



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

EXPERIENCIA INICIAL CON LA ENTEROSTOMÍA TRANSCECAL PERCUTÁNEA TEMPORAL COMO ALTERNATIVA A LOS ESTOMAS DE PROTECCIÓN TRAS CIRUGÍA DE RECTO

Juan Manuel Romero Marcos; Sandra González Abós; Jaime Sampson Dávila; Carlota Cuenca Gómez;
Juan Altet Torné; Salvador Llopis Mestre; Julia Landaluze Carrilero; Salvadora Delgado Rivilla. (*)

(*) Hospital Universitari Mútua Terrassa.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Más de la mitad de las resecciones anteriores bajas de recto (RAB) se acompañan de un estoma de protección. Aunque su impacto sobre la incidencia de fugas anastomóticas no está claro, existe evidencia sólida que respalda su utilidad para reducir la repercusión clínica de una posible dehiscencia. No obstante, los estomas de protección presentan inconvenientes significativos, como morbilidad específica, afectación de la calidad de vida, aumento de los costes sanitarios y la necesidad de una intervención adicional para su cierre. La incidencia de fugas anastomóticas tras RAB, en las series más desfavorables, no supera el 25%, lo que indica que muchos estomas de protección podrían ser innecesarios. Desde las sociedades científicas se han propuesto políticas restrictivas para la realización de estomas para intentar proteger a los pacientes de sus efectos negativos, intentando identificar a los pacientes de alto riesgo que realmente se beneficiarían de un estoma, pero su éxito ha sido bastante discreto. La enterostomía transcecal percutánea temporal (ETPT) es una alternativa para la derivación fecal transitoria que podría reducir el número de estomas realizados, seleccionando los pacientes que realmente los necesitan. Este trabajo presenta nuestra experiencia inicial con la ETPT como estrategia para reducir el número de estomas de protección innecesarios en pacientes con anastomosis rectales bajas.

Material y métodos: Se describe el dispositivo de enterostomía (ALPItube™), la técnica quirúrgica para su colocación, el manejo postoperatorio y los resultados obtenidos en todos los pacientes consecutivos sometidos a RAB con ETPT en lugar de una ileostomía de protección durante el periodo de estudio.

Resultados: Entre mayo y diciembre de 2024, a 6 pacientes se les asoció una ETPT tras RAB en lugar de la ileostomía de protección inicialmente planificada. La indicación de la ileostomía había sido por radioterapia pélvica en 4 pacientes, y por edad avanzada y comorbilidades en 2. Todas las enterostomías excluyeron de manera efectiva el tránsito intestinal. Un paciente presentó celulitis en el sitio de la ETPT, manejada con antibióticos, y dos desarrollaron síntomas oclusivos relacionados con disfunción del dispositivo. Los enema-TC realizados entre los días seis y siete tras las RAB demostraron fuga anastomótica en sólo un caso, y ese paciente fue reintervenido para realizar una ileostomía lateral. A los otros cinco pacientes se les retiró la enterostomía sin complicaciones, evitando tanto el estoma como la necesidad de una cirugía adicional para su cierre.

Conclusiones: Nuestra experiencia preliminar sugiere que la ETPT es una alternativa segura y efectiva para reducir el número de estomas de protección tras RAB. Este enfoque podría mejorar la calidad de vida de los pacientes y optimizar los recursos sanitarios, aunque se requieren estudios adicionales en cohortes más amplias para confirmar estos hallazgos y evaluar su aplicabilidad generalizada.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO TRAS LA APLICACIÓN DEL WATCH & WAIT

Clara López De Lerma Martínez De Carneros; Ana Sánchez Romero; Luis Sánchez-Guillén;
Francisco López-Rodríguez Arias; María José Alcaide Quirós; Mónica Serrano Navidad;
Saray Quinto Llopis; Antonio Arroyo Sebastián. (*)

(*) Hospital General Universitario Elche.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La cirugía en el cáncer de recto incluye la resección radical con excisión mesorrectal ha sido el pilar del tratamiento hasta ahora ofreciendo altas tasas de supervivencia. Sin embargo, la estrategia de "watch and wait" ha se ha ido postulando como una alternativa viable para pacientes que alcanzan una respuesta clínica completa (RCC) tras la quimiorradioterapia (QT-RT) neoadyuvante. Estudios recientes han demostrado que esta estrategia puede ofrecer resultados oncológicos comparables a la cirugía, con la ventaja de evitar las complicaciones postquirúrgicas. La Sociedad Nacional de Cáncer Comprensivo (NCCN) y la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto (ASCRS) han reconocido esta modalidad en sus guías clínicas, subrayando la importancia de una selección cuidadosa de pacientes y un seguimiento estricto. Realizamos este estudio con el objetivo de analizar los pacientes incluidos en el protocolo de Watch and Wait de nuestro centro, dentro del proyecto nacional "Registro Watch and Wait de la Asociación Española de Coloproctología, AECP".

Materiales y métodos: Estudio observacional longitudinal ambispectivo. Se ha realizado la recogida de datos desde Julio de 2017 hasta diciembre de 2024. Se incluyeron a aquellos pacientes con cáncer de recto mayores de 18 años que habían alcanzado RCC tras la neoadyuvancia. Se recogieron los datos demográficos, las características tumorales al diagnóstico y el seguimiento. Se realizó seguimiento estrecho de los pacientes con mediciones del CEA, Rectosigmoidoscopia, tacto rectal y RM cada 3 meses durante los primeros 2 años, espaciando dichas pruebas posteriormente cada 6 meses; y TC cada 6 meses el primer año y posteriormente anual. Se realizó análisis estadístico mediante SPSS Statistics 29.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes desde junio de 2017 hasta diciembre de 2024. Presentaban una edad media de 6.6 y eran hombres 18 pacientes (90%) y mujeres 2 pacientes (10%). El Índice de Charlson presentaba una media de 4.4, y, presentaron anatomía patológica de adenocarcinoma todos los pacientes (100%). Se administró QT-RT neoadyuvante a todos, dando RT de ciclo corto a 11 pacientes (55%) y RT ciclo largo a 9 (45%). Como quimioterápicos se administró principalmente Capecitabina con Oxiplatino. Durante el seguimiento presentaron recaída de la enfermedad 6 pacientes (30%), 5 de ellos en la primera revisión a los 3 meses y 1 paciente en la revisión a los 6 meses. Todos ellos presentaron recaída local y se realizó cirugía de rescate. Presentan RCC 14 (70%) pacientes en el momento actual.

Conclusión: La estrategia "Watch and Wait" en el cáncer de recto ofrece una alternativa prometedora para pacientes seleccionados, permitiendo evitar tratamientos invasivos sin comprometer la supervivencia. En nuestro centro un 70% de los pacientes presenta respuesta clínica completa actualmente. Precisan un seguimiento exhaustivo según protocolos establecidos.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES PORTADORES DE ILEOSTOMÍA EN ASA TRAS CIRUGÍA DE CÁNCER DE RECTO

Raquel Santofimia Chordá; Fernando Alfonso García; Alejandra De Andrés Gómez; Ana Artero Fullana;
Enrique Canelles Corell; Antonio Salvador Martínez; Francisco Villalba Ferrer;
Enrique Artigues Sánchez De Rojas. (*)

(*) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Las ileostomías en asa se confeccionan hasta en un 10-30% de los pacientes intervenidos por cáncer de recto. Esto se debe a que la fuga anastomótica es una de las complicaciones postoperatorias más relevantes, con una incidencia del 10-15%. Sin embargo, las tasas de morbilidad asociadas a ileostomías rondan el 30-65%. Las complicaciones precoces más importantes son debidas a ileostomías de alto débito precursoras de deshidratación, alteraciones electrolíticas y fracaso renal, con una incidencia estimada del 1-17%. Estas complicaciones causan el 4-43% de reingresos hospitalarios en pacientes portadores de ileostomía.

Material y métodos: En mayo 2023 elaboramos un protocolo para la atención de los pacientes intervenidos de neoplasia de recto medio-bajo a los que se les confecciona ileostomía en asa. En el momento de la intervención se cursa interconsulta tanto a la enfermera estomaterapeuta como al servicio de endocrinología y nutrición. Se lleva a cabo un control estricto del débito de la ileostomía y de la diuresis en sala de hospitalización. Se instaura fluidoterapia intravenosa (iv), 1500ml/24h de glucosalino con 20mEq de K+. Seguimos el protocolo de rehabilitación multimodal basado en los protocolos ERAS y la vía RICA, por lo que iniciamos tolerancia el mismo día de la intervención. En el primer día postoperatorio, si el paciente tolera líquidos, retiramos la fluidoterapia intravenosa y los pacientes son valorados por endocrinología. A todos los pacientes se les pauta 1 litro de suero oral. Si la ileostomía es de alto débito (>1000ml/día) se inicia tratamiento con loperamida 2mg, 1 comprimido (comp) cada 8h, pudiéndose aumentar la dosis hasta 8 comp/día según el débito de ileostomía y la consistencia. Si a pesar de este tratamiento, persisten con débito alto en el 2º y/o 3º día postoperatorio se añade codeisan y si presentan una diuresis inferior a 800ml, se añade octeótrido. Durante el ingreso se progresa la dieta hasta instaurar una dieta de protección intestinal. Al alta, se entregan recomendaciones dietéticas con dietas progresivas, se mantiene el suero oral y la medicación pauta en los casos que haya sido necesaria. Se cita al paciente en consultas externas de cirugía, enfermera estomaterapeuta y endocrinología previa extracción de analítica de control con perfil nutricional y hepato-renal.

Resultados: Desde el inicio del protocolo se han intervenido 23 pacientes a los que se les realizó resección anterior de recto e ileostomía en asa de protección. Se ha cumplido el protocolo en el 82,6% de los pacientes. En los pacientes en los que se ha cumplido el protocolo, solo se produjo un reingreso por íleo paralítico, manejado de manera conservadora. Ningún paciente reingresó por deshidratación o complicaciones derivadas de la ileostomía. Todos los pacientes incluidos en el protocolo han realizado su seguimiento tanto por estomaterapeuta como endocrinología.

Conclusión: El control estricto del débito de la ileostomía en asa unido a unas correctas recomendaciones dietéticas y el empleo de medicación desde el momento de su confección se asocia con una menor tasa de complicaciones y reingresos durante el tiempo que el paciente lleva la ileostomía.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO DE RECTO MEDIO-INFERIOR: LAPAROSCÓPICO, TRANSANAL O ROBÓTICO. RESULTADOS DE UN CENTRO TERCIARIO

Ekta Choolani Bhojwani (1); Javier Sánchez González (1); Sandra Veleda Belanche (1);
Jose Luis Maestro De Castro (1); Fernando Labarga Rodríguez (1); Alvaro Centeno Velasco (2);
David Pacheco Sánchez (1); Vicente Simó Fernández (1).

(1) Hospital Universitario Río Hortega; (2) Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El abordaje del recto medio y distal sigue siendo una cirugía técnicamente demandante y con retos aun por resolver. El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva (CMI) y todas sus variedades como la transanal y la robótica han supuesto una nueva revolución en el campo de la cirugía del cáncer de recto. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es comparar nuestros resultados a corto plazo de los distintos tipos de abordajes mínimamente invasivos para el cáncer de recto medio y distal que realizamos en nuestra unidad: resección anterior baja laparoscópica (L-RAB), escisión total del mesorrecto transanal laparoscópica (L-TaTME), resección anterior baja robótica (R-RAB) y la ETM transanal robótica (R-TaTME).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de base de datos prospectiva consecutiva (ACCESS) de adenocarcinoma de recto medio-inferior, recogidos desde octubre de 2018 a septiembre de 2024, todos ellos tratados mediante CMI según cuatro técnicas: L-RAB, L-TaTME, R-RAB y R-TaTME. Se analizan variables preoperatorias como: edad, sexo, IMC, riesgo anestésico (ASA), resultados postoperatorios como morbilidad (Clavien-Dindo), infección de sitio quirúrgico superficial y profunda, dehiscencia anastomótica y las características anatomopatológicas de la pieza quirúrgica (longitud de la pieza, margen circunferencial, margen distal y la calidad del mesorrecto). Para la comparación de variables cuantitativas entre los cuatro grupos, se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) en caso de datos con distribución normal, o la prueba de Kruskal-Wallis para datos con distribución no normal. Para las variables cualitativas, se aplicaron pruebas de chi-cuadrado o exacta de Fisher, según fuera necesario. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. Todos los análisis se realizaron utilizando el software estadístico SPSS versión 26.

Resultados: Se analiza un total de 141 pacientes, 35 (24,80%) L-RAB, 50 (35,5%) L-TaTME, 29 (20,60%) R-RAB y 27 (19,10%) R-TaTME. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad ni riesgo anestésico (ASA), sin embargo, en el grupo L-TaTME el IMC y el sexo masculino resultaron diferentes de forma significativa con respecto al resto de los grupos ($p < 0,002$ y $p < 0,001$ respectivamente).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tiempo quirúrgico L-RAB 280 min, L-TaTME 302 min, R-RAB 346 min y R-TaTME 330 min ($p < 0,000$). Margen distal 1,93cm; 1,4cm; 2,66cm; 1,1cm para L-RAB, L-TaTME, R-RAB y R-TaTME respectivamente ($p < 0,001$). Margen circunferencial 4,06cm; 6,31cm; 10,12cm; 6,67cm para L-RAB, L-TaTME, R-RAB y R-TaTME respectivamente ($p < 0,007$). No se evidenciaron otras diferencias significativas en cuanto a parámetros perioperatorios (complicaciones postoperatorias, infección de sitio quirúrgico, dehiscencia anastomótica o estancia postquirúrgica).

Conclusiones: Las cuatro vías de abordaje son comparables en cuanto a resultados perioperatorios. El abordaje robótico alarga los tiempos quirúrgicos y obtiene mayor margen distal y circunferencial. Creemos que la elección de la técnica ideal para el abordaje del recto medio-inferior debe adaptarse a las características del paciente y de la experiencia del equipo quirúrgico.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

RESULTADOS FUNCIONALES PRELIMINARES TRAS EL CIERRE DE ESTOMA DE PROTECCIÓN EN CÁNCER DE RECTO. ¿INFLUYE EL TIEMPO CON EL ESTOMA?

Paula Montalbán Ayala; Lara Blanco Terés; Marta Carreras I Hoyos; Paloma Arellano Plaza; Sara Muñoz Sanz; Marta Del Carmen Álvarez Hernández; Javier García Septiem; María Elena Martín Pérez. (*)

(*) Hospital Universitario La Princesa.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: En la cirugía del cáncer de recto es común la formación de un estoma de protección (EP) para reducir las consecuencias de una dehiscencia anastomótica. Sin embargo, no se conoce con exactitud el impacto del tiempo con EP en la función defecatoria y la aparición del síndrome de resección anterior baja (LARS) tras el cierre del mismo. El objetivo del estudio es describir la evolución de la función defecatoria de los pacientes sometidos a cierre de EP tras escisión mesorrectal (EMR) por cáncer de recto, y analizar cómo influye el tiempo con el EP en la misma.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo en el que se incluyeron pacientes sometidos a cierre de EP tras EMR por cáncer de recto entre Enero/2020 y Diciembre/2023. Se excluyeron aquellos pacientes que no cumplimentaron por lo menos 3 periodos de las encuestas realizadas. La función defecatoria se evaluó de forma preoperatoria mediante la escala de Wexner y a los 3, 6 y 12 meses tras la cirugía del cierre de EP mediante las escalas de Wexner y de LARS. Se establecieron 3 grupos según el momento en el que se realizó el cierre del EP: ≤ 30 días (Grupo 1), 31-89 días (Grupo 2) y ≥ 90 días (Grupo 3).

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes, de los cuales 5 fueron excluidos: 2 por barrera idiomática y 3 por éxitus tras el cierre de EP. Finalmente se analizaron 55 pacientes: 36 en el Grupo 1, 11 en el Grupo 2 y 8 en el Grupo 3. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en los resultados obtenidos tanto en la escala de Wexner ($p < 0,001$) como en la escala de LARS ($p < 0,001$). Al año del cierre de EP, 44 pacientes cumplimentaron ambas escalas (80%), presentando LARS menor 12 pacientes (27,3%) y LARS mayor 9 pacientes (20,5%). Entre los 3 grupos estudiados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones Wexner obtenidas al año del cierre de EP ($p = 0,045$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación obtenida en el resto de etapas entre ambos cuestionarios; sin embargo, se observó una tendencia a un deterioro de la función defecatoria a los 3, 6 y 12 meses en los Grupos 2 y 3. Al año, este detrimento se enfatiza en el Grupo 3, mientras que el Grupo 1 y 2 alcanzan puntuaciones muy similares.

Conclusión: La función defecatoria mejora de forma estadísticamente significativa al año del cierre de EP; sin embargo, sigue siendo llamativo el porcentaje de LARS mayor en esta etapa. El tiempo con estoma parece influir en la función defecatoria a lo largo de las diferentes etapas, en especial los pacientes del Grupo 3 (≥ 90 días con EP), quienes presentan peores puntuaciones de forma global y en concreto al año del cierre.



Comunicaciones Orales

TAMIS FOR RECTAL LESIONS: EVALUATION OF FEASIBILITY, SAFETY, AND EFFICACY

Tatiana Neves; Rui Rainho; Manuel Teixeira; Filipa Meruje; Rodrigo Fortes;
Teresa Figueiredo; Horácio Perez; Aida Paulino. (*)

(*) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.

