



LXIX Reunión anual de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Ferrol, 28 y 29 de noviembre de 2025.

Comunicaciones Vídeo

REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL COMPLEJA MEDIANTE TÉCNICA LIRA-TAPE. PRESENTACIÓN EN FORMATO VÍDEO

Hernández García LD, Busto Hermida L, Pallarés Pereira A, Troncoso Magdalena I, Parada Pérez-Mancebo Á, Morales Conde S, Climent Aira A, Salgado Álvarez R, Vázquez Bouzán R. (*)

(*) Hospital Ribera Povisa (Vigo).

RESUMEN:

Introducción: Introducción: La reparación de hernias incisionales en pacientes con antecedentes quirúrgicos múltiples y comorbilidades relevantes supone un reto técnico y anestésico. La técnica LIRA-TAPE combina dos abordajes laparoscópicos complementarios: la técnica LIRA (Laparoscopic Intraperitoneal Rectus Aponeuroplasty), que permite la aproximación y cierre de la línea media mediante liberación controlada de la aponeurosis de los rectos, y la técnica TAPE (Transabdominal Partial Extraperitoneal), que proporciona un refuerzo protésico extraperitoneal parcial, reduciendo el contacto de la malla con las vísceras y minimizando complicaciones. Esta combinación ofrece un refuerzo integral de la pared abdominal con menor morbilidad postoperatoria y resultados funcionales y estéticos óptimos.

Caso clínico: Mujer de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia e hipotiroidismo. Cirugías previas: tres cesáreas, hernioplastia umbilical y resección anterior de recto baja en 2021. Clasificación ASA III. Presentaba una hernia incisional M3–M5W2 (M3R) con IMC de 33,78 kg/m², con defectos M3R (5,6 cm) y M5 (6,1 cm) y diástasis de rectos. Se realizó reparación mediante técnica combinada LIRA-TAPE, logrando cierre fascial completo y refuerzo extraperitoneal parcial adecuado. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones inmediatas.

Conclusión: La técnica combinada LIRA-TAPE es una alternativa segura y eficaz para la reparación laparoscópica de hernias incisionales complejas, permitiendo una reconstrucción anatómica de la pared abdominal con baja morbilidad y excelente resultado funcional. Palabras clave: Hernia incisional, LIRA-TAPE, cirugía laparoscópica, pared abdominal, obesidad.



Comunicaciones Vídeo

REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL M2-3W2 MEDIANTE TÉCNICA LIRA: REPORTE DE CASO EN FORMATO VÍDEO

Hernández García L, Busto Hermida L, Pallarés Pereira A, Troncoso Magdalena I, Parada Pérez-Mancebo Á, Morales Conde S, Climent Aira A, Salgado Álvarez R, Vázquez Bouzán R. (*)

(*) Hospital Ribera Povisa (Vigo).

RESUMEN:

Introducción: Introducción: Las hernias incisionales son una complicación frecuente tras cirugías abdominales, especialmente en pacientes obesas. La técnica LIRA (Lateral Intracorporeal Rectus Aponeuroplasty) ofrece una alternativa mínimamente invasiva para la reparación de defectos de línea media, facilitando una cobertura protésica adecuada y reduciendo la tensión del cierre.

Caso clínico: Mujer de 46 años, obesa, con antecedente de cesárea previa, diagnosticada con hernia incisional tipo M2-3W2 según la EHS. Presentaba dolor abdominal y aumento progresivo de volumen en la cicatriz quirúrgica. En el examen físico preoperatorio y de imagen (TC), se identificó un defecto herniario de 6,5 cm con contenido de epiplón y asas de intestino delgado. Se realizó reparación mediante técnica LIRA, accediendo al espacio retromuscular por vía lateral y colocando una malla sintética. El procedimiento permitió una disección segura y una adecuada restitución de la línea alba con mínima morbilidad.

Conclusión: La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones ni recurrencia a corto plazo. La técnica LIRA es una opción eficaz y segura en pacientes obesas con hernias incisionales complejas, con resultados funcionales y estéticos favorables. El caso se presenta en formato vídeo, mostrando los pasos quirúrgicos y detalles técnicos clave de la técnica LIRA.



Comunicaciones Vídeo

HERNIA UMBILICAL INCARCERADA EN PACIENTE CON OBESIDAD GRAVE

Duro C, Baltar J, Madriñán M, Dobarro J, Santos F, Sorto H, Parada P. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Introducción y objetivo: La hernia umbilical constituye entre un 3-14% de las hernias de la pared abdominal, siendo la segunda en frecuencia tras las hernias inguinales. Su incidencia es significativamente mayor en pacientes obesos, aumentando de entre 5 y 20 veces más; según la evidencia entre un 10-30% de los pacientes obesos mórbidos pueden presentar una hernia umbilical. Consecuentemente, la cirugía de reparación de la pared abdominal representa un reto altamente significativo en estos pacientes debido a los riesgos subyacentes de su obesidad. Esta comunicación permite visualizar una reparación umbilical laparoscópica en una paciente con obesidad grave. Sirviéndonos de análisis para ejemplificar que la planificación individualizada es clave para obtener el mejor tratamiento.

