y el cirujano especialista se asociaron de forma estadísticamente significativa con el abordaje laparoscópico ($p < 0,001$). El tiempo quirúrgico fue superior en abierta frente a laparoscopia, siendo la diferencia estadísticamente significativa en el caso de la cirugía bilateral (92 vs 68,12 minutos). Las complicaciones postoperatorias fueron más frecuentes en el abordaje abierto que en el laparoscópico (16,3% vs 11,4%), aunque no se hallaron diferencias significativas. La recidiva resultó menor en cirugía abierta que laparoscópica (0,6 vs 2,9), no siendo la diferencia estadísticamente significativa. No se evidenciaron diferencias significativas en las complicaciones intra ni postoperatorias entre cirujanos especialistas y residentes, así como tampoco en las tasas de recidiva. La ampliación del estudio en cuatro años halló resultados similares al estudio previo, destacando en este caso que la asociación entre la cirugía laparoscópica bilateral y un menor tiempo quirúrgico resultó estadísticamente significativa, lo que viene a confirmar la tendencia ya apreciada en el estudio previo.

Conclusiones: Este nuevo análisis confirma los resultados obtenidos en el estudio previo y apoya la hipótesis de que la cirugía laparoscópica obtiene resultados comparables o incluso mejores a la cirugía abierta de la hernia inguinal. Además, apoya la compatibilidad del abordaje laparoscópico con el régimen de CMA, con beneficios establecidos y avalados por la literatura actual para los pacientes, y con la formación durante la etapa de la residencia en dicha técnica.



Comunicaciones científicas libres (Orales)

A PROPÓSITO DE UN CASO: COLOFARINGOPLASTIA, CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE ESTENOSIS FARINGO-LARINGO-ESOFÁGICA TRAS INGESTA INTENCIONADA DE CÁUSTICOS

Guerreiro Caamaño A, Blanco Rodríguez A, García Brao MJ, Sotelo Goyanes Á, López Domínguez C, Rodríguez Rojo S, Santos Vieitez L, Robla Álvarez D, Gómez Area E. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Objetivos: El tratamiento quirúrgico de las estenosis cáusticas del tracto digestivo superior (TDS) supone un desafío. Esto se debe a que la reconstrucción por encima de la unión cricofaríngea interfiere con los mecanismos de deglución y respiración; es decir, el restablecimiento de la continuidad del TDS requiere una reconstrucción esofágica (RE) y faríngea (RF) concomitante. La coloplastia retroesternal es el gold estándar para la RE después de una lesión cáustica del TDS. Además, la evaluación otorrinolaringológica preoperatoria completa, el tratamiento de las lesiones faríngeas y laringeas asociadas en el momento de la reconstrucción, así como el control de la enfermedad psiquiátrica son factores clave para el éxito. La elección entre el injerto de colon derecho e izquierdo depende de la anatomía de la vascularización y de la preferencia individual del cirujano. En manos experimentadas, las tasas de mortalidad son inferiores al 5%, pero las complicaciones postoperatorias específicas (necrosis, fuga, estenosis...) son altas.

Materiales y métodos: Mujer, 28 años, intento autolítico mediante ingesta de cáusticos, con manejo conservador inicialmente. Al mes del suceso, se evidencia estenosis circunferencial orofaríngea, con destrucción de supraglotis, cierre completo de hipofaringe y esófago cervical, y presencia de una fístula esófago-traqueal que requiere la realización de traqueotomía y yeyunostomía de alimentación. Dieciséis meses más tarde, tras estabilización de la paciente, se realiza laringuectomía supraglótica asociada a faringocoloplastia retroesternal de sustitución, logrando el restablecimiento de la vía aérea y digestiva sin conseguir decanulación. Después de una mejoría inicial, se produce una posterior estenosis de la plastia colónica y re-estenosis de orofaringe y supraglotis.

Resultados: Con el objetivo de restablecer la vía digestiva se realiza una reconstrucción en dos tiempos. En primer lugar, se extirpa el segmento esofágico fibrótico y se extrae la coloplastia retroesternal con posterior recolocación a través del mediastino posterior, abocándolo a nivel cervical. En un segundo tiempo se reconstruye el TDS realizando una anastomosis laringo-colónica interponiendo un colgajo laringotraqueal. Funcionalmente, se consigue recuperar la tolerancia oral para líquidos y semisólidos, retirando la yeyunostomía, además de realizar rehabilitación fonatoria mediante laringófono. La colofaringoplastia es un recurso eficaz para restaurar la continuidad del TDS en pacientes con estenosis faringoesofágicas cáusticas graves. La pregunta sigue siendo si se debería realizar una esofagectomía de rutina en todos los pacientes. Según la literatura, la incidencia de desarrollo de carcinoma en un esófago afectado por la corrosión después de un período de 40 a 50 años desde la ingestión de cáusticos es alrededor del 4%; y si la reconstrucción se realiza entre 6 y 12 meses después de la ingestión de cáustico y se excluye el esófago del paso de los alimentos, el riesgo de desarrollar malignidad se vuelve irrelevante.