RESUMEN:

Introduction: Local excision of rectal lesions is an important aspect of rectal-preserving treatment. TAMIS (Transanal Minimally Invasive Surgery) offers a minimally invasive alternative for local excision in selected cases of malignant lesions or other lesions that are not suitable for endoscopic resection. The aim of this study was to assess the outcomes after implementing TAMIS as a routine procedure, focusing on its feasibility, efficiency, and safety.

Materials and Methodology: This is a retrospective study that includes patients who underwent TAMIS for malignant and benign lesions between 2020 and 2024. Sociodemographic data, details related to the surgical intervention, anatomic pathology of the lesions, and postoperative morbidity were collected and analyzed using SPSS version 29.

Results: A total of 20 patients were included in the study: 11 (55%) males and 9 (45%) females, with a mean age of 73 years. Hypertension was the most frequent comorbidity (n=13; 65%), and the majority of patients had an ASA score of III. All procedures were performed under general anesthesia in lithotomy position by a colorectal surgeon. Full-thickness resection was performed in 18 (90%) patients, and the defect was sutured in 19 (95%) cases. TAMIS was performed on lesions with a mean size of 3.5 cm, located at an average distance of 6.9 cm from the anal verge. Four (20%) of the lesions were adenocarcinomas, and 16 (80%) were benign. The mean operating time was 70 minutes, with one procedure resulting in a perforation that required conversion to laparoscopy. All patients were admitted as inpatients, and the average length of stay was 5 days. Two (10%) patients experienced postoperative morbidity. The resection margin was free in all cases, with no cases of specimen fragmentation. Four patients were understaged preoperatively, two of whom had adenocarcinomas. Three patients required adjuvant therapy and/or surgery following the TAMIS procedure.

Conclusions: Our data demonstrate favorable excision quality, with all resections being R0 and no documented specimen fragmentation. The complication rate was low, both intraoperatively and postoperatively, aligning with values reported in the literature (8.3-11%). As previously noted in the literature, preoperatively identified benign polyps can harbor foci of adenocarcinoma, as occurred in two of our cases (10%). The average operating time of 70 minutes is consistent with other studies (60-69.5 minutes). Most rectal defects were closed, and although there is currently no consensus on whether rectal defects should be closed, there is evidence reporting a lower rate of postoperative bleeding when defects are closed.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

ESTUDIO PILOTO SOBRE LA UTILIDAD DE LA RECTOSCOPIA INTRAOPERATORIA Y POSTOPERATORIA PARA LA VALORACIÓN DE ANASTOMOSIS COLORRECTALES

María Hidalgo Pinilla; Josune Etxabe Gurrutxaga; Patricia Lopez Gomez; Fernando Jimenez Escovar;
Marta Calvo Fernandez; Vicente Portugal Porras; Francisco Javier Ibañez Aguirre. (*)

(*) Hospital Universitario Galdakao.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La fuga anastomótica (FA) es una de las principales complicaciones en la cirugía colorrectal, con una tasa entre 5-10%, lo que resalta la importancia de herramientas que permitan una valoración de las anastomosis. En este sentido, la rectoscopia rígida intraoperatoria ha demostrado ser una técnica válida para evaluar la integridad de las anastomosis colorrectales. Sin embargo, su uso sistemático en el postoperatorio precoz como predictor de fuga es discutido. Nuestro estudio, aún en fase experimental, nace con el propósito de familiarizarnos con su uso y de establecer si existen características específicas de las anastomosis observables mediante esta técnica, que puedan predecir el riesgo de FA.

Material y métodos: Desde febrero de 2024 estamos implementado la realización de rectoscopia intraoperatoria en pacientes con anastomosis colorrectales, en cirugía programada y urgente. Hemos analizado los pacientes intervenidos entre el 15/02/2024 -31/12/2024, y se han realizado un total de 79 anastomosis colorrectales (n=79). De las cuales 68 (86%) han sido evaluadas con rectoscopia intraoperatoria y 11 (14%) no (cirujano dependiente, no disponibilidad de material...). Se valoran y registran diferentes parámetros de la anastomosis tratando de identificar posibles predictores de FA (presencia de fibrina, coagulo o sangre fresca, grapas visibles o defectos anastomóticos). Además, hemos realizado rectoscopia postoperatoria, entre el 3º y 4º día, a un subgrupo de 17 pacientes. En este subgrupo se han documentado los mismos aspectos de las anastomosis que intraoperatoriamente, añadiendo la presencia de áreas de isquemia. Asimismo, se recogen otras variables como antecedentes personales del paciente relacionados con riesgo de FA, tipo de cirugía e indicación, altura de la anastomosis, tiempo hasta inicio tránsito intestinal, valores de PCR postoperatoria, FA y otras complicaciones postoperatorias. En este sentido presentamos un estudio experimental, prospectivo, en el que aún no hemos realizado un análisis estadístico dado el tamaño reducido de la muestra.

Resultados: De los 68 pacientes en los que se realizó rectoscopia intraoperatoria, en 2 (2,9%) se modificó la actitud intraoperatoria: en uno se realizó una ileostomía de protección y en otro se revaluó la anastomosis con un rectoscopio flexible. La tasa de FA dentro del grupo rectoscopia intraoperatoria fue del 7,35%. Una de las 5 FA se correlacionó con alteraciones en la rectoscopia intraoperatoria y en 1 de los 17 pacientes que se realizó rectoscopia postoperatoria se detectó FA precoz. También hemos observado que es necesaria una preparación previa a su realización postoperatoria, así como que no se ha reportado ninguna complicación en relación a su uso.

Conclusión: La rectoscopia rígida es una técnica sencilla, barata, rápida, segura y fácilmente reproducible, que aporta información adicional sobre la calidad de la anastomosis. Con este estudio, nos hemos familiarizado con su uso y aprendido a ser más específicos en la descripción de los hallazgos, a la vez que hemos creado un banco de imágenes. Pese a que aún no tenemos resultados consistentes debido al pequeño tamaño muestral, la sencillez y seguridad de la técnica nos respaldan para continuar empleándola y desarrollar un protocolo sobre su uso.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

EXÉRESIS SELECTIVA MEDIANTE CIRUGIA TRANSANAL MÍNIMAMENTE INVASIVA (TAMIS) DE LOS TUMORES RETRORRECTALES: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Teresa Vergara Morante; Jorge Ramos Sanfiel; Javier Gómez Sánchez; Carlos Garde Lecumberri;
Benito Mirón Pozo. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Los tumores retrorrectales consisten en una agrupación de tumores de diferentes estirpes y grado de malignización que tienen su origen en el espacio retrorrectal, siendo una entidad infrecuente que se da aproximadamente en 1/40.000 pacientes. La mayoría de estas lesiones presentan una quimio/radiosensibilidad baja, por lo que la cirugía se presenta como el tratamiento fundamental de los mismos. Clásicamente, su abordaje se ha realizado por vía transacra/posterior de Kraske en aquellos con una localización más caudal (inferior a la altura de S3) y mediante abordaje anterior aquellos más craneales. Tanto la evolución de estos tumores como la magnitud del acto quirúrgico pueden provocar secuelas motoras, incontinencia urinaria e incluso fecal. El abordaje selectivo mediante cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) de estos tumores permite disminuir la morbilidad post-operatoria aportando resultados similares y una optimización de los recursos empleados en el manejo de los mismos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de tumor retrorrectal intervenidos en nuestro centro entre 01/01/2018 y 29/02/2024. Los objetivos del estudio consisten en: a) Descripción epidemiológica del abordaje, la estancia media, EVA postoperatorio, complicaciones según Clavien-Dindo, y recurrencia en el seguimiento; realizando estadística descriptiva; b) Análisis de las complicaciones y recurrencia en relación a los datos recogidos en la literatura en otras vías de abordaje.

Resultados: Entre el 01/01/2018 y el 29/02/2024 se intervinieron en nuestro centro 5 pacientes con diagnóstico preoperatorio de tumor retrorrectal. El diagnóstico se realizó mediante TC abdomino-pélvico y RMN pélvica, sin tomarse biopsia en ninguno de los casos. El 100% de los casos fueron mujeres, con una edad media de 60 años (DS=12,7). El tamaño medio de los tumores fue de 59mm (DS=17,4). En el 80% de los casos (n=4) se realizó abordaje mediante TAMIS con escisión completa de las lesiones, con EVA postoperatorio entre 0-2 y una estancia media de 1,25 días (DS=0,43). En el caso restante se realizó laparotomía, con EVA postoperatorio de 6 y una estancia media de 4 días. No hubo complicaciones postoperatorias Clavien-Dindo ≥ 2 derivadas de la técnica, aunque una paciente precisó curas ambulatorias al alta. Ninguna paciente presentó recidiva de la lesión durante el seguimiento, déficit neurológico, incontinencia urinaria ni incontinencia defecatoria.

Conclusiones: El abordaje TAMIS mejora el dolor postoperatorio, la estancia hospitalaria y la recuperación funcional. La incorporación laboral y social es más precoz. El tamaño y la localización de las lesiones no representan una contraindicación absoluta para realizar esta técnica. En nuestra experiencia, el abordaje TAMIS es una opción segura, con buenos resultados, que debe considerar como primera opción a tenor de los mejores resultados funcionales y de recuperación más precoz.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

CIRUGÍA TAMIS EN CASOS SELECCIONADOS DE TUMORES RECTALES T2N0. EXPERIENCIA Y RESULTADOS

Teresa Vergara Morante; Ana Díaz Granados; Juan Alfredo Ubiña Martiñez; Benito Mirón Pozo. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La resección anterior de recto (RAR) con escisión total del mesorrecto (TEM) es el gold standard para el tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma rectal sin afectación esfinteriana, con unas tasas de síndrome de resección anterior (SRA) entre el 31-40% y una morbilidad entre el 34-62%. En tumores de baja agresividad al diagnóstico (T1N0M0), las guías indican como alternativa a la TEM la exéresis mediante cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) con seguimiento y/o adyuvancia; sin embargo, en aquellos tumores T2N0M0 la indicación es RAR / AAP con TEM de inicio. En un porcentaje no desdeñable de casos, el estudio anatomopatológico final indica una estadificación preoperatoria incorrecta (T1 diagnosticados como T2, y T2 diagnosticados como T1). Esto convierte a este tipo de tumores en un subgrupo particular que requiere un abordaje específico y probablemente avanzar en el consenso de su tratamiento. No en vano existen varios ensayos clínicos, como el TAU-TEM, para validar la posibilidad de comenzar con tratamiento neoadyuvante en los tumores T2 y T3 superficiales.

Material y métodos: Serie de casos obtenida mediante estudio observacional retrospectivo en nuestro centro entre 01/01/2018 y 31/12/2024 de los pacientes que por diversas consideraciones clínicas se decidió en Comité Oncológico realizar TAMIS tras diagnóstico de adenocarcinoma T2N0M0 sin afectación esfinteriana como indicación excepcional.

Resultados: Se intervinieron 6 pacientes con una media de edad de 76,16 años (DS:11,90). En todos los casos el diagnóstico preoperatorio (T2N0M0) fue mediante biopsia y estudio de extensión completo. La estancia hospitalaria media de los pacientes fue de 3,66 días (DS:1,49). Ninguno de los pacientes presentó complicaciones post-operatorias según Clavien-Dindo superiores a 1. En los pacientes con diagnóstico T1 (33,33%) no fue necesario realizar RAR ni administrar tratamiento adyuvante. En uno de los pacientes con diagnóstico T3 (16,67%), se realizó RAR laparoscópica, siendo éxito por ACV con una supervivencia libre de enfermedad (SLE) de 26 meses. En una paciente (16,67%) con afectación T2N1 tras exéresis de una adenopatía en contacto con la zona del tumor se realizó neoadyuvancia y posterior RAR laparoscópica con resultado final yT0yN0. SLE de 57 meses a fecha de fin de estudio. En dos de los pacientes (33,33%) con AP: T2 y T3 se decidió seguimiento en Comité Multidisciplinar por las características individuales y patología concomitante. Supervivencia de 24 y 32 meses a fecha de fin de estudio. Ninguno de los pacientes presentó síntomas compatibles con SRA.

Conclusiones: En algunas ocasiones, la supraestadificación de la RMN dando como T2 lesiones que en realidad son T1 podría justificar el plantear la biopsia de pared completa como paso intermedio. A la espera de los resultados de diversos ensayos clínicos, en determinados pacientes con elevado riesgo quirúrgico el uso del abordaje TAMIS podría considerarse como posibilidad, con disminución la tasa de síndrome de resección anterior de recto y morbilidad manteniendo unas aceptables SLE y ST. Son necesarios más estudios y esperar a los datos de los distintos ensayos clínicos para obtener conclusiones más fiables y extrapolables.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

DISPLASIA ANAL DE ALTO GRADO. DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Laura Tortolero Giamate (1); Patricia Luengo Pierrard (2); Eloy Tarín Vicente (2); Belén Lampaya Nasarre (2);
Marta Agenjo González (2); Emilio Abecia Martínez (2); Javier Álvarez Álvarez (2);
Pablo Anchústegui Melgarejo (2).

(1) Hospital Sanita La Zarzuela; (2) Hospital Sanitas La Zarzuela.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El cáncer de ano guarda relación en hasta un 93% de los casos con la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Es precedido por lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL), que son detectables mediante biopsia dirigida por Anoscopia de alta resolución (AAR).

Materiales y métodos: Se llevó a cabo AAR en 126 pacientes que cumplían indicación por protocolo, dentro de un programa de prevención de cáncer de ano. Se detectaron lesiones displásicas en 20 pacientes, siendo 8 de estos casos HSIL. Describimos sus datos clínicos y epidemiológicos, imágenes obtenidas mediante la AAR, y tratamientos realizados.

Resultados: Se describen 8 pacientes inmunocompetentes con HSIL anal diagnosticado anatomo-patologicamente tras biopsia. Dos pacientes eran hombres y seis mujeres. Los hombres, de 29 y 30 años, cumplían criterios de inclusión en el programa por practicar sexo anal receptivo, refiriendo cinco parejas sexuales distintas al mes, no habían recibido vacunación para el VPH. La media de edad de las seis mujeres fue de 48 años. Todas referían una única pareja sexual. De ellas, cinco habían precisado cohabitación, y a una de ellas no se le había administrado vacunación posterior contra el VPH; y la otra, había presentado detección persistente de VPH 16, refería práctica de sexo anal y tampoco estaba vacunada. La indicación de AAR fue por citología alterada y detección de VPH anal en tres mujeres (ASCUS/16, ASCUS/16, ASC-H/16), y detección de VPH anal con citología normal en las tres mujeres restantes (dos de ellas VPH 16 y la otra VPH de alto riesgo) y los dos hombres por VPH 16 y VPH 18. Se muestran las imágenes de AAR de los 8 pacientes, que presentaban patrones sugestivos de displasia. Se realizó toma de biopsias en un solo cuadrante en un paciente y en cuatro cuadrantes en los otros siete. Se diagnosticó de HSIL localizado en un solo cuadrante en cinco pacientes, que recibieron tratamiento mediante resección con márgenes libres y posterior inmunoterapia local con imiquimod 5% durante tres meses. Los tres pacientes restantes presentaron HSIL extenso y recibieron tratamiento con inmunoterapia local con imiquimod 5% durante tres meses. Tras la inmunoterapia se llevó a cabo, en todos los casos, control mediante nueva AAR con biopsias. En caso de HSIL extenso si en este control se constataba la disminución de extensión a un solo cuadrante, se manejaba mediante resección e inmunoterapia local posterior; en caso de persistencia se planteó tratamiento con cidofovir 1% en crema durante dos meses. Se completó el esquema de vacunación en los pacientes no vacunados. Se reforzaron las medidas preventivas en todos los pacientes.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento precoz del HSIL en canal anal reduce el riesgo de progresión a carcinoma escamoso de canal anal. Se requiere de una curva de aprendizaje para realizar adecuadamente la AAR. El reconocimiento durante la AAR de los patrones epiteliales y vasculares atípicos tras aplicación de ácido acético y lugol, puede guiarnos en la toma de biopsias para el diagnóstico más preciso y manejo subsiguiente de las lesiones.



Comunicaciones Orales

HIGH GRADE SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION: WHAT NOW?

Filipa Melo; Maria Inês Reis; Inês Borges Da Costa; João Fernandes; Pedro Laranjo; Leonor Correia;
Inês Sargaço; Quirina Ferro. (*)

(*) Unidade Local de Saúde do Estuário do Tejo.

RESUMEN:

An 89-year-old male presented to the emergency department with complaints of sudden, copious rectal bleeding for the past 5 hours. The patient described the bleeding as bright red and occurring with no relation with bowel movement. He denied any abdominal pain, changes in bowel habits, or trauma. There was no history of weight loss, fever, or night sweats. The patient referred previous small episodes of rectal bleeding and a past medical history of hemorrhoids.

At physical examination hemorrhoids grade IV were observed and laboratory findings showed Hemoglobin 5.9 g/dL (previous baseline 12.0/dL).

The patient was proposed to an urgent Milligan-Morgan hemorrhoidectomy. The multiple bleeding hemorrhoidal tissue was identified, and en bloc excision was performed.

A pathological examination of tissue identified an high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL) in the anal region.

We overview these two distinct pathological conditions, each with unique implications for patient health.

We also pretend to alert the importance of following this high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL) of the anal region since they are a precursor to anal squamous cell carcinoma, a potentially life-threatening malignancy. While hemorrhoids are benign and not directly linked to cancer, HSIL carries a significant risk of progression to invasive cancer if left untreated.