Material y métodos: Paciente mujer de 48 años fumadora, diabética y con obesidad tipo III. Como intervenciones previas relevantes: una cesárea. Presenta dolor abdominal a nivel umbilical acompañado de náuseas y vómitos. A pesar de tratamiento de pérdida de peso por parte de endocrinología no refiere mejoría. Se realiza TAC abdominal en el que se observa: Voluminosa hernia umbilical de contenido graso y un segmento de colon trasverso en su interior sin datos de complicación con cuello herniario de 43 x 37 mm (LL x CC) y saco herniario de 65 x 120 x 140 mm (AP x LL x CC). Pequeña hernia de hiato por deslizamiento. Resto del estudio sin alteraciones significativas. Se valora en nuestras consultas y se decide intervención quirúrgica preferente programada.

Resultados: La cirugía de hernia umbilical en pacientes con obesidad mórbida está asociada con mayor morbimortalidad quirúrgica y complicaciones: riesgos intraoperatorios (dificultad técnica, mayor sangrado, dificultad anestésica) así como postoperatorios (elevada tasa de recidiva, infección, dehiscencia). Según las guías, es vital un buen enfoque quirúrgico en estos pacientes siendo la vía laparoscópica la preferida, con menor tasa de infección y mejor recuperación. La reparación óptima según las guías sería la colocación de una malla preperitoneal o retromuscular. Sin embargo, la reparación IPOM sigue estando indicada en casos concretos: defecto <5cm, con IMC>40, con comorbilidades donde el tiempo quirúrgico no debería ser muy elevado, evitar una incisión extensa en un panículo adiposo espeso etc.

Conclusiones: El manejo de la hernia umbilical en el paciente con obesidad tipo III sigue siendo un reto técnico. Existen numerosos factores de riesgo predisponentes, muchos de ellos previsibles, para el desarrollo de una complicación. Con todo ello, es altamente recomendable que los pacientes obesos con hernia umbilical sean evaluados de manera holística antes de la cirugía siendo la estrategia de reparación más efectiva la personalizada y adaptada según cada caso.



Comunicaciones Vídeo

REPARACIÓN DE HERNIA DE MORGAGNI-LARREY MEDIANTE ABORDAJE TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL (TAPP) ROBÓTICO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

Rodríguez Carral P, Pablos Vidal J, Lorenzo Alfaya L, Caño Gómez P, González Iglesias C, Onchalos Lopez U, Díaz Tie M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Introducción: La hernia diafragmática paraesternal es una anomalía congénita fruto de la ausencia de fusión de los elementos costales anteriores con el esternón. El defecto puede producirse a nivel del triángulo esternocostal derecho (hernia de Morgagni) o izquierdo (hernia de Larrey), separados ambos por la porción esternal del diafragma y el ligamento redondo. Representa aproximadamente el 3% de las hernias diafragmáticas, presentándose en 1 caso por cada millón de nacimientos y asociada a otras alteraciones congénitas. El 90% son derechas, el 2% izquierdas y un 8% son bilaterales. La mayoría son asintomáticas y se diagnostican de forma incidental.

Caso clínico: Presentamos el caso de 2 pacientes varones con hernia diafragmática de Morgagni-Larrey, intervenidos mediante hernioplastia transabdominal preperitoneal (TAPP) con abordaje robótico.

Discusión: La hernia diafragmática paraesternal congénita es una patología rara y, como tal, su tratamiento y el tipo de abordaje han sufrido una gran variabilidad con el paso del tiempo y todavía no se encuentran estandarizados completamente. La intervención quirúrgica está indicada en todos los casos para evitar complicaciones, y los principios de la cirugía son fundamentalmente la reducción del contenido herniario y el cierre primario del defecto diafragmático. El uso sistemático de malla es más controvertido y dependerá del tamaño del defecto. La resección o no del saco también continúa siendo objeto de debate. Siguiendo las pautas de reparación de hernias de pared abdominal que rigen en la actualidad, evitando el uso de mallas intraperitoneales y mediante abordaje mínimamente invasivo, realizamos hernioplastia con malla mediante abordaje transabdominal preperitoneal robótico, confeccionando un flap peritoneal que permite la reducción y/o resección del saco herniario, el cierre primario del orificio y la colocación de una malla en posición preperitoneal, sin complicaciones y con buenos resultados en cuanto a eficacia, morbilidad y ausencia de recidiva.