Conclusiones: La colofaringoplastia se considera un procedimiento complicado pero fiable para restaurar la continuidad del tracto gastrointestinal después de una lesión corrosiva grave. Es innegable que la afectación laríngea afecta negativamente al resultado funcional, que el curso postoperatorio suele ser prolongado y conlleva varios problemas, lo que exige un enfoque multidisciplinario para manejarla.



Comunicaciones científicas libres (Orales)

OBSTRUCCIÓN GÁSTRICA Y ESTALLIDO POR BALÓN INTRAGÁSTRICO

de la Puente Mota N, González López R, Navarro Quirós G, Vázquez González I,
García Melón A, Lenza Trigo P, López Vázquez C, Maseda Díaz O. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Objetivos: Presentar un caso clínico de una complicación poco frecuente del tratamiento de la obesidad mórbida y discutir el manejo terapéutico, así como el riesgo del uso de balones intragástricos en centros sin control sanitario.

Presentación del caso: Mujer de 62 años diabética tipo 2, asmática y obesa, que acude a urgencias por cuadro de distensión abdominal y vómitos de 2 meses de evolución coincidente con colocación de balón intragástrico (BIG) tipo Allurion en centro privado sin control endoscópico. En el TC se describe BIG en posición antral obstructiva con dilatación gástrica masiva. Se contacta con el servicio de Digestivo para la retirada del dispositivo, y se decide colocación de SNG para poder realizar el procedimiento endoscópico de manera segura. Dada la ineffectividad del vaciado, se acaba realizando la endoscopia con intubación. Durante la insuflación del neumoperitoneo se objetiva una importante distensión abdominal, livideces en hemiabdomen inferior y miembros inferiores y se realiza una laparotomía urgente por sospecha de estallido gástrico. Se objetiva un neumoperitoneo masivo, importante vertido gástrico, gran dilatación gástrica con paredes muy friables y una perforación de unos 10 cm en cara posterior gástrica a nivel de la curvatura menor. Debido a la descompresión abdominal la paciente inicia con inestabilidad hemodinámica y se realiza una resección gástrica casi total, extracción del BIG y colocación de VAC. Pasadas 48h se revisa en quirófano y se objetiva una fístula del muñón duodenal. Se realiza reconstrucción del tránsito en y de roux, tutorización del muñón duodenal y elaboración de yeyunostomía y cierre de pared con malla supraaponeurótica. Tras esta segunda cirugía se hizo seguimiento de la paciente y alcanzó un peso de 73kg con una posterior reganancia ponderal.

Discusión: El balón intragástrico es un método empleado como terapia de puente en pacientes super obesos, considerándose un procedimiento seguro. Como complicaciones más habituales encontramos náuseas, vómitos y molestias abdominales. La obstrucción intestinal y el estallido gástrico, se consideran una rara entidad a tener en cuenta. El manejo adecuado de la obstrucción por balón incluiría la retirada de manera endoscópica y en su defecto la retirada de manera laparoscópica o abierta. Existen diversos tipos de BIG, en este caso se trataba del Allurion, que consiste en una cápsula que se ingiere y que contiene el balón unido a un tubo fino que se rellena de líquido. Después de 16 semanas se vacía y se elimina por sí solo. Desde agosto de 2024 la "Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé" de Francia ha suspendido la distribución y uso de estos balones Allurion debido al aumento del número de efectos adversos en los dos últimos años. Además de las complicaciones mencionadas, es importante señalar que los BIG se están utilizando sin control sanitario y a menudo se presentan como "soluciones milagrosas", y esto ocurre sin una adecuada concienciación y sin una evaluación integral del paciente.

Conclusiones: El balón intragástrico es una técnica segura y eficaz para la reducción de peso, pero no es una solución definitiva para la obesidad. Aunque el estallido gástrico es una complicación muy rara, su uso puede conllevar serias complicaciones que requieren un manejo adecuado. La suspensión del balón Allurion en Francia destaca la necesidad de un seguimiento riguroso y formación en el tratamiento de complicaciones. Además, es preocupante que estos tratamientos se presenten como "soluciones milagrosas" sin una valoración exhaustiva del paciente. Por lo tanto, es crucial conocer el manejo adecuado de las complicaciones y desarrollar estrategias efectivas y definitivas para tratar la obesidad a largo plazo.