In summary, while both hemorrhoids and HSIL can present with anal discomfort and bleeding, their clinical significance and

treatment strategies differ markedly, underscoring the need for accurate diagnosis and tailored management.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

CARCINOMA INVASIVO TRAS DISPLASIA DE ALTO GRADO O CARCINOMA IN SITU: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Marta Chaparro Mirete; Ana Díaz Granadados; Javier Gómez Sánchez; Carlos Garde Lecumberri;
Ana Romero Ortiz; Benito Mirón Pozo. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Las lesiones polipoideas de colon son hallazgos frecuentes durante la realización de una colonoscopia. Los adenomas suponen el 66% aproximadamente, siendo los pólipos neoplásicos más frecuentes. Aquellos que presentan hallazgos macroscópicos sospechosos de malignidad como ulceración, estenosis, gran tamaño o componente vellosos con imposibilidad de resección endoscópica y/o características anatomopatológicas precancerosas, como la displasia de alto grado o carcinoma in situ, son presentados en los Comités Multidisciplinares de Tumores. En la mayoría de los casos se indica la cirugía al presentar una incidencia de cáncer del 30% a los 5-10 años. Presentamos una serie de 48 pacientes intervenidos en nuestro centro de manera consecutiva entre 2020 y 2024. Objetivos: Primario: Establecer la incidencia de carcinoma invasivo tras la intervención quirúrgica en pacientes con lesiones premalignas (displasia de alto grado o carcinoma in situ). Secundario: analizar las características epidemiológicas y anatomopatológicas de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva formada por 48 pacientes intervenidos entre el año 2020-2024. Criterios de inclusión: endoscopia con hallazgos de malignidad irresecables o la presencia en la anatomía patológica (AP) de displasia de alto grado / carcinoma in situ, a los que se haya realizado una intervención quirúrgica por dicho motivo. Se excluyen las lesiones rectales.

Resultados: Son intervenidos 48 pacientes tras resultado de displasia de alto grado (36%), ca in situ (6.25%) o ambos (45.83%). Presentan 68.1 años de media, siendo 72.9% hombres. El 52% de las lesiones se encontraron en colon derecho. En 22 de estas lesiones (46%) no se observó ninguna característica macroscópica desfavorable, hubo 5 lesiones ulceradas (10.4%), 7 estenosantes (14.5), 3 sangrantes (6.25) y 8 mayores a 3cm o que ocupaban más del 50% de la circunferencia (17%). Al 88% se estudió con TC, describiendo sospecha de neoplasia y/o adenopatías en 3 casos. Sólo en el 25% la AP definitiva fue benigna: 11 adenomas tubulovelloso y 1 adenoma serrado sesil; si bien, en 3 de ellos se objetivó carcinoma in situ. En 1 caso no existía patología remanente. Se identificaron 35 adenocarcinomas (72.9%): en 16 casos se trataba de un T3, en 10 de un T2 y en 8 de un T1. En 5 se objetivaron N+. En cuanto a los factores de mal pronóstico, el 57,1% eran moderadamente y el 8,57% pobremente diferenciados; con un 11,4% de Budding intermedio o alto, 11,4% de invasión perineural, 14,28% de invasión linfática y 5,7% de invasión vascular. Se identificaron 4 casos de complicaciones postquirúrgicas mayores (Clavien-Dindo \geq III), precisando 2 reintervención. El seguimiento mediano fue de 21.3 meses. Se han identificado 3 recidivas, dos colónicas y una peritoneal.

Conclusiones: La literatura refleja el riesgo de aparición de carcinoma invasivo de colon tras el diagnóstico de displasia de alto grado o carcinoma in situ. En otros estudios retrospectivos se establece el riesgo entre 15-40%, en función de las características presentadas, pero en nuestra serie fue significativamente mayor. Estos datos justifican la realización de una cirugía reglada para intentar asegurar el control pronóstico de estos pacientes. Son necesarios más estudios para precisar el riesgo relativo real y las características condicionantes con mayor peso para dicha progresión.



Comunicaciones Orales

INDICACIONES PARA EL MANEJO LOCAL DEL CARCINOMA ANAL EXTENSO NO INVASIVO

Gonzalo Sanz Ortega (1); Inmaculada Domínguez Serrano (1); Jana Dziakova (1); Rodrigo Sanz López (1);
Elena Sierra Gonzalo (2); Rodrigo Calleja (1); José Mugüerza (1); Antonio José Torrea García (1).

(1) Hospital Clínico; (2) Hospital Infanta Cristina, Madrid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El carcinoma epidermoide de ano (CA) ha aumentado su incidencia en las últimas décadas. Su tratamiento se basa en la quimio-radioterapia, aunque en casos de lesiones < 2 cms se puede indicar la resección local. Presentamos los criterios utilizados para decidir si es posible evitar la terapia sistémica en casos seleccionados.

Material y métodos: en una serie prospectiva de más de 20 años hemos tratado más de 150 lesiones precursoras de CA (H-SIL) y 40 CA. En los últimos 18 meses hemos tenido 5 casos de CA de más de 2 cms en los que planteamos resección local. 4 mujeres con lesiones sospechosas de patología de HPV, la más joven de 39 años, fue intervenida en otro Centro de Hemorroidectomía, encontrándose en la AP de forma incidental un CA, con margen profundo con lesión de H-SIL. Acude remitida por Gine (conización previa) tras ser planteada para qu-rdT; lo mismo que otra paciente de 72 años con lesión perianal de 3,5 cm para braquiT x haber recibido rdT previa por un Ca de endometrio. Dos casos, un hombre y una mujer, en quirófano se halló infiltración a nivel del EAE y se remitieron a rdT. En todos los casos hicimos biopsia dirigida con Anuscopia de Alta Resolución tras sospecha clínica con ECO Anal en casos seleccionados.

Resultados: mediante biopsia escisional amplia hemos resuelto 3 casos, y en dos casos fueron remitidos a quimio-rdT por las características de la enfermedad. En todos los casos se optó por cierre por segunda intención sin haber problemas de cicatrización; aunque la mejor tratada con rdT mantuvo sus problemas de incontinencia previos. Los dos pacientes remitidos para rdT no demoraron el inicio del Tratamiento más allá de 5 semanas. En el seguimiento de las lesiones reseçadas no hemos encontrado recaídas.

Conclusiones: En casos muy seleccionados, podemos ampliar la indicación de resección local a lesiones más extensas de CA. La Anoscopia de Alta Resolución ayuda a obtener márgenes libres. Son necesarios más estudios prospectivos para validar esta indicación



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

PREVENCIÓN DE HERNIAS PARAESTOMALES CON MALLA PREFORMADA EN EMBUDO-3D. ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO Y ALEATORIZADO (PREVEMAC)

Laura Sobrerroca Porras; Jesús Badia Closa; Ana Centeno Álvarez; Jaume Comas Isús; Paula Sala Carazo; Andrea Sanz Llorente; Sergio Mompart García; Jordi Castellví Valls. (*)

(*) Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La hernia paraestomal (HP) es una complicación significativa que puede surgir tras la creación de un estoma. La incidencia varía entre el 30% y el 50%, dependiendo del tipo de estoma y el tiempo de seguimiento, siendo más común los dos primeros años tras la intervención. Las complicaciones de los estomas incluyen deshidratación, prolapsos, irritación cutánea y herniaciones, siendo la HP la más frecuente a largo plazo. Solo un tercio de los casos de HP se intervienen debido a la alta tasa de recidiva post-reparación. Aunque el uso de mallas ha mejorado los resultados, éstos siguen siendo subóptimos. La HP puede manifestarse con síntomas leves, como dermatitis, o complicaciones graves, como obstrucción intestinal. Dada su alta prevalencia y el impacto en la calidad de vida, se ha enfatizado en la prevención de la HP. Se han propuesto varias medidas preventivas, como la ubicación del estoma, el tamaño de la apertura y la técnica quirúrgica utilizada, aunque no hay evidencia concluyente que respalde su efectividad. La colocación de mallas profilácticas durante la creación del estoma se ha propuesto como una medida efectiva. Sin embargo, la efectividad a largo plazo de estas mallas ha sido cuestionada y se requiere más evidencia para evaluar su impacto real. **Objetivos:** El objetivo principal es evaluar la reducción de la incidencia de HP a los dos años, en pacientes a quien se les coloca una malla profiláctica intraperitoneal preformada en embudo-3D (DynaMesh®-IPST) durante la confección de una colostomía terminal. Los objetivos secundarios incluyen evaluar la reducción de HP a los cinco años, la morbi-mortalidad postoperatoria y los reingresos relacionados con complicaciones de la ostomía.

Métodos: Se está llevando a cabo un ensayo clínico multicéntrico, prospectivo, controlado y aleatorizado. Se incluirán pacientes mayores de 18 años que se sometan a una colostomía terminal definitiva. Los pacientes se dividirán en dos grupos: Grupo Control: colostomía sin malla; Grupo intervención: colostomía con malla profiláctica. Se ha realizado el cálculo de la muestra (58 pacientes) asumiendo un nivel de significación del 5% unilateral y una potencia estadística del 95% asumiendo una tasa de HP del 65% en el grupo control y un 15% de pérdidas por seguimiento. Se ha iniciado el reclutamiento en Julio de 2024. El seguimiento se realizará durante cinco años con evaluaciones semestrales clínicas y radiológicas para detectar HP. Los resultados se evaluarán a los dos y cinco años para establecer la incidencia a corto y largo plazo de HP.

Conclusiones: Este estudio busca ampliar las indicaciones para el uso de mallas profilácticas en la prevención de HP, con el potencial de mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los costes asociados a las complicaciones.



Comunicaciones Orales

¿ES EFICAZ LA UTILIZACIÓN DE MALLA BIOLÓGICA EN LA PREVENCIÓN DE LA HERNIA PERINEAL EN PACIENTES INTERVENIDOS POR NEOPLASIA DE RECTO BAJO LOCALMENTE AVANZADO?

Olatz Ocerin Alganza; Jorge Cervera Aldama; Maitane Albiz Segurola; Beatriz Villota Tamayo; Teresa Pascual Vicente; Ana Sanjurjo San Miguel; Isabel Lángara Céspedes; José María García González. (*)

(*) Unidad De Coloproctología, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo (Bizkaia).

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La resección abdominoperineal extraelevadora se emplea en el cáncer de recto localmente avanzado en tumores a menos de 5cm del margen anal externo. Se reseca el músculo elevador del ano dejando un defecto significativo en el suelo pélvico. El cierre primario de la herida perineal está asociado a múltiples complicaciones sobre todo en los pacientes tratados con radioterapia neoadyuvante. Una de las técnicas para restaurar el suelo pélvico además de los colgajos de reconstrucción es el uso de una malla biológica. El objetivo principal es evaluar el resultado del uso de una malla biológica en pacientes sometidos a una resección abdominoperineal extraelevadora laparoscópica, analizando las hernias perineales. Como objetivo secundario está el analizar las complicaciones de la herida quirúrgica como la infección, dehiscencia cutánea y sinus crónico.

Materialy métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo sobre una base prospectiva de pacientes sometidos a resección abdominoperineal extraelevadora laparoscópica y el tiempo perineal en decúbito prono con reconstrucción mediante malla biológica (Permacol™) en cáncer de recto distal en nuestro centro entre octubre de 2017 y diciembre de 2023. Se excluyeron los pacientes sometidos a cirugías más extensas como exenteraciones pélvicas.

Resultados: Durante el periodo transcurrido se han intervenido a 45 pacientes (19 mujeres y 26 hombres) con una edad media de 68 años (rango 43-87 años). Se han recogido los datos de dichos pacientes hasta diciembre 2024, con una media de seguimiento de 30 meses (rango 2 a 85 meses). Se trata de pacientes en su mayoría sin patologías previas, habiendo un 13% de diabéticos y un 8% tomadores crónicos de corticoides, así como un 40% de fumadores activos (18 pacientes). Un 57% han presentado sobrepeso (26 pacientes) y el portaje de obesidad tipo I ha sido del 15.5%. Un único paciente ha presentado un IMC superior a 35. La clínica predominante al diagnóstico ha sido la rectorragia (30 pacientes, 66%). La hernia perineal se ha diagnosticado clínicamente o por prueba de imagen en 2 pacientes (4,44%) y ha sido asintomática en ambos. La infección de la herida perineal ha sido de un 35.5% (16 pacientes). Los pacientes han presentado dehiscencia de la herida perineal en un 44% de los casos (20 pacientes), de los cuales un 50% son fumadores. Se ha logrado la cicatrización completa en menos de un mes en un 55% de los casos (11 pacientes), en 3 meses en el 15% (3 pacientes), en 6 meses en el 10% (2 pacientes) y en 2 años en el 15% (3 pacientes). Un caso ha presentado un sinus crónico. Todos los casos de han manejado de forma conservadora, siendo complicaciones tipo Clavien Dindo ≤ 2 .

Conclusiones: El uso de malla biológica es seguro y eficaz en la reconstrucción del suelo pélvico tras resección abdominoperineal extraelevadora en pacientes con factores de riesgo como la radioterapia neoadyuvante. Presenta una baja incidencia de hernia perineal y las complicaciones de la herida quirúrgica son menores y manejadas localmente.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

RESULTADOS DE LA IRRIGACIÓN TRANSANAL EN UNA UNIDAD DE SUELO PÉLVICO DE RECIENTE INSTAURACIÓN

Patricia Lenza Trigo; Inmaculada Monjero Ares; Marta Martínez Miguez; Ignacia Torres García; Paula Montoto Santomé; Lucía Dorado Castro; María López López; Olga Maseda Díaz. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Los pacientes con incontinencia fecal, estreñimiento crónico, síndrome de resección anterior baja y con patologías neurológicas constituyen un grupo heterogéneo con trastornos intestinales funcionales de naturaleza muy diversa, que son derivados a nuestra consulta tras agotar las opciones disponibles de tratamiento conservador. La disfunción intestinal afecta a los individuos de diferentes maneras, y el grado subjetivo de molestia e impacto en la calidad de vida es la clave en la toma de decisiones.

Objetivo: Analizar las indicaciones de la terapia, dificultades en la implantación y mejora en la calidad de vida en los pacientes tratados con irrigaciones transanales (ITA) con el sistema Peristeen (Coloplast) en la Unidad de Suelo Pélvico de Cirugía General del CHUL.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde junio del 2023, en el que se incluyeron pacientes a los que se les propuso y aceptaron ITA en nuestra unidad. Las indicaciones principales fueron el síndrome de resección anterior baja y el estreñimiento crónico. En todos los casos se indicó ITA tras fracaso de la terapia conservadora. Los pacientes son instruidos en una charla formativa por un representante de la casa comercial, y posteriormente cuentan con el soporte de nuestra estomaterapeuta y del personal médico.

Resultados: Se ha propuesto tratamiento a un total de 16 pacientes. De estos, 5 están pendientes de inicio de terapia. Hubo 4 casos de abandono y 7 continúan en la actualidad. Se realizó estudio del impacto en la calidad de vida con cuestionarios antes del inicio de la terapia y durante el seguimiento, con gran mejoría en la misma.

Conclusiones: La ITA es una importante herramienta en el manejo de la disfunción intestinal. La selección cuidadosa de los pacientes, el entrenamiento supervisado y el seguimiento sostenido son clave para optimizar los resultados. En nuestra serie se ha evidenciado una mejora franca en la calidad de vida de nuestros pacientes.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO RECTAL EN EL ADULTO EN NUESTRO CENTRO: MANEJO Y RESULTADOS

Teresa Pascual Vicente; Beatriz Villota Tamayo; Gerardo Moro Portela; Jaime Encinas Gutierrez; Olatz Ocerin Alganza; Ixabel Langara Céspedes; Alfonso Sanchez-Mayoral; José María García González. (*)

(*) Hospital Universitario Cruces.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El prolapso rectal se define como la protrusión de la pared rectal en el conducto anal. Se denomina interno cuando existe una invaginación endoluminal sin exteriorización y externo o completo cuando protruye a través del ano. La incidencia es del 0,5%, con un predominio en mujeres, con una proporción 10:1, y especialmente en mayores de 70 años. Los factores de riesgo son el estreñimiento crónico, la multiparidad, la edad y los antecedentes de cirugía o de traumatismos perineales ginecoobstétricos o proctológicos. La sintomatología predominante es la exteriorización del prolapso, también pueden asociar disquécia, estreñimiento, incontinencia fecal y sensación de evacuación incompleta. El diagnóstico es clínico y las pruebas de imagen dinámicas permiten visualizar prolapsos asociados. El único tratamiento eficaz del prolapso rectal completo es quirúrgico y existen distintas vías de abordaje. El objetivo de este estudio es analizar los resultados clínicos y quirúrgicos obtenidos en los pacientes intervenidos por prolapso rectal en nuestro centro.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo unicéntrico de todos los pacientes intervenidos por prolapso rectal en nuestro centro, entre el 2018 y 2024. Se estudiaron diferentes variables demográficas, perioperatorias, los resultados de la morbilidad postoperatoria y la tasa de recidiva.