Comunicaciones Vídeo

SUGARBAKER ROBÓTICO PARA EL TRATAMIENTO DE HERNIA PARAESTOMAL RECIDIVADA TRAS DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER

Martínez C, Villalobos R, G. Barranquero A, Gas C, Maestre Y, León M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: La hernia paraestomal es la complicación tardía más frecuente en pacientes portadores de ostomías, con una incidencia variable del 5-65% en el caso de la cirugía de Bricker (ureteroileostomía). Su abordaje quirúrgico sigue siendo un tema controvertido, con múltiples técnicas descritas. La técnica de Sugarbaker consiste en la reducción del contenido herniario seguida de un cierre primario del defecto y lateralización del estoma para la colocación de una malla intraperitoneal. El objetivo, presentar un vídeo que muestre los pasos de una reparación robótica de hernia paraestomal mediante técnica de Sugarbaker y sus resultados.

Material y métodos: Paciente varón de 65 años con antecedente de cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker en 2020. Dos años tras la intervención, presenta una hernia paraestomal, por lo que se realiza una hernioplastia paraestomal retrorrectal. En 2024, durante el seguimiento, se evidencia recidiva de hernia paraestomal, con presencia de dolor abdominal crónico y mala adaptación del estoma. El TC abdominal muestra una hernia paraestomal <5cm sin defectos en la línea media (Tipo I de la clasificación de la Sociedad Europea de la Hernia), cuyo saco contiene asas de intestino delgado. Dada la clínica y los hallazgos del TC abdominal se decide reparación programada de la hernia.

Resultados: Se inicia la técnica mediante la confección de neumoperitoneo con aguja de Veress en el punto de Palmer y colocación de tres trocares robóticos de 8mm a nivel lateral izquierdo. Tras el acceso se evidencian múltiples adherencias de epiplón y asas de intestino delgado al peritoneo parietal que precisan una liberación cuidadosa. Tras la adhesiolisis, se procede a la localización del estoma y reducción cuidadosa del contenido del saco herniario, en cuyo interior se encontraban asas de intestino delgado íntimamente adheridas al saco. Tras ello se comprueba la capacidad de lateralización del asa de la ureteroileostomía y se realiza una liberación de adherencias hasta conseguir una lateralización adecuada del estoma que permita continuar con la técnica. Cierre del defecto herniario ajustado a la ostomía con sutura barbada 2/0 (v-lock), incluyendo el saco herniario en la sutura para la reducción del espacio muerto. Parietalización de la ostomía mediante sutura del meso del asa a la pared abdominal. Finalmente se coloca un trocar de asistencia de 12mm en FID para la introducción y colocación de una malla tricapa de politetrafluoroetileno (PTFE) en su superficie parietal y ácido poliglicólico (PGA) y carbonato trimetileno (TMC) en superficie visceral (Synecor-Gore) fijada con sutura barbada 2/0.

Conclusiones: La técnica de Sugarbaker mediante abordaje robótico para la reparación de la hernia paraestomal es una técnica efectiva y segura. Debe considerarse una opción factible en casos en los que el espacio retromuscular esté previamente manipulado como en nuestro caso, aunque su elección dependerá del estado del estoma y de la cavidad abdominal, así como de preferencias del cirujano, recursos técnicos y materiales disponibles.



Comunicaciones Vídeo

REPARACIÓN CON ASISTENCIA ROBÓTICA COMBINADA TAR Y R-TAPP EN EVENTRACIÓN COMPLEJA

Castrodá D, Pascual MA, Oubiña R, Tamayo DE, Fernández P, Lois E, López-Goye S, Costas V, Parajó AE. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Objetivo: El objetivo de este vídeo es describir de forma precisa la secuencia técnica de un TAR (Transversus Abdominis Release) transabdominal asistido por robot aplicado a una eventración con amplia separación de los rectos, mostrando cómo la preparación preoperatoria con toxina botulínica contribuye a reducir la tensión y facilitar el cierre de la línea media, e incidiendo en los aspectos técnicos clave que permiten una ejecución segura y reproducible del TAR robótico en defectos complejos.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 75 años intervenido previamente de hemicolectomía derecha urgente por neoplasia de colon ascendente oclusiva, que desarrolló una eventración M2–3–4W3 con separación de músculos rectos de 11 cm. El paciente presentaba también una hernia inguinal derecha recidivada. Tras inyección preoperatoria de toxina botulínica en la pared abdominal lateral, se realizó una eventroplastia TAR transabdominal asistida por robot, con liberación de transversus down-to-up, según modificación de Madrid, asociada a una reparación TAPP robótica de hernia inguinal derecha. Se realizó además una mini incisión en línea media supraumbilical para resección de saco herniario sobrante.

Resultados: La intervención transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta al cuarto día postoperatorio, con adecuada recuperación funcional y control del dolor.

Conclusiones: El TAR desempeña un papel clave en la reconstrucción de eventraciones con gran separación de los músculos rectos al permitir una amplia liberación miofascial medial y lateral que facilita el cierre fascial sin tensión incluso en defectos de gran envergadura, ofreciendo una restauración más fisiológica de la línea media y evitando la necesidad de puentes protésicos, con la consiguiente mejora en la funcionalidad y estabilidad de la pared abdominal. La realización del TAR mediante cirugía robótica potencia estos beneficios al proporcionar una disección más precisa en los planos profundos, un trauma tisular claramente menor y unas condiciones ergonómicas superiores para el cirujano, lo que se traduce en un mejor control del dolor postoperatorio, menor morbilidad de la herida y una recuperación más rápida. Asimismo, la preparación preoperatoria con toxina botulínica contribuye de manera decisiva en eventraciones con marcada separación de los rectos al aumentar la complacencia de la pared lateral, facilitando así un cierre fascial completo y sin tensión. En conjunto, la combinación de TAR asistido por robot, relajación química muscular y resección del saco herniario redundante constituye una estrategia eficaz y segura para el tratamiento de eventraciones complejas con amplia diástasis, ofreciendo excelentes resultados anatómicos y funcionales, y permitiendo además aprovechar el acceso al plano preperitoneal para realizar de forma simultánea y mediante la misma plataforma robótica la reparación de hernias inguinales asociadas con técnica TAPP, completando así un abordaje integral de la patología de la pared abdominal.



LXIX Reunión anual de la Sociedad de Cirugía de Galicia. Ferrol, 28 y 29 de noviembre de 2025.

Comunicaciones Vídeo MALROTACIÓN INTESTINAL

Lorenzo Alfaya L, Suárez Pazos N, Pablos Vidal J, Rodríguez Carral P, Caño Gómez P, Díaz Tie M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Introducción y objetivo: Introducción: La malrotación intestinal es una anomalía congénita rara fruto de la alteración en la rotación embriológica del intestino medio. Suele dar clínica y diagnosticarse en los primeros meses de vida. En el adulto frecuentemente es un hallazgo incidental. El objetivo es presentar un vídeo de un caso clínico de malrotación intestinal en el adulto.

Métodos: La base de datos consultada fue PubMed (años 2016-2025). La búsqueda empleó la combinación de términos: "(Intestinal*) AND (Malrotation)". Caso clínico: Mujer de 79 años a la que se realiza colonoscopia con neoformación de ciego tras estudio por anemia ferropénica. En estudio de extensión se evidencia una malrotación intestinal como hallazgo casual. Se presenta caso clínico en comité multidisciplinar y se decide hemicolectomía derecha laparoscópica. En la cirugía se objetiva tumoración cecal que afecta a la pared intestinal, además de presentar sospecha de implantes pélvicos. Se visualiza malrotación intestinal tipo no rotación con colon derecho medializado, adherido a colon transverso y éste a colon izquierdo. Ante dificultad anatómica para visualización de la vascularización, se decide conversión, realizándose hemicolectomía derecha y resección de dos implantes pélvicos sin incidencias. El postoperatorio es favorable, siendo alta al sexto día.

Resultados: La malrotación intestinal es una alteración congénita de la rotación y fijación intestinal durante el desarrollo embriológico. Afecta al 1% de la población y su incidencia en adultos ronda el 0,2-0,5%. Durante el desarrollo embriológico, el intestino medio rota en sentido antihorario unos 270º (90º durante el proceso de herniación y otros 180º durante el retorno a la cavidad abdominal). Según el momento en que se altere el desarrollo, tendremos los diferentes tipos de malrotación descritos en la clasificación de Stringer. Esta alteración suele ser asintomática en el adulto y diagnosticarse incidentalmente. En caso de clínica, los cuadros agudos por volvulación, isquemia u obstrucción son más frecuentes en la edad pediátrica. En los adultos, la presentación más frecuente es el dolor abdominal crónico, junto con vómitos biliosos. El diagnóstico se realiza a través de pruebas de imagen como el tránsito gastrointestinal o TC abdominal. Esta última, con contraste oral e intravenoso, es el "gold standard" en el adulto, permitiendo objetivar la posición anómala del paquete intestinal, las alteraciones vasculares y posibles complicaciones asociadas. El tratamiento de las formas asintomáticas es controvertido en el adulto, pudiendo optarse por manejo conservador. En los casos sintomáticos, el tratamiento de elección es el procedimiento de Ladd laparoscópico, consistente en la liberación de adherencias, corrección de vólvulos, agrandamiento de la raíz del mesenterio y fijación del paquete intestinal, junto con apendicectomía profiláctica. El porcentaje de conversión a vía abierta ronda el 30% en la cirugía de Ladd, pero en intervenciones por otro motivo, no existe evidencia en la literatura del porcentaje de conversión.

Conclusión: La malrotación intestinal en el adulto es una entidad rara causante de dolor abdominal crónico, por lo que suele tratarse de un hallazgo incidental. La prueba de imagen de elección para su estudio es el TC abdominal. Esta variante anatómica no contraindica un abordaje laparoscópico, pero su aparición dificulta el mismo.