Resultados: Durante este periodo de tiempo se llevaron a cabo 30 intervenciones por prolapso rectal. El 83% eran mujeres, con una mediana de edad de 66 años (r 25-97). La gran mayoría presentaba una buena situación funcional, siendo independientes para las actividades básicas de la vida diaria el 90% y la mayoría de pacientes presentaron un ASA II (57%). Para el estudio preoperatorio se realizó una defecografía por resonancia magnética en 21 pacientes (70%) y una colonoscopia en 18 pacientes (60%). Se observó un prolapso genital asociado en 17 casos (57%). Con relación a las técnicas quirúrgicas empleadas, se operaron por vía abdominal el 70% de los pacientes (21 casos) y el 30% por vía perineal. De las técnicas abdominales se realizó una rectopexia ventral con malla en el 63% de los casos (16 laparoscópicas, 1 robótica, 1 abierta). La tasa de conversión fue nula. En los casos intervenidos por vía perineal, en 7 pacientes (78%) se realizó un Altemeier y en 2 pacientes (22%) un Delorme. La mediana de edad en los pacientes intervenidos por vía perineal fue de 87 años (r 63-97) y el 56% presentó un ASA III-IV. No se observaron complicaciones mayores (Clavien-Dindo \geq IIIa) y la tasa de reintervención quirúrgica y de mortalidad fue nula. La mediana de estancia hospitalaria fue de 3 días (r 1-11). Se reportaron 5 pacientes con recidiva (16%).

Conclusiones: El tratamiento del prolapso rectal es quirúrgico y se trata de una cirugía segura con una baja tasa de complicaciones. La elección de la técnica y de la vía de abordaje se basa en las características del paciente. Se prefiere el abordaje abdominal por laparoscopia por la menor tasa de recidivas y se reserva la vía perineal para pacientes añosos que por comorbilidades estaría contraindicada la vía abdominal.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

EXPERIENCIA ROBÓTICA CON PLATAFORMA ABIERTA Y MODULAR HUGO-RAS EN CIRUGÍA COLORRECTAL

Saray Quinto Llopis; Ana María Sánchez Romero; Luis Sánchez Guillén; Francisco López Rodríguez-Arias; Mónica Serrano Navidad; María José Alcaide Quirós; José Joaquín Maciá Román; Antonio Arroyo Sebastián. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La cirugía robótica ha revolucionado la práctica quirúrgica moderna, consolidándose como una herramienta clave en procedimientos mínimamente invasivos. En este contexto, el sistema Hugo™ RAS (Robot-Assisted Surgery), representa una innovación significativa dentro del panorama robótico actual ya que, al constar de cuatro brazos robóticos modulares, permite configuraciones adaptadas a las características anatómicas de cada paciente y las necesidades específicas del procedimiento quirúrgico. Asimismo, su consola abierta mejora la comunicación entre el cirujano y el equipo quirúrgico, facilitando una interacción más dinámica en el entorno del quirófano, una característica particularmente relevante durante la curva de aprendizaje. El objetivo principal de este estudio fue evaluar la seguridad, facilidad de uso y eficiencia operativa de la plataforma robótica Hugo™ RAS en procedimientos quirúrgicos colorrectales.

Material y métodos: Entre octubre de 2023 y octubre de 2024, se realizaron un total de 55 procedimientos de cirugía colorrectal robótica, con distintos diagnósticos. Los procedimientos colorrectales fueron llevados a cabo utilizando el sistema Hugo™ RAS, siendo este el primer contacto de nuestro centro con tecnología robótica. El equipo quirúrgico estuvo conformado por dos cirujanos y un grupo de enfermería previamente capacitados en el manejo del sistema. Para cada paciente, se documentaron características clínicas y demográficas, complicaciones postoperatorias, y detalles sobre las configuraciones y tiempos quirúrgicos. Además, se realizó un seguimiento de los pacientes un mes después de la intervención.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes consecutivos (19 neoplasias derechas, 19 izquierdas y 9 de recto; 7 diverticulitis izquierdas y 1 enfermedad de Crohn ileocecal), con una mediana de edad y ASA de 67 años y II, respectivamente. El tiempo medio de montaje-acoplamiento de los brazos robóticos y de duración de consola fue de 9 minutos y 35 segundos y de 107 minutos, respectivamente. Se registraron cuatro complicaciones postoperatorias médicas y cuatro quirúrgicas. No tuvimos conversiones ni a cirugía abierta ni laparoscópica. La estancia hospitalaria media fue de 4,2 días, sin mortalidad ni reingresos.

Conclusiones: El sistema Hugo™ RAS es seguro y factible para procedimientos colorrectales. La modularidad de los brazos proporciona versatilidad de configuraciones ajustadas en función de las características corporales del paciente y las preferencias del cirujano y una mayor adaptabilidad a los quirófanos. La consola abierta, además de ser cómoda y ergonómica para el cirujano, permite la comunicación con el resto de los integrantes del equipo quirúrgico.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

RESTAURACIÓN DE TRÁNSITO COLORRECTAL POR PUERTO ÚNICO: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

Marta Chaparro Mirete; Javier Gómez Sánchez; Ángela Ximena Argote Camacho; Alfredo Ubiña Martínez;
María Sol Zurita Saavedra; Benito Mirón Pozo. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La restauración del tránsito tras una colostomía es considerada una cirugía con una tasa de morbilidad considerable. La implementación de la cirugía laparoscópica por puerto único aporta una reducción de la morbi-mortalidad y de la estancia hospitalaria en las series estudiadas, así como un beneficio en el postoperatorio del paciente. El objetivo del estudio es analizar los resultados y describir esta técnica mínimamente invasiva tras tres años de experiencia en nuestro centro.

Material y métodos: Se trata de una revisión retrospectiva de todos los pacientes intervenidos por reconstrucción del tránsito colorrectal por puerto único desde octubre de 2021 hasta diciembre de 2024. Se estudió la tasa de complicación a los 30 días mediante Clavien-Dindo (C-D), la estancia hospitalaria y la conversión a laparotomía. La técnica consistió en la colocación del dispositivo de puerto único en el orificio de colostomía previo y posteriormente en la realización de la anastomosis intracorpórea.

Resultados: Se registraron 50 pacientes con colostomía, por motivos oncológicos o secundarias a diverticulitis aguda, de los cuales 36 (72%) se abordaron por puerto único, 4/36 precisaron conversión por sdme adherencial masivo. No existió mortalidad postoperatoria. Respecto a morbilidad 25/36 pacientes (69.5%) no presentaron complicaciones y 6 pacientes (16.6%) desarrollaron complicaciones menores (C-D I-IIIa). La presencia de una complicación mayor (C-D >IIIB) ocurrió en 3/36 pacientes (8.3%), precisando reintervención quirúrgica por perforación de intestino delgado secundaria a adhesiolisis masiva (2/3) y dehiscencia de sutura (1/3). La mediana de estancia hospitalaria fue de 6 días (4-15). La mediana de demora hasta la reconstrucción de tránsito fue de 27 meses.

Conclusiones: Este estudio confirma la seguridad, viabilidad y ventajas de la reconstrucción de tránsito por puerto único comparada con el abordaje laparotómico convencional. En centros con experiencia previa en cirugía laparoscópica, esta técnica debería considerarse como una alternativa reproducible y válida de reconstrucción de tránsito en pacientes con colostomía.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL ADENOCARCINOMA DE COLON DERECHO: ¿ES EL ABORDAJE ROBÓTICO COMPARABLE AL LAPAROSCÓPICO?

José Luis Maestro De Castro; Sandra Veleza Belanche; Andrea Carlota Lizarralde Capelastegui;
Martín Bailón Cuadrado; Javier Sánchez González; Ekta Choolani Bhojwani; David Pacheco Sánchez;
Vicente Simó Fernández. (*)

(*) Hospital Universitario Río Hortega.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: En el ámbito de la cirugía mínimamente invasiva del colon derecho, cada vez esta más presente la cirugía robótica. El objetivo de este análisis comparativo es evaluar los resultados del abordaje laparoscópico y robótico en cirugía programada de adenocarcinoma de colon derecho, así como la seguridad y eficacia del abordaje robótico frente al laparoscópico.

Material y métodos: Análisis retrospectivo y comparativo de los datos obtenidos de una base de datos prospectiva donde están recogidas las resecciones quirúrgicas colorrectales programadas llevadas a cabo en un único centro desde el inicio del programa robótico en 2019 hasta 2024.

Resultados: Dentro de los procedimientos quirúrgicos analizados (n=153), los grupos robótico y laparoscópico fueron homogéneos, siendo comparables en cuanto a las variables analizadas como sexo y edad ($p=0,845$ y $p=0,367$), IMC ($p=0,07$), ASA ($p=0,076$) y estadio ($p=0,814$). En cuanto a los resultados quirúrgicos, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la tasa de conversión (Laparoscopia: 9,3% vs Robot: 1,8%) ($p=0,071$), ni en la morbilidad quirúrgica grave (Clavien Dindo >II) (Laparoscopia: 4,1% vs Robot: 5,4%) ($p=0,129$). Tampoco se objetivaron diferencias en el número de ganglios reseados (Laparoscopia: 19,82 vs Robot: 20,32) ($p=0,721$) ni en los días de estancia hospitalaria postoperatoria (Laparoscopia: 6,36 vs Robot: 4,93) ($p=0,199$). Por otro lado, se observó diferencia significativa en el tiempo medio quirúrgico (Laparoscopia: 222,58 minutos vs Robot: 264,55 minutos) ($p<0,001$).

Conclusiones: Dentro del tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo no urgente del adenocarcinoma de colon derecho, el abordaje robótico ha mostrado ser seguro y efectivo, presentando resultados comparables al abordaje laparoscópico en cuanto a calidad oncológica y morbimortalidad, observando un mayor tiempo quirúrgico en el grupo robótico, coincidiendo con otras series publicadas. Por otra parte, aunque no existen diferencias significativas, el abordaje robótico parece aportar mejores resultados en la duración de las estancias hospitalarias y complicaciones postquirúrgicas, lo que puede optimizar los costes de la asistencia sanitaria, presentando evoluciones postoperatorias más favorables sin que la calidad oncológica del tratamiento se vea afectada.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

COMBINED-ENDOSCOPIC-LAPAROSCOPIC-SURGERY (CELS), EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Clàudia Codina Espitia; Anna Palliser Lloveras; Anna Serracant Barrera; Albert García Nalda;
Mariana Caraballo Angeli; Víctor Admella Clanchet; Francesc Vallribera Valls; Laura Mora López. (*)

(*) Hospital Parc Taulí.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Combined-Endoscopic-Laparoscopic-Surgery (CELS) engloba un conjunto de técnicas que combinan cirugía laparoscópica y endoscopia para la resección de pólipos colónicos benignos complejos que no pueden ser resecados por endoscopia convencional, evitando así resecciones segmentarias. El objetivo de este estudio consiste en evaluar los resultados en cuanto a estancia hospitalaria, morbilidad y hallazgos anatomopatológicos de pacientes intervenidos de CELS en nuestro centro desde su implantación.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio observacional con recogida de datos prospectiva de pacientes diagnosticados de pólipos no resecables endoscópicamente sometidos a CELS entre 2018 y 2023. Se han revisado sus hallazgos patológicos, estancia hospitalaria y complicaciones postoperatorias.

Resultados y conclusiones: Treinta y siete pacientes fueron sometidos a CELS. La media de edad de los pacientes fue de 70 años (DE 7), con un 67.6% de hombres. El tamaño medio de la lesión fue 4cm (DE 1.5), la localización más común fue el ciego (73%), seguida del colon derecho (10.8%), ángulo hepático (10.8%), ángulo esplénico (2.7%) y colon izquierdo (2.7%). La técnica más utilizada fue la resección en cuña laparoscópica asistida por endoscopia (22 pacientes, 59.5%), seguida por la polipectomía asistida por laparoscopia (4 pacientes, 10.8%). En 11 pacientes (29.7%) no se pudo realizar la técnica CELS, requiriendo una resección segmentaria, la mayoría en el inicio de la curva de aprendizaje. De los 26 pacientes en los que se pudo realizar la técnica CELS tuvieron una mediana de tiempo quirúrgico de 84 minutos (rango 50 -118) y una estancia hospitalaria de 2 días (rango 1-3). La morbilidad global fue de un 11.5% (3/26 pacientes), dos pacientes presentaron sangrado en forma de rectorragia y un paciente presentó fallo cardíaco leve, todos ellos con Clavien Dindo II. Ningún paciente presentó complicaciones con Clavien Dindo > II ni infección de órgano espacio. Al examinar los hallazgos histopatológicos de los 37 pacientes con indicación de CELS evidenciamos 29 adenomas (78.4%), 17/29 con displasia de alto grado, 10/29 de bajo grado y 2/29 pólipos serrados. Un 10.8% (4) fueron pólipos hiperplásicos. Se diagnosticaron 4 adenocarcinomas (10.8%), completándose posteriormente la cirugía oncológica. Todos los márgenes fueron negativos. No se ha evidenciado recurrencia durante el seguimiento a 30 meses (12-60 meses). CELS es una técnica segura y alternativa a la resección colónica segmentaria para pólipos complejos benignos. Se utiliza con más frecuencia en pólipos de ciego y colon derecho, pero es una opción eficaz para otras partes del colon. Requiere de la colaboración de un equipo multidisciplinar experto formado por cirujanos y gastroenterólogos para asegurar su éxito.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

ABLACIÓN ECOGUIADA SIMULTÁNEA DE METÁSTASIS HEPÁTICAS SINCRÓNICAS Y RESECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL. SERIE DE CASOS UNICÉNTRICA

Beatriz Villota Tamayo; Teresa Pascual Vicente; José María García González; Mikel Gastaca Mateo; Gerardo Moro Portela; Jaime Encinas Gutiérrez; Ignacio Martín Gomez; Arkaitz Perfecto Valero. (*)

(*) Hospital Universitario de Cruces.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Aproximadamente el 25% del cáncer colorrectal (CCR) presenta metástasis hepáticas (MH) al diagnóstico. La resección de ambos focos asociado a quimioterapia constituye la mejor opción terapéutica. Sin embargo, la resección simultánea quirúrgica no siempre es posible, bien por extensión de la enfermedad o por la morbilidad que supondría para algunos pacientes. En casos seleccionados, como alternativa curativa, es posible realizar la ablación ecoguiada simultánea (AES) de MH durante la intervención del CCR. El objetivo es analizar los resultados en nuestro centro en términos de complicaciones, supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad.

Metodología: Análisis retrospectivo de pacientes con CCR y MH al diagnóstico en los que se realizó resección del tumor primario con AES de MH. La recogida de datos comprende de marzo de 2015 a diciembre de 2024, con seguimiento hasta el 31 de diciembre de 2024. Se excluyen aquellos en los que se realizó simultáneamente resección quirúrgica por extensión de enfermedad hepática, así como persistencia de enfermedad macroscópica del tumor primario (R2). En todos los casos la AES se practicó intraoperatoriamente por parte de un radiólogo/a intervencionista.

Resultados: Se realizaron 11 casos de resección de CCR con AES, lo cual supone menos del 1% del total de intervenciones electivas anuales por CCR en nuestro centro. La mediana de edad fue 76 años (r 42-85) y 8 eran mujeres. El 72% se clasificaron como riesgo anestésico ASA ≥ 3 , con un Índice de Charlson medio de 11,2 puntos (DE 2,2). La mediana de CEA preoperatorio fue de 2,4 ng/ml (r 0,5-81,8). Dos pacientes (18%) recibieron neoadyuvancia. La localización de CCR fue: 2 (18%) ciego y colon ascendente, 1 (9%) colon transverso, 2 (18%) colon descendente y 6 (54%) en sigma-recto alto. En total se trataron 18 MH. 6 (54%) pacientes se trataron mediante radiofrecuencia, mientras que en 5 (45%) se empleó microondas (por MH con diámetro >25 mm y/o proximidad a estructuras vasculo-biliares). El 45% de los pacientes presentaban MH múltiples, con un máximo de 3. La mediana de tamaño de las lesiones fue 12,5mm (r 3-33). La resección del CCR fue laparoscópica en el 54% de los pacientes. El tiempo promedio total fue de 270 minutos (DE 73), mientras que la AES suele conllevar 20-60 minutos. La mediana de estancia hospitalaria fue de 5 días (r 4-11). Ningún paciente precisó reingreso ni presentó complicaciones Clavien-Dindo \geq III a 90 días. Tres (27,3%) recibieron quimioterapia adyuvante. Tras una mediana de seguimiento de 43 meses (r 2-117) la supervivencia global y libre de enfermedad a 1 y 3 años fue del 88,8 y el 55,5%, y del 66,6 y el 44,4%, respectivamente. Cuatro pacientes (54%) han desarrollado recidiva hepática de la enfermedad. Únicamente un caso (9%) la recurrencia fue en el lugar de la ablación. Así mismo, se han producido 4 éxitos (36%).

Conclusión: Pese a la escasez de evidencia, la AES podría considerarse una alternativa curativa en casos bien seleccionados de alto riesgo quirúrgico o anestésico, por edad avanzada, comorbilidades o necesidad de preservación de parénquima hepático.



Comunicaciones Orales

SÍNDROME DE MERRF: UNA ENFERMEDAD RARA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL

Paula Lillo Martínez; Javier Pérez Calvo; Ramiro Amurrio Fernandez; Rocío Serrano Miralles;
Paula Torrebella Bonnin; Victor Lombardo I Lliro; Mari Pau Carbonell Aliaga; Eduard Gifre Casadevall. (*)

(*) Hospital de Manacor.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El síndrome de Merff (mioclonía epilepsia con fibras rojas rasgadas) es una enfermedad rara neuromuscular, con una prevalencia que oscila entre 1/256.000-67.000 en la población adulta europea. Se englobada dentro de las enfermedades mitocondriales, originada por mutaciones del ADN mitocondrial. El 80% se asocia a la mutación m.8344A>G en el gen MTTK. Su inicio, típicamente durante la edad adulta temprana, con epilepsia mioclónica asociando sordera neurosensorial, neuropatía periférica, dismotilidad intestinal, atrofia óptica ataxia, debilidad muscular o deterioro cognitivo. Sus manifestaciones clínicas son por tanto variables, con curso progresivo y pronóstico general desfavorable. El tratamiento es únicamente sintomático y requiere una alta sospecha clínica para el correcto manejo y prevención de complicaciones.