Comunicaciones Vídeo

RESECCIÓN SUBMUCOSA DE PÓLIPO RECTAL VELLOSO EXTENSO MEDIANTE TAMIS ROBÓTICO CON HIDRODISECCIÓN

Oubiña García R, Otalora Mazuela L, Barreiro Domínguez E, Seoane Antelo J, Diz Jueguen S, Paniagua García-Señoráns M, Piñeiro Teijeiro A, Castrodá Copa D, Pascual Gallego M, Tamayo Webster D, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción y objetivo: Actualmente existen diversas opciones de tratamiento quirúrgico para las lesiones rectales. Entre ellas, se halla la resección local mínimamente invasiva (TAMIS), que puede estar indicada en el caso de lesiones benignas no extirpables por vía endoscópica y en algunos casos seleccionados de lesiones malignas. Además, el uso de la tecnología robótica y de la hidrodissección pueden ser de gran ayuda para la exéresis de estas lesiones. Presentamos un caso de resección submucosa de pólipo vellosa rectal extenso mediante TAMIS robótico con hidrodissección con el objetivo de evaluar las ventajas que ofrece el uso de esta técnica para la extirpación completa del pólipo sin perforación rectal.

Material y métodos: Se muestra un vídeo con la técnica para la realización de un TAMIS robótico con resección submucosa e hidrodissección en un paciente que presenta una neoplasia vellosa rectal extensa, situada desde 8 cm del ano, en recto intraperitoneal, con biopsia de no malignidad.

Resultados: Con esta técnica, se consigue la exéresis completa de la lesión, sin fragmentación de la pieza y sin perforación rectal. El resultado final de la anatomía patológica resultó un adenoma vellosa sesil con displasia de bajo grado, márgenes libres.

Conclusiones: El uso de la tecnología robótica para este tipo de cirugía, permite mayor comodidad, magnificación y estabilidad de la imagen, mayor libertad de movimientos que la técnica laparoscópica. Con esto, conseguimos mayor precisión en espacios limitados. Además, la hidrodissección facilita la visualización del plano submucosa-muscular con menor riesgo de sangrado, perforación y fragmentación de la pieza.



Comunicaciones Vídeo

RECONSTRUCCIÓN PERINEAL EN GRANDES DEFECTOS TRAS AAP. ¿CÓMO LO HACEMOS?

Castrodá D, Pascual MA, Oubiña R, Tamayo DE, Otalora L, Paniagua M, Diz S, Seoane J, Piñeiro A, Barreiro E, Parajó AE. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción: Objetivo: el defecto que ocasionamos tras una amputación abdominoperineal puede ser corregido con diferentes técnicas que van desde, un cierre simple para pequeñas pérdidas de sustancia, hasta colgajos miocutáneos para grandes pérdidas por lo que, en ocasiones, es necesaria la colaboración multidisciplinar entre Cirugía general y plástica. Los colgajos miocutáneos hacen posible una reconstrucción extensa y un llenado completo en profundidad, pero son técnicamente complejos y precisan de un aprendizaje dirigido para evitar complicaciones posteriores como la necrosis por afectación de los pedículos vasculares principales, motivo por el cual presentamos el siguiente vídeo.

Material y métodos: se presenta un vídeo de reconstrucción del defecto perineal extenso tras una amputación abdominoperineal por adenocarcinoma de canal anal localmente avanzado y afectación de grasa isquiorrectal y perineal.

Resultados: debido a que se trata de un amplio defecto, con una gran pérdida de sustancia tanto a nivel superficial, como profundo se realiza un colgajo de Taylor con paleta VRAM derecho y uno de musculo Gracillis izquierdo. Se precisa de rectificación del pedículo del colgajo de Taylor tras el cierre, por estasis venosa debido a Kinking vascular. La cobertura del defecto es exitosa, sin problemas en el postoperatorio.

Conclusiones: Los colgajos miocutáneos son los más empleados cuando se trata de reconstruir un gran defecto con necesidad de un amplio llenado en profundidad. El colgajo de Taylor con paleta Vram es el más seguro y eficaz. La fiabilidad vascular y el gran volumen del colgajo son las ventajas incomparables para garantizar el llenado de las cavidades que quedan después de las exenteraciones pélvicas y las amputaciones pelviperineales. La vascularización de la isla cutánea en el colgajo de músculo Gracillis es mediocre en ocasiones, llegando a una tasa de necrosis total o parcial del 11 al 30%.



Comunicaciones Vídeo RECTOSACROPEXIA ROBÓTICA

Caño Gómez P, Suárez Pazos N, Echevarría Canoura M, López de los Reyes R, Díaz Tie M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Introducción: El rectocele es una herniación del recto hacia la pared posterior de la vagina, lo que produce una protrusión del recto durante el esfuerzo defecatorio o incluso en reposo. En esta comunicación presentamos el vídeo de una rectosacropexia ventral robótica en una paciente con prolapso de órganos pélvicos y clínica de defecación obstructiva, exponiendo los pasos quirúrgicos y los beneficios de este tipo de abordaje frente al laparoscópico.