Exposición del caso: Paciente varón de 20 años, diagnosticado de Síndrome de Merrf, en seguimiento en consultas por colon adinámico que condicionaba episodios de suboclusión intestinal secundaria a vólvulo de sigma. Acude a urgencias por dolor abdominal, vómitos y fiebre. Se realizó colonoscopia urgente sospechándose durante el procedimiento perforación intestinal e indicándose intervención quirúrgica urgente. Dados los antecedentes, que además presentaba incontinencia fecal, se decidió realizar una colectomía subtotal con ileostomía terminal. Durante el postoperatorio precisó de ingreso en UCI por insuficiencia respiratoria grave, con buena evolución posterior. Continuo seguimiento en la actualidad, sin complicaciones abdominales posteriores desde entonces.

Discusión: Las enfermedades mitocondriales son una etiología rara de dismotilidad intestinal que puede condicionar cuadros de pseudo-obstrucción intestinal de repetición, y es necesario conocerlas para realizar un correcto diagnóstico diferencial. En ocasiones, la expresión clínica de estos pacientes esta alterada por el deterioro cognitivo, por lo que debe considerarse en su manejo para evitar complicaciones. Al tratarse de una patología progresiva, debemos tener presente que es frecuente que acaben resultando refractarios al manejo conservador y precisando intervención quirúrgica que deberá individualizarse según la afectación global de cada paciente.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

APENDICITIS AGUDA COMPLICADA COMO DEBUT DE TUBERCULOSIS ABDOMINAL

Paula Lillo Martínez; Javier Pérez Calvo; Ramiro Amurrio Fernandez; Rocío Serrano Miralles;
Paula Torrebella Bonnin; Mari Pau Carbonell Aliaga; Víctor Lombardo I Lliro; Eduard Gifre Casadevall. (*)

(*) Hospital de Manacor.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La tuberculosis abdominal está causada por la infección de *Mycobacterium tuberculosis*. Puede afectar a nivel linfático, peritoneal, gastrointestinal y/o visceral, por lo que su expresión clínica es inespecífica. La baja incidencia en nuestro medio no nos evita encontrarla en nuestra práctica clínica, lo que conlleva una alta tasa de error diagnóstico, que asociado a una alta morbilidad sin un tratamiento adecuado hace que sea importante sospecharla clínicamente para dirigir correctamente las pruebas complementarias e iniciar el tratamiento precozmente. La cirugía presenta un papel fundamental en su diagnóstico, así como en la resolución de complicaciones agudas.

Exposición del caso: Mujer marroquí de 36 años, sin antecedentes de interés, que presentaba dolor hipogástrico y astenia de una semana de evolución, con signos de irritación peritoneal generalizada a la exploración. TAC abdominal con abscesificación del apéndice cecal, líquido libre y realce del peritoneo sospechoso de peritonitis. Con sospecha diagnóstica de apendicitis aguda complicada se realizó una laparoscopia exploradora hallándose diseminación miliar en todos los cuadrantes. Ante la alta sospecha de TBC intestinal vs carcinomatosis peritoneal se decide toma de biopsias y actitud conservadora. AP: inflamación granulomatosa necrotizante compatible con tuberculosis. Cultivos microbiológicos negativos. El resultado definitivo con PCR positiva no se obtuvo hasta dos meses después de la primera intervención. Recibió tratamiento antituberculoso durante 6 meses, con mejoría clínica. Actualmente libre de enfermedad.

Discusión: La tuberculosis intestinal es una entidad poco frecuente que debemos tener presente en el diagnóstico diferencial, ya que la sospecha clínica precoz condicionará el abordaje diagnóstico, manejo terapéutico y su pronóstico. La actitud quirúrgica, aunque debe ser conservadora, presenta un papel clave en el diagnóstico definitivo a través de laparoscopia exploradora y la toma de biopsias.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DEL FRACASO DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA. ESTUDIO AUDRIP.

Alba Correa Bonito (1); Carlos Cerdán Santacruz (1); Leticia Pérez Santiago (2); Marina Alarcón Iranzo (3);
Fernando Acebes García (4); Manuel Mariano Díez Alonso (5); María Carmona Agúndez (6);
Javier García Septiem (1).

(1) Hospital Universitario de La Princesa; (2) Hospital Clínico Universitario de Valencia; (3) Hospital de Sagunto; (4) Hospital Universitario Río Hortega; (5) Hospital Universitario Príncipe de Asturias; (6) Hospital Universitario de Badajoz.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La diverticulitis aguda no complicada supone una de las principales patologías potencialmente quirúrgicas que, con una adecuada selección de los pacientes, puede ser tratada de forma ambulatoria con seguridad. El objetivo principal de este estudio es identificar los posibles factores de riesgo del fracaso del tratamiento ambulatorio de esta patología.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional prospectivo multicéntrico a nivel nacional de pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada, tratados de forma ambulatoria entre noviembre de 2023 y noviembre de 2024, con un seguimiento mínimo de un mes.

Resultados: 28 hospitales han incluido 811 pacientes tratados de forma ambulatoria, de los cuales, se completó el seguimiento a los 30 días en el 83,7% (n=679). El 57,7% de los pacientes eran mujeres, con una edad media global de $61,3 \pm 13,5$ años. En el 25% de los casos, el tratamiento se realizó sin antibioterapia, con una tasa global de fracaso del tratamiento ambulatorio del 6,6%. Esta tasa es mayor en el grupo tratado con antibioterapia (8,7%), frente a la de los tratados sin antibioterapia (2,8%) ($p=0,014$). Asimismo, el porcentaje de pacientes en los que fracasa el tratamiento ambulatorio es superior en aquéllos con antecedentes de cardiopatía isquémica (15,2% vs. 5,9%; $p=0,015$), IRC (19,1% vs. 6,2%; $p=0,043$) y otras situaciones de inmunodepresión (25% vs. 6,1%; $p=0,007$). En el análisis multivariante se han identificado como factores de riesgo la presencia de otras inmunosupresiones [(OR 4,33; IC 95% (1,47-12,83)] y la cardiopatía isquémica [(OR 2,55; IC 95% (1,04-6,24)] y como factor protector el tratamiento sin antibioterapia [(OR 0,33; IC 95% (0,13-0,86)]. No se han identificado factores analíticos de riesgo de fracaso del tratamiento ambulatorio. Durante el seguimiento, únicamente una paciente ha precisado drenaje percutáneo y posteriormente una intervención quirúrgica programada.

Conclusiones: El tratamiento ambulatorio de los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada es seguro, con bajas tasas de necesidad de ingreso hospitalario. Los principales factores de riesgo para el fracaso de este tratamiento son los estados de inmunodepresión y la cardiopatía isquémica. Por otro lado, el tratamiento sin antibioterapia parece disminuir el riesgo de necesidad de ingreso hospitalario, aunque esta conclusión hay que evaluarla con precaución, ya que puede existir cierto sesgo de selección en estos resultados.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADO AL FRACASO DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO SIN ANTIBIOTERAPIA. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO PROSPECTIVO NACIONAL MULTICÉNTRICO AUDRIP

Alba Correa Bonito (1); Carlos Cerdán Santacruz (1); Elena Aranda Escanio (2); Dixie Huntley Pascual (3); Elena Sagarra Cebolla (4); Lidia Cristóbal Poch (5); Sonsoles Garrosa Muñoz (6); Javier García Septiem (1).

(1) Hospital Universitario de La Princesa; (2) Hospital Universitario Galdakao-Usansolo; (3) Hospital Clínico Universitario de Valencia; (4) Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla; (5) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; (6) Hospital Nuestra Señora de Sonsoles.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada ha evolucionado considerablemente en los últimos años, pasando del ingreso hospitalario con tratamiento antibiótico intravenoso de forma sistemática al tratamiento ambulatorio sin antibioterapia. Este cambio en las pautas de tratamiento no ha supuesto un aumento de la necesidad de intervenciones quirúrgicas urgentes ni mayor riesgo de complicaciones para los pacientes. Parte de la seguridad de este tratamiento se basa en una adecuada selección de los pacientes tratados y por ello, resulta indispensable conocer cuáles son los factores de riesgo para el fracaso de este tratamiento.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional prospectivo multicéntrico a nivel nacional de pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada, tratados de forma ambulatoria sin antibioterapia, entre noviembre de 2023 y noviembre de 2024, con un seguimiento mínimo de un mes.

Resultados: 10 hospitales han incluido 202 pacientes tratados de forma ambulatoria sin antibioterapia, con un 51,9% de mujeres y una edad media de 58,3±11,2 años. La tasa global de necesidad de ingreso hospitalario fue del 2,8%. Se han identificado como factores de riesgo de necesidad de ingreso la cifra media de leucocitos (13,34±2,34 miles/mm³ vs. 10,63±2,99 miles/mm³; p=0,04) y la mediana de neutrófilos [10,9 miles/mm³ (8,4-12,1) vs. 7,6 miles/mm³ (5,5-9,1); p=0,02]. Por otro lado, los pacientes con náuseas al diagnóstico (8,8% vs. 1,4%; p = 0,04) y síndrome miccional (15,4% vs. 1,7%; p = 0,04) también han tenido un porcentaje mayor de ingresos hospitalarios. Al realizar el análisis multivariante, se ha identificado que la presencia de náuseas [OR 10,87, IC 95% (1,28-91,9); p = 0,029], vómitos [OR 54,59, IC 95% (1,39-2135,65); p = 0,03] y síndrome miccional [OR 26,71, IC 95% (1,65-432,8); p = 0,02] suponen factores de riesgo para el fracaso del tratamiento ambulatorio. Por otro lado, en el 5,9% de los casos, fue preciso iniciar tratamiento antibiótico de forma ambulatoria o intrahospitalaria. La comparación entre los valores medios de leucocitos (12,61±3,3 miles/mm³ vs. 10,57±3,08 miles/mm³; p=0,03), y la mediana de frecuencia cardíaca (94,5 lpm (85,25-96,75) vs. 83 (74-93) ; p = 0,03), neutrófilos totales (8,86 miles/mm³ (7,25-12,22) vs. 7,47 miles/mm³ (5,37-9,12) ; p= 0,03) y NLR (5,51 (3,91-7,68) vs. 3,66 (2,48-5,34); p=0,02), ha resultado estadísticamente significativa, identificando estas variables como posibles factores de riesgo para el inicio del tratamiento antibiótico. Por otro lado, la presencia de náuseas al diagnóstico también parece suponer un mayor riesgo de inicio de antibioterapia (15,8% vs. 3,7%; p=0,004). Cabe destacar que en este grupo de pacientes no ha sido necesaria la realización de ninguna intervención quirúrgica o drenaje percutáneo urgente.

Conclusiones: El tratamiento de la diverticulitis aguda no complicada sin antibioterapia, en régimen ambulatorio, es seguro, presentando bajas tasas de necesidad de ingreso. La mayoría de pacientes, a pesar de que en algunos casos sea preciso el inicio del tratamiento antibiótico, pueden finalizar éste en régimen ambulatorio. La presentación clínica es uno de los factores de riesgo para la necesidad de ingreso hospitalario, así como la presencia de cifras elevadas de leucocitosis y neutrófilos en el caso de la necesidad de inicio de tratamiento antibiótico.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

TRATAMIENTO LÁSER DEL SINUS PILONIDAL. A PEQUEÑOS MALES, PEQUEÑOS REMEDIOS

Elvis Vargas Castillo (1); Dimas Garcilazo Arismendi (1); Danilo Acevedo Parrales (1); María ángeles Boleko Ribas (1); Manuel Prados Guzmán (1); Mariangela Pérez Paz (2); Norman Cervantes Juárez (2); Luis Tresierra Carranza (3). (*)

(1) Hospital Universitario Dexeus. Barcelona.; (2) Hospital General de Villarobledo; (3) Hospital El Pilar. Barcelona.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La expresión "a grandes males, grandes enfermedades" surge del aforismo de Hipócrates "Ad extremis morbos, extremis remedia exquisite optima", es decir en casos extremos de enfermedad, los remedios extremos son los más efectivos. Pero, cuando no es una enfermedad extrema; los remedios extremos no siempre son necesarios ni los más efectivos. La Enfermedad de Sinus Pilonidal (ESP) es una patología benigna y común que afecta frecuentemente a la población adulta joven. Múltiples métodos de tratamiento quirúrgico han sido descritos, algunos con alta morbilidad asociada como grandes incisiones, dolor, gran convalecencia, reincorporación laboral prolongada y elevada recurrencia. La técnica láser de ablación del Sinus Pilonidal (SiLaC) para el tratamiento de la ESP, es una técnica mínimamente invasiva que se ha popularizado en la última década con resultados prometedores. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el tratamiento con láser en la ESP y demostrar su factibilidad y beneficios que validan que, a pequeños males, simples remedios.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, multicéntrico en pacientes con ESP primaria o recurrente, no aguda y operados con la técnica láser SiLaC, desde septiembre 2020 a octubre 2024. Los datos demográficos, quirúrgicos, los resultados y complicaciones se registraron prospectivamente y se compararon con resultados de técnicas convencionales descritas en la literatura. En los pacientes operados después de 18 meses se contactaron por teléfono o correo electrónico para evaluar la recurrencia a largo plazo.

Resultados: 97 pacientes operados. 20,6% (20) con cirugías previas. Edad promedio 28 años (16-58). 77,3 % (75) sexo masculino. Índice de masa corporal promedio 25,4 (19,49 -37,32). Orificios fistulosos promedio 2 (1-6). Tiempo operatorio 19 mins (15-32 mins). Tipo de anestesia 89,7% (87) con sedación más local y 10,3% (10) con raquídea. 100% de las cirugías ambulatorias. Tiempo de cicatrización 42 días (24-112 días). Promedio de reincorporación a actividades diarias como deportes o trabajo 12 días (9-32). 14,4% (14) complicaciones mínimas: (10) Infección del sitio quirúrgico, (3) seroma y (1) con edema osteomuscular que necesitó reingreso para manejo del dolor. Recurrencia en 9,2 % (9), de los cuales 4 han sido reintervenidos de nuevo con láser; obteniendo cicatrización en 3. Tasa de éxito global tras dos cirugías de 93,8%. Seguimiento promedio 26 meses (3-49). Todos los pacientes se hicieron depilación láser posterior a la curación completa. Múltiples orificios fistulosos, obesidad e infección post quirúrgica fueron factores predisponentes al fracaso. Tasa de satisfacción del 87%. Los resultados obtenidos fueron superiores al compararlos con los descritos en la literatura para técnicas convencionales como: Resección con o sin cierre primario, Karydakís o colgajo de Limberg.

Conclusiones: La técnica SiLaC para el tratamiento de la ESP es un procedimiento factible, rápido y seguro, con resultados comparables o superiores a otras técnicas descritas anteriormente, pero con menos morbilidad y adecuada tasa de satisfacción; sugiriendo que, en esta patología de pequeños males, el pequeño remedio del láser es una opción a considerar.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

LIGADURA ELÁSTICA DE HEMORROIDES: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Marta Chaparro Mirete; Ángela Ximena Argote Camacho; Paola De Castro Monedero;
María De Los Angeles García Martínez; Benito Mirón Pozo. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El banding o ligadura hemorroidal, o ligadura con banda elástica es una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de las hemorroides internas grado I, II y III sintomáticas. Desde su introducción en los años 60 se mostró como una técnica segura y eficaz, pero no fue hasta los 90 cuando se empezó a considerar como primera línea de tratamiento. En la última década, hemos asistido al desarrollo de los dispositivos de aplicación, así como a su implementación como protocolo ambulatorio, realizado en consulta y sin necesidad de anestesia: con el consiguiente beneficio para los pacientes y ahorro sanitario. Debido a estas características, así como la baja tasa de complicaciones y la posibilidad de repetir hasta en 2 ocasiones más el procedimiento en caso de fallo o recidiva, el banding hemorroidal es considerada actualmente alternativa válida a la hemorroidectomía quirúrgica. No obstante, aún existen dudas de su efectividad real y de la tasa de recurrencia a medio-largo plazo y de los límites de su indicación. Este estudio incluyó 110 pacientes sometidos a ligadura elástica de hemorroides durante dos años y analiza los resultados clínicos, tasa de éxito y complicaciones asociadas.

Material y métodos: Se analizaron datos de 110 pacientes sometidos a banding hemorroidal en un centro de segundo nivel desde enero de 2023 hasta noviembre de 2024. Los criterios de inclusión fueron el diagnóstico de hemorroides internas grados 1 a 3 cuyo principal síntoma era el sangrado, refractarias a tratamiento médico y medidas higiénico-dietéticas. Se excluyeron pacientes coagulopáticos, con enfermedad inflamatoria, inmunosuprimidos y con cardiopatía severa. Hubo seguimiento en consulta a los 2 y 6 meses del procedimiento.