Caso clínico: Mujer de 65 años con clínica de tumoración en cara vaginal posterior de larga evolución asociada a incontinencia urinaria y necesidad de digitación para la defecación. Además, portadora de pesario con infecciones genitourinarias de repetición. A la exploración se evidencia cistocele grado II y rectocele grado III. Se solicita resonancia magnética para completar estudio donde se confirma prolapso a nivel de los tres compartimentos; cistocele moderado, rectocele anterior de tamaño medio y prolapso uterino leve. En sesión multidisciplinar se decide intervención quirúrgica mediante rectosacropexia ventral robótica. La cirugía transcurre sin incidencias intraoperatorias y la paciente es dada de alta al segundo día postoperatorio, sin complicaciones agudas.

Discusión: La rectosacropexia ventral es una técnica que se emplea para la reparación del prolapso rectal completo y el rectocele sintomático. El objetivo es recolocar el recto en su posición anatómica, fijándolo al promontorio sacro, preservando la inervación lateral (plexos hipogástricos y nervios pélvicos) para prevenir la disfunción rectal y sexual. Para ello se realiza la disección del promontorio sacro, realizando una apertura en "J" del peritoneo. Se produce a la disección parcial del mesorrecto lateral derecho, y del "tabique" rectovaginal, Posteriormente, colocación y fijación de la malla a los elevadores, pared rectal y promontorio. Por último, cierre del peritoneo. Como se puede observar, el abordaje robótico permite una mayor manejabilidad de los tejidos y posiciones, además de facilitar la realización de los puntos de sutura en la pelvis.

Conclusión: Dado que en el abordaje robótico de la rectopexia se consigue una mejor identificación del plano rectovaginal y de los plexos nerviosos, además de una fijación más precisa de la malla al promontorio y al recto, cabe esperar mejores resultados postoperatorios frente a laparoscopia convencional como una reducción en la tasa de recidiva, tasa de disuasión sexual y una mejora en el estreñimiento. No obstante, se necesitan más estudios.



Comunicaciones Vídeo

PAGET PERIANAL. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Dorado Castro L, Torres García MI, Monjero Ares I, Montoto Santomé P, Martínez Miguez M, Ramírez Ruiz L, Maseda Díaz O. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo).

RESUMEN:

Objetivos: Mostrar los fundamentos clínicos y patológicos de la enfermedad de Paget perianal, así como su tratamiento quirúrgico. Se ilustra con la presentación de un caso clínico describiendo el proceso diagnóstico y la técnica quirúrgica empleada, así como los resultados postoperatorios.

Material y métodos: El vídeo incluye una revisión breve de la enfermedad de Paget perianal con sus características anatomopatológicas e inmunohistoquímicas. A continuación, se expone el caso de una paciente de 77 años con clínica de prurito y lesiones eccematosas perianales, diagnosticada de enfermedad de Paget perianal secundaria, en la que se identificó una lesión subyacente en la unión canal anal-recto inferior. El diagnóstico se estableció mediante biopsia local para estudio histológico e inmunohistoquímico, colonoscopia, TC y RNM para estudio de extensión. Se detalla la técnica quirúrgica realizada: resección local amplia con márgenes oncológicos adecuados y reconstrucción del defecto mediante colgajo V-Y bilateral.

Resultados: La resección en dos tiempos con criterios oncológicos permitió una exéresis completa de la lesión, confirmada por el análisis anatomopatológico. La reconstrucción con colgajo V-Y bilateral ofreció un cierre adecuado del defecto quirúrgico, sin complicaciones inmediatas y con una evolución postoperatoria favorable.

Conclusiones: La paciente presentó buena recuperación funcional y adecuada cicatrización en el seguimiento.



Comunicaciones Vídeo

TUMOR NEUROENDOCRINO DE PRIMARIO OCULTO

Acitores I, Castiñeira A, Diéguez M, García M, Lesquereux L, Parada P. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Introducción: Los tumores neuroendocrinos gastrointestinales son neoplasias poco frecuentes derivadas de células neuroendocrinas capaces de producir hormonas. Pueden desarrollarse en distintos órganos, afectando principalmente el tubo digestivo (65%), así como el páncreas y el tracto broncopulmonar. Suelen aparecer de forma esporádica o asociadas a síndromes familiares como Von Hippel Lindau y neurofibromatosis. En etapas iniciales son asintomáticos, lo que retrasa su diagnóstico hasta fases avanzadas, manifestándose en algunos casos con síndrome carcinoide. Representan alrededor del 2% de las neoplasias digestivas, y su tratamiento curativo es quirúrgico, complementado con terapias médicas en casos avanzados.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 73 años derivado desde las consultas externas de Medicina Interna y Digestivo donde estaba siendo estudiado por pérdida ponderal importante en un año (15 kg) y astenia. El paciente niega síntomas gastrointestinales. Los parámetros analíticos no presentan alteraciones y la TC describe un proceso neoplásico exofítico hipervascularizado de 5,5 cm de diámetro en el ángulo de Treitz sugestivo de GIST intestinal. La ecoendoscopia objetiva una formación heterogénea a nivel de la tercera porción duodenal, concordante con GIST con sospecha de degeneración. En el estudio histológico de la muestra tomada durante el estudio ecoendoscópico, se evidencia un tumor neuroendocrino bien diferenciado (G1) con índice de proliferación Ki67 del 1%. Se completa con estudio de extensión mediante PET-galio, objetivando una masa en la tercera porción duodenal compatible con tumor neuroendocrino con sobreexpresión de receptores de somatostatina (SUV_{máx} 32,2) sin evidenciarse depósitos patológicos del radiofármaco a nivel ganglionar o a distancia sugestivos de metástasis. Tras valoración en Comité Multidisciplinar se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza intervención mediante abordaje laparoscópico. La exploración de la cavidad abdominal confirma la existencia de tumor de 6x5 cm en la zona inferior de la tercera porción duodenal, medial al ángulo de Treitz, adherida a la pared duodenal, pero sin depender de la misma ni de la glándula pancreática. Se realiza tumorectomía y colecistectomía laparoscópica. En el estudio anatomopatológico posoperatorio de la pieza quirúrgica se evidencia tumor neuroendocrino bien diferenciado G1 de primario oculto. El postoperatorio transcurre sin incidencias, con alta al sexto día. En la TC de control realizado a los 6 meses no se evidencia recidiva tumoral.