Resultados: Se recogieron 110 pacientes con una media de 50.63 años. La edad mínima fue 17 años y la máxima 86. El 44.5% fueron hombres y 55.5% mujeres. Durante el procedimiento, al 11.8% se les aplicó una banda, el 69.1% dos bandas y un 19.1% requirió 3 bandas. Hubo 11 complicaciones menores (10%): 4 pacientes presentaron dolor moderado-intenso, 1 expulsión de banda en menos de 24 horas, un caso de mareo, 1 síncope vasovagal, dos casos de sangrado autolimitado y dos casos de trombosis hemorroidal. No se registraron complicaciones mayores. El 71,8% (79 pacientes) se curaron tras el primer banding. De los 31 pacientes (28,2%) refractarios al primer procedimiento, 13 (42%) optaron por un segundo banding, logrando curación en 9 casos adicionales (79,2%). Por lo tanto, la tasa de curación total en nuestra muestra fue del 80% (88 casos) de los cuales el 89% (79 pacientes) con un solo procedimiento. Se realizó hemorroidectomía en 20 pacientes refractarios a la ligadura, 18 de ellos tras un solo procedimiento. Hubo dos pacientes refractarios a banding que rechazaron la cirugía.

Conclusiones: La ligadura hemorroidal es una técnica altamente efectiva en la muestra estudiada, incluso tras un sólo procedimiento. El retratamiento fue efectivo en el 69.2% de los casos, pudiendo evitar así la cirugía en un porcentaje mayor de pacientes. Conseguir la curación de estos pacientes sin cirugía supone un ahorro considerable al sistema sanitario. En los casos refractarios, la hemorroidectomía quirúrgica sigue siendo el tratamiento definitivo de las hemorroides sintomáticas. Son necesarios estudios a largo plazo para identificar la tasa de recidiva tras ligadura y hemorroidectomía, especialmente en pacientes cuyos factores predisponentes, como el estreñimiento, no se han logrado controlar.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

EFICACIA DE LA INSTILACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL CRÓNICA REFRACTARIA: ESTUDIO AMBULATORIO CON ANÁLISIS POR SEXO

Marta Chaparro Mirete; Ángela Ximena Argote Camacho; María De Los Angeles García Martínez;
Paola De Castro Monedero; Benito Mirón Pozo. (*)

(*) Hospital Clínico Universitario San Cecilio.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La fisura anal es una de las patologías proctológicas más frecuentes. Entre el 50 y el 70% curan con medidas higiénico-dietéticas y tratamiento médico. Sin embargo, las fisuras refractarias representan un desafío y generan síntomas muy invalidantes. En 1993, el Dr. Oliveira describió la instilación de toxina botulínica como tratamiento, observando mejoría de síntomas al reducir el tono esfinteriano y favorecer la cicatrización. Desde entonces, múltiples estudios han confirmado su eficacia y seguridad, posicionándose como alternativa a la esfinterotomía en pacientes con riesgo de incontinencia, especialmente mujeres. No obstante, la heterogeneidad de pacientes, estudios y protocolos ha generado resultados dispares (tasas de curación del 50-80%) y dudas sobre su efectividad a largo plazo, dado que las tasas de recurrencia superan el 30%. Actualmente se realiza en consulta, sin anestesia ni ingreso hospitalario. Objetivos primarios: Evaluar efectividad de la instilación de toxina botulínica en pacientes con fisura anal crónica refractaria tras implementación de protocolo de tratamiento ambulatorio. Análisis de resultados por sexo. Objetivo secundario: Descripción de protocolo hospitalario para la instilación de toxina botulínica en consulta.

Material y métodos: Se incluyó a 126 pacientes con fisura anal refractaria a medidas higiénico-dietéticas, tratamiento médico pomada rectal, desde enero de 2022, a noviembre de 2024, en el Hospital Clínico San Cecilio de Granada. Se excluyeron pacientes con enfermedades neuromusculares, alérgicos a albúmina, enfermedad cardiovascular grave, coagulopatías y embarazadas. A su llegada, se aplicó pomada anestésica perianal. Tras 30 minutos se realizó el procedimiento instilando 50UI de toxina botulínica en el espacio interesfintérico derecho e izquierdo, a las 5 y 7h en posición de litotomía. Tras 30 minutos y sin indicios de complicaciones fueron alta. Consulta de revisión a los dos meses. Si persistencia de síntomas se ofreció segunda aplicación a los 6 meses. En casos refractarios se ofreció cirugía.

Resultados: La media de edad fue de 28.14 años con un 73.8% de mujeres (93). El 50.8% (64) presentaban estreñimiento. Un 88.1% (111) había hecho tratamiento con Nitroglicerina rectal en pomada, un 83.2% (104) con Diltiazem, fórmula magistral. Todos los pacientes recibieron una primera dosis de toxina botulínica en consulta. Un 26.2% (33) se sometieron al procedimiento por segunda vez, a los 6 meses, debido a persistencia de síntomas o recurrencia. Al final del seguimiento, 80 pacientes (63.5%) tuvieron una curación completa. El análisis por sexos arrojó una tasa significativamente mayor de curación en las mujeres que en los hombres (71% y 42.4% respectivamente), ($p=0.012$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables analizadas por sexos. Hubo 4 complicaciones, todas ellas leves (incontinencia anal transitoria) y que desaparecieron a los 6 meses. Se intervinieron 36 pacientes (28.6%) refractarios a la toxina, a los que se les realizó esfinterotomía lateral interna quirúrgica.

Conclusiones: La instilación de toxina botulínica es una opción eficaz y segura para el tratamiento de la fisura anal crónica refractaria. En nuestro estudio, el 63.5% de los pacientes lograron curación completa, con una tasa mayor en mujeres (71%, $p=0.012$), lo que la convierte en una técnica especialmente relevante para mujeres con riesgo o diagnóstico de incontinencia fecal y pacientes que prefieren evitar cirugía. Ante persistencia o recurrencia, el procedimiento puede repetirse. Las complicaciones fueron mínimas y autolimitadas, destacando su perfil de seguridad. La aplicación en consulta, mediante protocolo ambulatorio, mejora la experiencia del paciente al evitar hospitalización y cirugía, y supone un ahorro significativo de costos sanitarios. Un 28.6% no respondieron al tratamiento y requirieron intervención quirúrgica. Son necesarios estudios a largo plazo para evaluar la efectividad y recurrencia de ambas técnicas, con el objetivo de optimizar la toma de decisiones y personalizar el tratamiento.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

USO DE LA TERAPIA LASER PARA EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS PERIANALES ANTERIORES. NUESTRA EXPERIENCIA

Silvia Sánchez-Infante Carriches; Belén Manso Abajo; Beatriz Laiz Diez; María Teresa Perez Domene; Claudia Isabel Caraballo Angeli; Ana Torres Aleman; Dennis Cesar Levano Linares; Manuel Durán Poveda. (*)

(*) Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La utilización del láser en proctología ha aumentado en la última década ya que es una técnica conservadora de esfínteres dentro de las opciones terapéuticas de las fistulas perianales. La tasa de curación es aproximadamente del 60%, aunque en pacientes que no obtienen la curación completa también ha demostrado mejoría sintomática.

Materiales y métodos: Estudio observacional de carácter retrospectivo de los pacientes intervenidos de forma programada de fístula anal mediante láser FiLaC® entre enero de 2022 y enero de 2024. Se han incluido aquellos pacientes que presentaban fístulas perianales anteriores operados mediante láser, con o sin necesidad de cirugías previas. El criterio de curación utilizado ha sido la ausencia de supuración perianal tras doce meses de seguimiento. Se ha dividido entre persistencia (sintomatología en menos de seis meses tras la intervención) y recidiva (pasados los seis meses de la intervención). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.24. El análisis de variables categóricas se llevó a cabo mediante el test de chi-cuadrado y las variables cuantitativas con el test de t de Student para muestras independientes o el test U de Mann Whitney en el caso de que no siguieran una distribución normal. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: 32 pacientes fueron intervenidos mediante láser FiLaC®, de los cuáles 23 (71,8%) fueron mujeres con una edad media de $48 \pm 12,8$ años (20-73). Siete pacientes (36,1%) estaban diagnosticados de Enfermedad de Crohn (EC) en el momento de la intervención. El tipo de fístula más frecuente fue la transesfinteriana ($n=26$, 81,25%) y 5 pacientes (15,62%) presentaban múltiples trayectos. Casi todos los pacientes habían sido intervenidos previamente ($n=31$, 96,8%) siendo la técnica más empleada la colocación de un seton laxo ($n=21$, 65,6%). Además, 14 pacientes (43,7%) habían presentado previamente abscesos perianales que habían requerido drenaje quirúrgico, 7 de ellos (50%) eran pacientes con diagnóstico de EC. Todos los pacientes se intervinieron en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y no hubo complicaciones inmediatas o dolor intenso que precisara ingreso tras el procedimiento. Tras un periodo de seguimiento mediano de diez meses (6-48 meses), la tasa de curación ha sido de un 50%. El fracaso de la técnica fue principalmente por persistencia en 11 pacientes (34,3%) frente a cinco pacientes con recidiva (15,6%). Siete (21,8%) fueron reintervenidos una única vez y presentaron curación tras la misma, habiéndose convertido en una fistula perianal simple. En total, la tasa de curación global con una o dos intervenciones fue del 71,8%. Los pacientes con enfermedad de Crohn presentaron mayor tasa de curación (85,7%) frente a los que no presentaban dicha enfermedad 40%, con un resultado estadísticamente significativo ($p < 0,001$).

Conclusión: El láser FiLaC® es una técnica segura y eficaz, llegando a una curación definitiva (en una o varias sesiones), sin dañar el complejo esfinteriano, en más de un 70%, siendo especialmente importante en los pacientes que presentan enfermedad de Crohn.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA A ALTAS DOSIS PARA EL TRATAMIENTO DE FISURA ANAL CRÓNICA

Iván García Herman; Alejandra De Andrés Gómez; Enrique Canelles Corell; Antonio Salvador Martínez; Carolina Martínez Pérez; Antonio Melero Abellán; Francisco Villalba Ferrer; Enrique Artigues Sánchez De Rojas. (*)

(*) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La fisura anal es un motivo frecuente de consulta en los servicios de Urgencias y de presión asistencial en las consultas de coloproctología, por lo que necesitamos opciones seguras y eficaces de tratamiento para nuestros pacientes. En 2023 se implementó en nuestro centro un protocolo por el que a los pacientes con fisura anal crónica que no respondían a tratamiento médico se les indicaban infiltración de 40UI de toxina botulínica. El objetivo es evaluar los resultados tras un año de aplicación del protocolo.

Material y métodos: Los pacientes con fisura anal crónica reciben tratamiento médico durante ocho semanas. A los pacientes con alto riesgo de incontinencia que no responden a dicho tratamiento se les ofrece inyección de toxina botulínica a altas dosis. Los criterios de inclusión en el protocolo son: pacientes mujeres con partos vaginales, antecedente de cirugía anal, incontinencia ya existente y clínica de diarreas. El procedimiento se lleva a cabo en quirófano con sedación en régimen de cirugía mayor ambulatoria. No se emplea anestésico local. Se infiltran 40UI de toxina en cuatro cuadrantes a razón de 10UI y 0.5ml por cuadrante. Se emplea aguja retrobulbar de 25G realizando punción a la vez que se realiza tacto rectal en dirección al esfínter anal interno. Se asocia curetaje del lecho de la fisura. Se llevó a cabo seguimiento al mes, a los 4 meses y al año. Se evaluó la tasa de curación y las complicaciones sobre todo las relacionadas con la continencia, así como las recaídas durante el seguimiento.

Resultados: 20 pacientes entraron en el protocolo en el año 2023 con una mediana de seguimiento de 4 meses. Al mes de la intervención, un 80% había presentado mejoría y un 40% refería incontinencia a gases y únicamente 1 caso de incontinencia a heces líquidas que se resolvió en el control posterior. A los 4 meses, los resultados siguieron la tendencia del primer mes, presentando un 85% de pacientes curación. No se registraron complicaciones que requirieran atención en Urgencias, únicamente 4 pacientes refirieron sangrado autolimitado en su domicilio. En el seguimiento se ha detectado 1 recaída de la fisura.

Conclusiones: La inyección de toxina botulínica a dosis altas para el tratamiento de las fisuras anales es un método seguro y eficaz en el tratamiento de las mismas, con unos buenos resultados de curación a los 4 meses. Sin embargo la tasa de incontinencia a gases, aunque transitoria, es elevada, contrastando con la incontinencia a heces sólidas y líquidas, de las que sólo de éstas últimas se registró 1 caso.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

¿ES HORA DE AMBULATORIZAR LA PROCTOLOGÍA?

Leticia Busto Hermida; Gabriel Matías Beteta; Lisandro David Hernández García; Alejandra Pallarés Pereira; Iria Troncoso Magdalena; Raquel Vázquez Bouzán; Jose Luis Lamas Ferreiro; Antonio Climent Aira. (*)

(*) Hospital Rivera Povisa.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La proctología se ha intervenido clásicamente en régimen de ingreso hospitalario (IH). En nuestro centro, fisuras y papilas anales se realizan como cirugía mayor ambulatoria (CMA) desde hace años, implantándose más recientemente en hemorroides y fístula perianal. Nuestro objetivo es analizar los resultados obtenidos en intervenidos de hemorroides y fístula perianal para evaluar si existen beneficios al realizarlas por CMA.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con hemorroides y fístula perianal intervenidos entre enero/2020-diciembre/2024 en la unidad de Coloproctología del Hospital Ribera Povisa. Separándolos en IH y CMA, se recogen características demográficas, comorbilidades, detalles quirúrgicos, complicaciones, reingresos, reintervenciones y asistencias a centros sanitarios (Urgencias y Centros de Atención Primaria (CAP)) en el postoperatorio.

Resultados: Se incluyeron 738 pacientes, siendo el 60,6% CMA y el 39,4% IH. Existen diferencias estadísticamente significativas (ES) respecto a las siguientes particularidades de cada grupo: edad ($p < 0,001$; IH: 57; CMA: 53), anticoagulación ($p < 0,001$; IH: 8,2%; CMA: 2,2%), riesgo ASA ($p < 0,001$; IH: 2,07; CMA: 1,9) e Índice de Charlson ($p < 0,001$; IH: 0,74; CMA: 0,4). No en el caso de la antiagregación ($p 0,123$, IH: 10,7%; CMA: 7,4%). La técnica quirúrgica más utilizada en hemorroides fue el Milligan-Morgan y en fístula perianal, la fistulotomía combinada o no con otras técnicas. Las hemorroides fueron un 56,5% CMA y un 43,5% IH, mientras que, las fístulas perianales un 66,7% CMA y un 33,3% IH. Existen diferencias ES ($p < 0,001$; IH: 2,63; CMA: 2,31) según el número de pedículos hemorroidales resecados. Siempre que se cumplan los criterios generales de CMA, no existe en nuestro servicio un protocolo para seleccionarlos, quedando a decisión del cirujano. La estancia media de los IH fue de 1,2 días. Acudieron a centros sanitarios durante el postoperatorio el 15,3% (CMA: 53%; IH: 47%) que, desglosando por grupos, de los de CMA fueron 13,4% y de IH 18,2%. El principal motivo fue el dolor (47%). En las primeras 24 horas postoperatorias acuden 7 pacientes, el resto tras una media de 8,2 días en CMA y 7,2 días en IH. No existen diferencias ES ($p 0,077$) entre los dos grupos según estas asistencias. Reingresaron el 4,3% (CMA: 50%; IH: 50%) que, desglosando por grupos, de los de CMA fueron 3,6% y de IH 5,5%. La causa principal fue la rectorragia (53,13%). 5 fueron durante las primeras 24 horas postintervención, el resto tras una media de 8,9 días en CMA y 6,5 días en IH. 9 pacientes precisaron reintervención. No existen diferencias ES ($p 0,211$) entre CMA e IH. Sí hay diferencias ES respecto a la anticoagulación ($p 0,002$; no anticoagulado: 3,8%; anticoagulado: 14,7%). El 82% de las complicaciones postquirúrgicas fueron Clavien-Dindo tipo I. De los intervenidos por hemorroides que precisaron asistencia sanitaria por dolor, el 83,9% tenían una pauta analgésica insuficiente. A nivel nacional, de media, estas intervenciones cuestan en régimen de IH 2131,17 € y de CMA 1126,97 €.

Conclusiones: Los grupos CMA e IH no son comparables, posiblemente debido a la falta de criterios definidos para indicar CMA en éstas patologías y a que queda a criterio del cirujano (mayor probabilidad de decidir IH en pacientes que a priori puedan tener mayor riesgo de complicaciones). A pesar de ello, los datos obtenidos indican que la intervención por CMA no supone durante el postoperatorio un mayor riesgo de asistencia sanitaria, ni de reingresos y ni de reintervenciones, reduciendo así en un beneficio económico. Además, éstas se producen una media de 7,73 días después, por lo que el hecho de realizarlos en IH no las evitaría.

Rev Cir Gal. 2025; 9 (12): Suplemento 1



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES NO TÉCNICAS EN EL QUIRÓFANO: COMUNICACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO

Marta Torrero-Luna; Marta Artaza Irigaray; María Martínez Galilea; Carlota García Fernández;
Cristina Vallejo Bernad; Yolanda Martín Ramos; Ana Llantero García. (*)

(*) Hospital Universitario San Pedro de Logroño.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Realizar una cirugía segura se basa en la capacidad de los miembros del equipo quirúrgico de combinar el conocimiento profesional y la experiencia técnica con habilidades no técnicas como la comunicación efectiva y la interacción entre los profesionales. En la última década, se ha demostrado que una proporción relevante de los efectos adversos en cirugía son atribuibles a la falta de comunicación y de trabajo en equipo. Este estudio tiene como objetivo evaluar la percepción del trabajo en equipo en el quirófano desde la perspectiva de los distintos profesionales y analizar las diferencias entre categorías laborales.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal desarrollado entre enero y abril de 2024 a través de la aplicación del Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ), a 100 profesionales sanitarios de todos los servicios quirúrgicos del Hospital Universitario San Pedro de Logroño. El SAQ es una encuesta adaptada al ámbito quirúrgico y avalada por el Center for Healthcare Quality and Safety de la Universidad de Texas. Se compone de 41 ítems subdividido en diferentes dominios. En este trabajo, nos centramos en dos dominios, “Clima de trabajo en equipo” formado por 6 ítems y “Colaboración y fallos en la comunicación entre profesionales del equipo” constituido por 3 ítems. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables y en los dos dominios mencionados se analizaron mediante una prueba de Kruskal Wallis las diferencias interprofesionales. Asimismo, se estableció una puntuación ≥ 75 como una valoración positiva y se estudió su relación con la categoría profesional mediante la prueba Chi cuadrado. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis de datos se realizó con los programas Gstat R y SPSS.

Resultados: De las 100 encuestas anónimas realizadas 55 fueron contestadas por cirujanos, 29 por enfermeros y 16 por anestelistas. El 19% de los profesionales llevaban menos de 5 años en el ámbito quirúrgico, 26% menos de 10 años y el 55% más de 10 años. En cuanto al clima de trabajo en equipo enfermería tenía una percepción más negativa del mismo con respecto a los facultativos con una diferencia significativa en 2 de los ítems. En cuanto a la colaboración y comunicación también enfermería valoraba negativamente esta categoría con diferencias significativas tanto en uno de los ítems como en el promedio de estos.

Conclusiones: Estos resultados revelan una valoración negativa por parte de enfermería con respecto al clima del trabajo en equipo, con especial énfasis en la percepción de que sus sugerencias no son bien recibidas, así como en la inadecuada coordinación del equipo. Por otro lado, se pone de manifiesto la opinión desfavorable de enfermería en relación a la colaboración con los facultativos, no siendo recíproca esta perspectiva. Como conclusión, es imprescindible conocer el clima de trabajo en nuestros quirófanos, incorporar herramientas de evaluación y establecer equipos quirúrgicos estables que nos permitan trabajar mejor en equipo.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

¿SON ADECUADOS LOS PROTOCOLOS DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA PARA EL CÁNCER DE COLON EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA ACTUAL? ENCUESTA A CIRUJANOS COLORRECTALES

Sergio García Hernández; Sebastián Jerí Mcfarlane; Álvaro García-Granero García-Fuster;
Margarita Gamundi Cuesta; Margalida Campaner Payeras; Francisco Javier González Argente. (*)

(*) Hospital Universitario Son Espases.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Existe un interés creciente en el desarrollo de protocolos y tecnologías que optimicen el tratamiento quirúrgico de la patología oncológica de colon. Sin embargo, existe una brecha en la comunicación entre cirujanos y radiólogos, lo que dificulta la implementación de un lenguaje común en el diagnóstico y estadificación por tomografía computarizada (TC). Este estudio subraya la urgente necesidad de establecer protocolos estandarizados que mejoren la calidad y utilidad de la información radiológica para la toma de decisiones quirúrgicas.

Material y métodos: Se diseñó y distribuyó una encuesta entre cirujanos colorrectales de diversos hospitales miembros del Grupo Joven de la Asociación Española de Coloproctología (AECOP), para así identificar áreas de mejora en los informes radiológicos de TC en cáncer de colon. La encuesta constaba de 30 preguntas, que abarcaban aspectos como la especificación del estadio T y las estaciones ganglionares afectadas, la descripción de características anatómicas relevantes, la disponibilidad de radiólogos especializados y el uso de reconstrucción 3D en la planificación quirúrgica.

Resultados: Se obtuvo la participación de 48 cirujanos colorrectales de distintos hospitales nacionales (31 terciarios y 6 no terciarios). Entre los aspectos más destacados, el 47,9% de los encuestados informó que en su hospital no se especifica el estadio T radiológico del tumor, y el 79,2% señaló que no se mencionan las estaciones ganglionares afectadas. En caso de cáncer de colon derecho, solo el 35,4% refiere que en su centro se especifica la presencia de adenopatías en territorio de linfadenectomía D3. Además, características anatómicas clave como el tronco gastrocólico de Henle, la raíz de los vasos cólicos medios o la vasculatura del ángulo esplénico se reportaron en menos del 5%. En cuanto a la disponibilidad de un radiólogo especializado en cirugía colorrectal, el 43,8% de los participantes indicó que no cuentan con un referente en su centro. Sin embargo, el 95,8% de los cirujanos considera fundamental que la estrategia quirúrgica se base en la información proporcionada por la TC, y todos coinciden en la necesidad de establecer un protocolo reglado para la comunicación de los resultados de las pruebas de imagen en cáncer colorrectal. Por último, aunque el 81,3% de los participantes considera útil la reconstrucción 3D, solo el 22,9% dispone de esta herramienta en su centro.

Conclusiones: Los resultados obtenidos destacan la necesidad urgente de unificar un protocolo diagnóstico-radiológico mediante TC en cáncer de colon. Además, la reconstrucción 3D emerge como un área de interés clave para el desarrollo tecnológico en este ámbito.



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

Órgano Oficial de la Sociedad de Cirugía de Galicia
SOCIGA

31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

CIRUGÍAS ITERATIVAS Y HIPEC EN PSEUDOMIXOMA PERITONEAL. SEGURIDAD Y SUPERVIVENCIA

Mar Vallés Moltó; Beatriz Martínez Torres; Israel Manzanedo Romero; Fernando Pereira Pérez;
Ángel Serrano Del Moral; Estíbalitz Pérez Viejo; Paula Fernández Briones; María Muñoz Martín. (*)

(*) Hospital Universitario de Fuenlabrada.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El pseudomixoma peritoneal (PMP) apendicular es una entidad rara en la que actualmente la citorreducción (CR) y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) se considera el tratamiento de elección. Aun así, esta enfermedad presenta tasas de recurrencia de hasta el 26% tras cirugías óptimas. Uno de los posibles tratamientos sobre las recurrencias o persistencias en PMP son las cirugías iterativas. La evidencia específica sobre estas segundas cirugías es limitada. Nuestro objetivo es analizar la seguridad de las cirugías iterativas y supervivencia libre de enfermedad (SLE) en estos pacientes.

Material y métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo sobre 111 intervenciones de CR+ HIPEC, comparando 89 primeras citorreducciones (Grupo CRp) y 22 citorreducciones iterativas (Grupo CRI). Principalmente se ha analizado las complicaciones graves según la escala Clavien Dindo, la estancia hospitalaria y la supervivencia libre de enfermedad (SLE) de los pacientes tras las intervenciones.

Resultados: En cuanto a la seguridad de las cirugías, no se objetivaron diferencias significativas sobre complicaciones (45,5% vs 50,6, $p=0,54$) ni tampoco sobre estancia hospitalaria (Mediana de 11 días vs Mediana de 7 días, $p=0,23$). Tampoco existen diferencias significativas en la SLE alcanzada por los pacientes. ($p=0,102$). CRp: SLE a 3 años del 59,8%. SLE a 5 años del 53,1%. CRI: SLE a 3 años del 39,2%. SLE-5 años del 32,6%

Conclusiones: Con este análisis podemos concluir en que la CR iterativa y HIPEC son factibles y seguras en pacientes seleccionados con PMP recurrente o persistente, mostrando buenos resultados oncológicos. Debemos plantearnos las cirugías iterativas siempre y cuando las características del paciente y de su enfermedad nos lo permitan.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

¿ES LA PRÓTESIS PUENTE UNA BUENA ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA DE URGENCIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE COLON IZQUIERDO OBSTRUCTIVO?

Sandra Veleda Belanche; José Luis Maestro De Castro; Andrea Lizarralde Capelastegui; Javier Sánchez González; Ekta Choolani Bhojwani; Guillermo Estébanez Peláez; David Pacheco Sánchez; Vicente Simó Fernández. (*)

(*) Hospital Universitario Río Hortega.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El cáncer colorrectal puede debutar entre el 20-30% de los casos como una urgencia quirúrgica, principalmente en forma de obstrucción intestinal. En este contexto, las prótesis metálicas autoexpandibles se han convertido en una alternativa a la cirugía de urgencia, si bien su seguridad oncológica a largo plazo aún es controvertida. **Objetivo:** Analizar los resultados quirúrgicos a corto plazo en pacientes con tumores obstructivos de colon izquierdo tras cirugía urgente (CU) o cirugía electiva tras colocación prótesis puente (PP). Comparar estos resultados con los obtenidos tras una cirugía oncológica electiva en cáncer de colon izquierdo no complicado (CE).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de base prospectiva consecutiva de pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de colon izquierdo complicado y no complicado entre enero 2014 y septiembre 2024.

Resultados: Se han incluido 490 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de colon izquierdo, de los cuales 99 (20,2%) se presentaron como cáncer colorrectal complicado. 66 pacientes (13,5%) fueron intervenidos tras colocación efectiva de prótesis endoscópica como terapia puente. 33 pacientes (6,7%) fueron intervenidos de forma urgente por fallo o no indicación de prótesis. El grupo CU presentó diferencias significativas respecto a los grupos PP y CE en cuanto a mayor edad media, leucocitos, PCR y albúmina preoperatoria. Los grupos PP y CU presentaron diferencias significativas respecto al grupo CE en cuanto a tamaño y estadiaje tumoral. El abordaje mínimamente invasivo se llevó a cabo en el 72,6% CE vs. 56,1% PP vs. 6,1% CU ($p=0,000$). No hubo diferencias significativas en la tasa de conversión a cirugía abierta entre los grupos. En cuanto a técnica quirúrgica, la colectomía total/subtotal fue necesaria en el 2% CE vs. 4,5% PP vs. 36,4% CU ($p=0,000$). La tasa de estoma fue del 2,6% CE vs. 3% PP vs. 42,4% CU ($p=0,000$). La tasa de ileostomía de protección fue del 0% en CE y PP vs. 9,1% en CU ($p=0,000$). La tasa de fuga anastomótica fue del 4,1% CE vs. 0% PP vs. 12,1% CU ($p=0,016$). La tasa de infección superficial fue del 9% CE vs. 9,1% PP vs. 36,4% CU ($p=0,000$). El íleo prolongado se presentó en el 4,9% CE vs. 9,1% PP vs. 18,2% CU ($p=0,006$). El 45,5% de los pacientes CU precisó nutrición parenteral postoperatoria, frente al 8,4% CE y 7,6% PP ($p=0,000$). La tasa global de complicaciones fue significativamente mayor en el grupo CU (72,7%), no encontrando tal diferencia entre los grupos CE (25,8%) y PP (24,2%). La estancia hospitalaria fue significativamente mayor en el grupo CU. La mortalidad fue del 0,8% CE vs. 0% PP vs. 12,2% CU ($p=0,000$).

Conclusiones: Los pacientes con adenocarcinoma de colon izquierdo complicado presentan peores condiciones preoperatorias (Sd. constitucional, desnutrición) y tumores más grandes y en estadios más avanzados. Además, aquellos que requieren cirugía urgente parten de un peor estado clínico que se traduce en un incremento de la mortalidad, así como de cirugías más agresivas y un aumento de las complicaciones postoperatorias, la tasa de fuga anastomótica, la tasa de estomas y la estancia hospitalaria o en unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, la cirugía electiva tras colocación de prótesis puente en tumores obstructivos permite emplear un abordaje mínimamente invasivo y ofrecer unos resultados postoperatorios inmediatos equiparables a la cirugía electiva del cáncer de colon no obstructivo. Por tanto, parece una alternativa terapéutica eficaz y segura en este grupo de pacientes, si bien aún no disponemos de evidencia sólida sobre los resultados oncológicos a largo plazo.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

ADVANCED COMPLETE MESOCOLIC EXCISION (A-CME): PROPUESTA DE UNA NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA CÁNCER DE COLON LOCALMENTE AVANZADO DE LOCALIZACIÓN RETROPERITONEAL

Margalida Campaner Payeras; Álvaro García-Granero García-Fuste; Sebastián Jerí Mcfarlane; Noemi Torres Marí; Juan Díaz Ferrando; Sergio García Hernández; Margarita Gamundi Cuesta; Francisco Javier González Argente. (*)

(*) Hospital Universitario Son Espases.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La infiltración del margen retroperitoneal en la resección oncológica de cáncer de colon (<2mm) se ha relacionado con el aumento del riesgo de recurrencia locorregional y disminución de la supervivencia. Presenta una tasa del 10%. La escisión completa de mesocolon (CME) es la cirugía estandarizada en el cáncer de colon y se basa en la disección por los planos de fusión embriológica entre el mesocolon y el retroperitoneo. Aún así, en algunos casos el margen retroperitoneal se encuentra infiltrado en el análisis anatomopatológico. En ocasiones la fascia retroperitoneal se encuentra amenazada y debería ser incluida en la pieza quirúrgica. La planificación quirúrgica se realiza a partir de la tomografía computarizada. No obstante, su valor predictivo positivo de infiltración de la fascia retroperitoneal es del 55%. El objetivo del presente estudio es mostrar la utilidad de un método matemático de reconstrucción 3D (MM3D) y la estandarización de una nueva técnica quirúrgica denominada Advanced-Complete Mesocolic Excision (A-CME) para obtener margen retroperitoneal libre de infiltración (R0) en cáncer de colon localmente avanzado de localización retroperitoneal (CCLA-LR).

Material y métodos: Se llevó a cabo una aplicación prospectiva de la técnica A-CME en aquellos pacientes con cáncer de colon localmente avanzado de localización retroperitoneal. Previamente se aplicó un método matemático de reconstrucción 3D para valorar la presencia de infiltración de la fascia retroperitoneal. La comparación entre el informe del TC y el MM3D se realizó a partir del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. En los casos en los que la distancia tumoral a la fascia retroperitoneal superó los 3 mm, se optó por una técnica estándar con CME. Sin embargo, en aquellos casos en los que la distancia fue inferior a 3 mm o se evidenció infiltración de la fascia retroperitoneal, se empleó la técnica A-CME. Resultados: Un total de 13 pacientes fueron intervenidos (84% con cáncer de colon derecho y 16% con cáncer de colon izquierdo). En todos los casos se realizó un abordaje laparoscópico. La técnica aplicada fue CME en el 23% de los pacientes y A-CME en postoperatorias (Clavien-Dindo >2: 0%). Además, se observó una exactitud diagnóstica del 92% con la aplicación del modelo MM3D, frente al 30% logrado con la tomografía computarizada (TC).

Conclusiones: Un método matemático de reconstrucción 3D puede ser útil para valorar la infiltración tumoral del margen retroperitoneal en CCLA-LR. Esta herramienta preoperatoria podría ayudar en la estandarización de una nueva técnica quirúrgica (A-CME) y la obtención de cirugías oncológicas tipo R0. el 77% restante. El 100% de los tumores analizados correspondieron a estadios T3/T4, con N+ en el 77% de los casos. Se logró una resección R0 en el 100% de las intervenciones, con una baja tasa de complicaciones



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

¿INFLUYE LA ALTURA DEL GRAPADO EN LAS ANASTOMOSIS MECÁNICAS LINEALES ILEOCÓLICAS EN EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS?

Yaiza García Del álamo Hernández (1); Óscar Cano Valderrama (2); Carlos Cerdán Santacruz (1);
Ramón Sanz Ongil (1); Álvaro Gancedo Quintana (1); Matteo Frasson (3); Blas Flor Lorente (3);
Javier García Septiem (1).

(1) Hospital La Princesa; (2) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; (3) Hospital La Fe.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: determinar la influencia en el desarrollo de complicaciones postquirúrgicas del tamaño de las grapas empleadas en las anastomosis mecánicas ileocólicas confeccionadas con grapadoras lineales en pacientes intervenidos por cáncer de colon (CC).

Materiales y métodos: Se trata de un subanálisis del estudio nacional observacional multicéntrico prospectivo ANACO 2 (registro de pacientes consecutivos intervenidos con CC entre diciembre 2022- 2023). Se seleccionaron pacientes con anastomosis mecánica lineal ileocólica. Los criterios de inclusión fueron: pacientes >18 años, sometidos a cirugía oncológica de CC y con reconstrucción inmediata sin estoma derivativo. Se excluyeron pacientes con tumores recidivados. Se realizó un seguimiento de 60 días. Se realizó un análisis descriptivo presentando las variables categóricas como porcentajes y frecuencias, las continuas como media y desviación estándar si seguían una distribución normal o como mediana y rango intercuartílico (RIC) en caso contrario.