Discusión: Los tumores neuroendocrinos (TNE) de primario oculto, que representan alrededor del 5–10% de todos los TNE, suponen un reto clínico por su capacidad de metastatizar antes de identificar el tumor primario. Los marcadores funcionales, como el 5-HIAA urinario en tumores serotoninérgicos y la cromogranina A como marcador global, son esenciales para orientar el diagnóstico, valorar la actividad secretora y realizar seguimiento evolutivo. En el ámbito terapéutico, la laparoscopia se ha consolidado como un método quirúrgico seguro y eficaz, permitiendo resecciones precisas con menor morbilidad y recuperación precoz. Además, la neoadyuvancia con análogos de somatostatina puede estabilizar la enfermedad y optimizar las condiciones para una cirugía definitiva en casos seleccionados. En conjunto, un manejo coordinado que integre biomarcadores, abordaje laparoscópico y terapias dirigidas permite maximizar las posibilidades de control tumoral y mejorar de forma significativa el pronóstico.



Comunicaciones Vídeo MONOGRÁFICO DE VESÍCULAS URGENTES

Thorpe B, Paz M, Arias C, Miguez P, Loreto M, Parada P. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Introducción: El 20% de pacientes que ingresan por patología de la vía biliar presentan colecistitis aguda. Un 95% de los pacientes con colecistitis aguda presentan colelitiasis frente a un 5% de colecistitis aguda alitiásicas generalmente asociadas a situaciones clínicas graves. Pese a presentar un cuadro clínico típico es importante establecer el diagnóstico diferencial con otras patologías como infarto agudo de miocardio, hepatitis, pancreatitis, colangitis, úlcera péptica, etc. En caso de diagnóstico temprano, la colecistectomía laparoscópica de urgencia proporciona mejoría clínica del paciente con menor tasas de complicaciones, menor estancia hospitalaria y menor coste que el resto de las medidas terapéuticas. El embarazo supone un factor de riesgo para el desarrollo de colelitiasis y patología vesicular como consecuencia de cambios hormonales fisiológicos, motivo por el que la colecistectomía laparoscópica se encuentra entre los procedimientos más frecuentemente realizados en mujeres embarazadas. Objetivo: Exposición tipo vídeo de casos poco frecuentes de patología vesicular de urgencia.

Materiales, métodos y resultados: Se presentan 4 casos de colecistitis aguda operadas de urgencia:

Caso 1: Mujer de 84 años con antecedentes de ceguera bilateral e hipoacusia ingresa en unidad de coronarias por sospecha de síndrome coronario agudo. Durante el ingreso se objetiva mejoría de la función miocárdica comprobada por ecocardiografía, pero aparición de fiebre y dolor abdominal. Las pruebas complementarias diagnostican una colecistitis aguda enfisematosa junto con el Sd. Takotsubo. Tras realizar una colecistectomía laparoscópica urgente, la paciente es dada de alta el 8º día postoperatorio. Caso 2: Mujer de 90 años es diagnosticada de colecistitis aguda de 48 horas de evolución. Durante la colecistectomía urgente se objetiva una brida que rodea los 2/3 distales de la vesícula biliar condicionando una obstrucción y necrosis del fundus vesicular sin datos de colecistitis proximal. Se realiza sección de la brida y colecistectomía laparoscópica y la paciente es dada de alta al 2º día postoperatorio. Caso 3: Mujer de 34 años de edad al inicio del tercer trimestre de embarazo desarrolla un cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho motivo por el que acude a urgencias donde es diagnosticada de colecistitis aguda. Se realiza colecistectomía laparoscópica urgente objetivándose una colecistitis aguda incipiente. La paciente es dada de alta al 4º día postoperatorio sin complicaciones materno-fetales. Caso 4: Mujer de 89 años de edad acude a urgencias por tumoración en hipocondrio derecho de semanas de evolución. La tomografía computarizada describe importante masa en el espesor de la musculatura sin plano de separación con el fundus vesicular que impresiona de absceso. Se decide cirugía urgente realizándose una colecistectomía urgente laparoscópica convertida a cirugía abierta. Intraoperatoriamente se confirma la comunicación del absceso parietal con el fundus vesicular. La paciente es dada de alta a las dos semanas del ingreso.