Resultados: Participaron 52 centros incluyendo 855 pacientes. La edad mediana fue de 72,9 años, siendo 456(53,3%) varones. Hubo 459(53,7%) pacientes con riesgo anestésico ASA III-IV. 468(54,7%) presentaron anemia preoperatoria, siendo la hemoglobina media de 12,2 g/dL y precisando en 82(9,6%) casos de transfusiones previas a la intervención. No recibieron preparación preoperatoria mecánica ni profilaxis antibiótica oral 292 (34,2%) pacientes. La mayoría de las intervenciones fueron programadas (827, 96,7%), mediante abordaje laparoscópico (677, 79,2%) y siendo realizadas por un cirujano coloproctólogo (630, 73,7%). La anastomosis más realizada fue la intracorpórea en 561 (65,6%), reforzándose en 322 (37,7%) y con disparo automatizado (496, 58,6%). Las grapadoras empleadas fueron de doble línea de grapado (62, 7,4%), triple línea de grapado (524, 62,8%) y triple línea de grapado con altura variable 248 (29,7%). La altura de las grapas empleadas fue de 3,8mm (47, 5,5%), 3,6 (218, 25,5%), 2,6 (89, 10,4%), variable entre 3-4mm (333, 38,9%) y variable entre 2-3mm (168, 19,6%). La longitud de la grapadora fue de 60mm mayoritariamente (755, 90,5%). Se diagnosticó fuga anastomótica (FA) en 39(4,5%) pacientes y sangrado anastomótico (SA) en 40(16,1%). La altura de la grapa (2-3mm vs 3-4mm) no resultó ser un factor de riesgo independiente en el análisis multivariante (AM) tanto para el desarrollo de FA (3,5% vs 5%; $p=0,3$) como para el SA (14,3% vs 16,8%; $p=0,6$). Hubo 21(2,5%) fallecimientos a los 60 días. Al realizar el AM se encontraron como factores de riesgo independientes para la FA la edad (OR 1,05 (1,01-1,1); $p<0,01$), el tabaquismo (OR 4,1 (1,4-12,2); $p=0,01$), la hepatopatía (OR 5,7 (1,8 -17,7; $p<0,01$) y neumopatía (2,1 (1,1-4,3); $p=0,03$). Los pacientes con FA estuvieron ingresados más días (7,7 vs 22,3; $p<0,01$) En el caso del SA la actitud más común fue la transfusión (13, 32,5%), seguido de la vigilancia (11, 27,5%) y la endoscopia (9, 22,5%). En 4(10%) de los afectados el SA tuvo impacto hemodinámico agudo y en 8(20%) persistió más de 72 horas. No hubo diferencias entre los grupos en los días de ingreso.

Conclusiones: La altura de la grapa empleada de los distintos dispositivos de grapado lineal para la confección de anastomosis ileocólicas no resultó ser un FRI para el desarrollo postquirúrgico de FA y SA.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

RESULTADOS DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA DE NEOPLASIAS DE ÁNGULO ESPLÉNICO A PARTIR DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO NACIONAL

Yaiza García Del álamo Hernández (1); Óscar Cano Valderrama (2); Carlos Cerdán Santacruz (1);
Ramón Sanz Ongil (1); Álvaro Gancedo Quintana (1); Matteo Frasson (3); Blas Flor Lorente (3);
Javier García Septiem (1).

(1) Hospital La Princesa; (2) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo; (3) Hospital La Fe..

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Conocer los resultados a nivel nacional de las resecciones oncológicas de neoplasias localizadas en ángulo esplénico.

Materiales y métodos: Se trata de un subanálisis del estudio nacional observacional multicéntrico prospectivo ANACO 2 (registro de pacientes consecutivos intervenidos con cáncer de colon (CC) entre diciembre 2022-2023). Se seleccionaron pacientes con tumores localizados en ángulo esplénico. Se incluyeron pacientes >18 años, sometidos a cirugía oncológica de CC y con reconstrucción inmediata sin estoma derivativo. Se excluyeron tumores recidivados. Se realizó un seguimiento de 60 días. Se realizó un análisis descriptivo presentando las variables categóricas como porcentajes y frecuencias, las continuas como media y desviación estándar si seguían una distribución normal o como mediana y rango intercuartílico (RIC) en caso contrario.

Resultados: Participaron 52 centros incluyendo 123 pacientes. La edad mediana fue de 72,2 años, siendo 79(64,2%) varones. Hubo 69(56,1%) pacientes con riesgo anestésico ASA III-IV. La mayoría fue diagnosticada por colonoscopia (89, 72,4%) siendo el motivo principal el sangrado (42, 34,1%). 58 (47,2%) pacientes presentaron anemia preoperatoria. En 11(8,9%) casos se colocó una endoprótesis previa a la intervención. La mayoría fueron intervenciones programadas (111, 90,2%), mediante abordaje laparoscópico (85, 69,1%) y siendo realizadas por un cirujano coloproctólogo (104, 84,5%). La anastomosis más realizada fue la mecánica (104, 84,6%), intracorpórea (69, 56,1%) y laterolateral (97,78,9%). La resección realizada fue: hemicolectomía derecha ampliada (18,14,6%), hemicolectomía izquierda (19, 15,5%), colectomía izquierda/resección segmentaria (65, 52,8%), colectomía transversa (1, 0,8%), colectomía subtotal (18, 14,6%) y colectomía total (2, 1,6%). La linfadenectomía más realizada fue la D2 en 74(60,2%). En 5(4,1%) se realizó una resección extendida. Se diagnosticó fuga anastomótica (FA) a los 60 días en 12(9,8%) pacientes requiriendo reintervención en 9(75%) casos. Hasta 49(39,8%) pacientes desarrollaron complicaciones en el ingreso distintas a FA destacando: 9(7,3%) infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) superficial, 5(4,1%) ISQ profundo, 5(4,1%) ISQ órgano-cavitaria y 23(18,7%) casos de íleo paralítico. Hubo 4(3,3%) casos de sangrado anastomótico (SA). Dentro de las complicaciones 12(9,8%) fueron clasificadas como Clavien-Dindo \geq IIIa. A los 60 días, se produjeron 7(5,7%) exitus y 8(6,5%) reingresos hospitalarios.

Conclusiones: Los tumores localizados en ángulo esplénico suponen un mayor reto terapéutico con respecto a tumores en otras localizaciones pudiendo asociar tasas de complicaciones no desdeñables. En nuestra serie hubo un 9,8% de FA, 3,3% de SA, 18,7% de íleo paralítico y 15,5% de ISQ.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología “Enrique Casal”

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

TÉCNICA DE ROSI-CAHILL MODIFICADA TRAS COLECTOMÍA IZQUIERDA AMPLIADA

Andrea Craus Miguel (1); Juan José Segura Sampedro (2); Francisca García Moreno Nisa (2);
Carlos Pastor Idoate (1); Constantino Fondevila Campo (2).

(1) Clínica Universidad de Navarra; (2) Hospital Universitario La Paz.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La anastomosis tras la colectomía izquierda ampliada supone un auténtico desafío que se da en ocasiones tras la exéresis de tumores avanzados en ángulo esplénico, en carcinomatosis peritoneal o en cirugía de urgencia. En este tipo de situaciones, la decisión de realizar una colectomía total debido a la dificultad técnica que supone restablecer el tránsito posteriormente, puede ocasionar un deterioro en la calidad de vida del paciente, incluyendo complicaciones como el sobrecrecimiento bacteriano, incontinencia, diarreas, desnutrición y mayor morbilidad quirúrgica. Presentamos los resultados clínicos y las consideraciones técnicas del procedimiento modificado de Rosi-Cahill como una opción técnica en estas situaciones.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo de una serie de casos consecutivos en el que se analizaron 12 pacientes sometidos a colectomía izquierda ampliada y reconstrucción posterior con la técnica modificada de Rosi-Cahill entre 2021 y 2024. Se evaluaron las características demográficas de los pacientes, ASA, indicaciones quirúrgicas, complicaciones perioperatorias, resultados funcionales y recurrencia oncológica. Las indicaciones incluyeron cáncer de colon (50%), cáncer de ovario (25 %), reconstrucción de Hartmann (16,7 %) y hemorragia digestiva baja (8,3 %). El video destaca aspectos claves del procedimiento como la rotación adecuada del colon y las dificultades de técnicas alternativas, como el procedimiento de Deloyers.

Resultados: Se incluyeron 9 mujeres y 3 hombres, siendo la edad media de 65 años. Los resultados mostraron una estancia hospitalaria media de 12.2 días. El 25% de los pacientes presentó complicaciones grado I/II según la clasificación de Clavien-Dindo y el 16.7% de grado III/IV. Los resultados funcionales incluyeron una media de 2,88 deposiciones al día, reflejando los pacientes una buena consistencia de las heces. Respecto a variables oncológicas, el número de ganglios linfáticos analizados por paciente varió de 22 a 85, con una media de 47.1 ganglios. La afectación de los ganglios linfáticos estuvo presente en dos casos, con 2 y 4 ganglios afectados. Tal y como se detalla en el video existen ventajas del procedimiento modificado de Rosi-Cahill, incluyendo la no torsión de los vasos ileocólicos, la eliminación de ventanas mesentéricas y una posición anatómica sin tensión.

Conclusiones: La técnica modificada de Rosi-Cahill ofrece una alternativa segura y efectiva para restaurar la continuidad intestinal después de una colectomía izquierda ampliada, demostrando buenos resultados funcionales en los pacientes. Se trata de una técnica que evita la necesidad de realizar una colectomía total en determinadas situaciones y que presenta ventajas técnicas y funcionales respecto a otras técnicas como Deloyers o la anastomosis transmesentérica. Se necesitan más estudios para validar estos resultados, incluyendo un mayor número de pacientes y estableciendo de manera exacta la calidad de vida y la función intestinal tras la cirugía.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

INTERVENCIÓN SOBRE EL TUMOR DE COLON ANTES O DESPUÉS DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS: UN ANÁLISIS DE ENFOQUES QUIRÚRGICOS Y SUS RESULTADOS

Juan Carlos García Vera; Guillermo Cabezudo Molleda; Paula Diaz Artigot; Daniel Baños Mendez; Julia Sanchon Sanchon; David Fernández Del Valle; Beatriz De Andres Asenjo; Juan Beltran De Herdia. (*)

(*) Hospital Clínico de Valladolid.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El cáncer de colon con metástasis hepáticas es una de las formas más comunes de diseminación del cáncer colorrectal, y su tratamiento sigue siendo un desafío para los cirujanos y oncólogos. Tradicionalmente, el enfoque ha sido tratar primero el tumor primario de colon y, después, abordar las metástasis hepáticas si se presentan. Sin embargo, en los últimos años esto ha cambiado. La finalidad de este estudio es comparar las complicaciones y la tasa de curación dependiendo del orden.

Objetivos: El objetivo principal es comparar los resultados clínicos de los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente en dos secuencias diferentes: primero el tumor de colon o primero las metástasis hepáticas. Se evaluaron parámetros como la supervivencia global, la tasa de recurrencia, las complicaciones postoperatorias y la calidad de vida de los pacientes.

Métodos y resultados: Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Muestreo de tamaño de la muestra 169 operados por neoplasia de colon con metástasis hepática entre los años 2017 y 2024. Se recogieron los datos de una base de datos de intervenciones quirúrgicas del Hospital Clínico de Valladolid.

Resultados clínicos y supervivencia: La resección de las metástasis hepáticas seguida de la cirugía del tumor primario ha mostrado ser eficaz en pacientes seleccionados, especialmente aquellos con metástasis limitadas, con tasas de supervivencia a 5 años que oscilan entre el 30% y el 50%. Una tasa de supervivencia similar y no significativa comparada con el grupo que se intervino previamente el tumor primario.

Conclusiones: El tratamiento de los pacientes con cáncer de colon y metástasis hepáticas sigue siendo un reto y debe ser personalizado según la situación clínica. Ambos enfoques, la cirugía del tumor primario primero o la resección de las metástasis hepáticas primero, tienen sus ventajas y limitaciones. Aunque en múltiples estudios se demuestra mayor supervivencia en abordar primero la metástasis, en este estudio no se ha conseguido demostrar diferencias significativas.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

CÁNCER COLORECTAL Y PANDEMIA POR COVID-19, ¿HA INFLUIDO EN LA SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS?

Victoria María Maderuelo García (1); Mercedes Martínez León (2); Ana Huidobro Píriz (3);
Carlenny Suero Rodríguez (1); Isabel Valentín-gamazo González (1); Jon Rey Fernández De Mendiola (1);
Cristina Hernán García (3).

(1) CAUPA; (2) Universidad de Valladolid; (3) Hospital Clínico Universitario de Valencia.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: el cáncer colorectal (CCR) es el tercero más frecuente en hombres y el segundo en mujeres. El aumento de su incidencia en edades tempranas confiere importancia al screening y tratamiento precoz. La pandemia COVID-19 supuso una reestructuración del sistema sanitario priorizando dicha enfermedad y demorando el tratamiento de otras patologías. El objetivo es valorar si la pandemia ha podido influir en la supervivencia a 5 años en los pacientes diagnosticados y tratados de CCR.

Material y métodos: se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo de casos y controles unicéntrico de pacientes diagnosticados de CCR en un hospital de segundo nivel con un periodo prepandemia: 1 de enero de 2019-14 de marzo de 2020 (controles) y un periodo pandemia: 15 de marzo de 2020-31 de diciembre de 2021 (casos) cuyo objetivo es analizar un posible aumento de morbilidad entre pacientes diagnosticados y tratados de CCR en ambos periodos. Se recogieron un total de 58 variables agrupadas en 6 categorías: 10 variables epidemiológicas básicas, 4 de tiempos de atención, 5 de estudio del CCR, 9 variables de la intervención quirúrgica, 13 de anatomía patológica y 17 del ingreso y del postoperatorio. Se ha realizado una comparación de los pacientes mediante estas variables y un análisis de la supervivencia.

Resultados: 155 pacientes fueron diagnosticados en el periodo prepandemia y 182 en pandemia. 203 varones: 91 en el periodo precovid y 112 en el periodo covid. El cáncer de colon y de recto fue más frecuente en varones. La localización más frecuente fue el colon sigmoidees seguido del recto. El síntoma más prevalente al diagnóstico en el grupo prepandemia fue la anemia y en el grupo pandemia fue la abdominalgia. Respecto a las variables de la intervención quirúrgica, no se han obtenido diferencias significativas entre ambos periodos en el carácter programado o urgente de la intervención ni en el retraso de las mismas. Tampoco respecto a la intención quirúrgica R0 o R1. El abordaje laparoscópico o abierto fue similar en ambos periodos. Existen diferencias significativas en la media de días desde el inicio de síntomas hasta la primera consulta, diagnóstico de CCR, derivación a cirugía/oncología y hasta la intervención quirúrgica. Los estadios más frecuentes precovid son el IIA en colon y IV en recto y en el periodo covid IV y I respectivamente. Las complicaciones postquirúrgicas fueron más frecuentes en el periodo covid. El número de reingresos en ambos periodos ha sido similar, así como los resultados obtenidos en el TAC de seguimiento a los 6 meses. No se han obtenido diferencias significativas en cuanto a la morbilidad de los pacientes covid positivos. La supervivencia está influenciada por la edad, sexo, obstrucción intestinal, bordes libres, complicaciones postquirúrgicas, tamaño tumoral y número de ganglios aislados.

Conclusiones: los pacientes diagnosticados en el periodo de pandemia esperaron más días entre la aparición de los síntomas y la primera atención médica, con tumores debutando en unos estadios más avanzados. Hay diferentes variables que influyen en la supervivencia a 5 años si bien, no se ha demostrado que existan diferencias estadísticamente significativas.



31 Jornadas Internacionales de Coloproctología "Enrique Casal"

Parador de Baiona - 26, 27 y 28 de febrero de 2025

Comunicaciones Orales

EFFECTOS DE LA PREHABILITACIÓN EN LA MASA MUSCULAR ESQUELÉTICA Y EN LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA DE CÁNCER DE COLON

Miguel Ángel Perez Sanchez; José Joaquín Macía; Francisco Lopez Rodriguez-arias; Luis Sánchez Guillén; Ana Sánchez Romero; Saray Quinto Llopis; Clara López De Lerma Martínez De Carneros; Antonio Arroyo. (*)

(*) Hospital General Universitario de Elche.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El cáncer de colon es una de las principales causas de morbilidad en todo el mundo. La sarcopenia está relacionada con peores resultados postoperatorios, incluyendo un aumento en las complicaciones quirúrgicas. Este estudio se centró en evaluar la eficacia de un programa de prehabilitación en la preservación de la masa muscular esquelética en pacientes sometidos a cirugía por cáncer de colon. **Objetivos:** Comparar los cambios en la masa muscular esquelética entre pacientes con prehabilitación y sin prehabilitación. Determinar la relación entre la pérdida de masa muscular y las complicaciones postoperatorias. Evaluar la viabilidad y utilidad de la prehabilitación como estrategia para mejorar los resultados quirúrgicos en cáncer de colon.

Material y métodos: Este estudio incluyó a pacientes diagnosticados con cáncer de colon, quienes fueron divididos en dos grupos: uno control (sin intervención de prehabilitación) y otro sometido a un programa de prehabilitación estructurado antes de la cirugía. El programa de prehabilitación incluyó ejercicios supervisados, intervenciones nutricionales y optimización psicológica. La masa muscular esquelética fue evaluada mediante TC en dos momentos: preoperatorio 4 semanas antes de la cirugía y postoperatorio (4 semanas tras la cirugía). Además, se registraron las complicaciones postquirúrgicas. Se utilizó un análisis estadístico descriptivo y comparativo.

Resultados: Los pacientes en el grupo de prehabilitación mostraron una menor disminución en la masa muscular esquelética en comparación con el grupo control. En el grupo control, se observó una reducción más pronunciada de la masa muscular postoperatoria, lo que estuvo asociado con un mayor número de complicaciones, como infecciones y retraso en la recuperación. Sin embargo, debido al tamaño reducido de la muestra, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística. A pesar de ello, los datos sugieren una tendencia hacia mejores resultados en el grupo que recibió prehabilitación, tanto en términos de preservación muscular como de menor incidencia de complicaciones.

Conclusiones: La prehabilitación parece ser una estrategia prometedora para minimizar la pérdida de masa muscular esquelética en pacientes sometidos a cirugía por cáncer de colon, lo que podría traducirse en una reducción de las complicaciones postoperatorias. La incorporación de la prehabilitación como parte del manejo integral del cáncer de colon podría mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.