Conclusiones: La patogenia responsable de la colecistitis aguda alitiásica sigue siendo a día de hoy no del todo conocida, relacionándose con procesos sistémicos graves que colateralmente manifiestan una inflamación vesicular. Pese a tener tasas de mortalidad entorno al 10%, en personas frágiles y ancianas el desenlace puede ser fatal. Durante los tres trimestres del embarazo la colecistectomía laparoscópica se considera la terapéutica de elección con menor tasas de complicaciones materno-infantiles a corto y largo plazo. La colecistectomía urgente en condiciones favorables es un procedimiento seguro que mejora la calidad de vida del paciente, reduce la estancia hospitalaria, evita las recurrencias, reduce la morbilidad asociada a colelitiasis y supone un menor coste sanitario frente a otros abordajes terapéuticos.



Comunicaciones Vídeo COMPLICACIÓN DEL QUISTE HEPÁTICO SIMPLE

Álvarez Garrido RN, Carracedo R, Estévez SM, Pérez Moreiras I, Mariño E, Rial A, Sánchez-Santos R. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Introducción: Introducción: el quiste simple hepático (QSH) es una lesión quística benigna presente en mas de la mitad de la población mayor de 60 años, sobre todo en mujeres. Generalmente es una lesión asintomática identificada de forma incidental que no requiere tratamiento. Ante la presencia de síntomas su principal tratamiento es la fenestración laparoscópica. Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia intraquística y la infección, siendo rara la torsión y la rotura espontánea, pero pudiendo necesitar tratamiento quirúrgico urgente.

Objetivos: Revisar la evidencia clínica y de manejo sobre los QSH gigantes y sus complicaciones agudas a través de dos casos clínicos de nuestra propia experiencia.

Caso Clínico: Presentamos un vídeo sobre dos casos clínicos de pacientes diagnosticados de rotura de QSH gigante en contexto de abdomen agudo tras un traumatismo con presencia de signos de inestabilidad y shock hipovolémico.

Resultados: Los QSH suelen ser lesiones uniloculares, llenas de líquido claro y no comunicantes con el árbol biliar. Su complicación más grave es la rotura o hemorragia intranquística, que puede ser espontánea o secundaria a trauma. El diagnóstico suele ser incidental mediante tomografía computerizada (TC) solicitada en el contexto de abdomen agudo o por otra causa, aunque la prueba de mayor sensibilidad y especificidad (90%) es la esografía. El manejo de las complicaciones depende de la estabilidad hemodinámica y la presencia de abdomen agudo pudiendo tratarse de manera conservadora o necesitar tratamiento quirúrgico urgente. En nuestros casos clínicos ambos necesitaron manejo quirúrgico urgente con buena evolución posterior.

Conclusión: El QSH gigante, aunque benigno, puede complicarse tras un traumatismo y causar shock hipovolémico. La sospecha diagnóstica rápida y la intervención quirúrgica son esenciales para un pronóstico favorable. La experiencia de los casos presentados y la evidencia actual refuerzan la importancia de reconocer esta entidad en el contexto del abdomen agudo post-traumático.



Comunicaciones Vídeo

LESIONES TRAUMÁTICAS COMPLEJAS, CUANDO MENOS ES MÁS

Abedini Nieto B, Carracedo Iglesias R, Clerigué Ruiz A, Ferreirós Losada I, Pais Rodríguez P, Sánchez Santos R. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: Los traumatismos duodenopancreáticos constituyen un 5% de todas las lesiones abdominales traumáticas, siendo un reto diagnóstico y quirúrgico por su localización, presentación clínica a menudo paucisintomática y, muy frecuentemente, asociadas a otras lesiones, lo que conlleva un aumento significativo de la morbimortalidad. La presentación de este caso tiene por objetivo exponer la importancia de combinar un correcto manejo quirúrgico urgente inicial asociado a la planificación de un tratamiento diferido óptimo y definitivo en este tipo de lesiones altamente demandantes y potencialmente letales.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 22 años, sin antecedentes de interés, que es trasladado por traumatismo toracoabdominal por aplastamiento contra una pared por vehículo pesado. A su llegada a urgencias el paciente se encuentra con mal estado general y facies de dolor, aunque estable hemodinámicamente con GCS 10. A la exploración física destaca equimosis a nivel ocular y cervical y un abdomen en tabla con peritonismo generalizado. Como pruebas complementarias, analítica con hemograma sin hallazgos y BodyTC con múltiples opacidades en LII compatibles con contusión pulmonar y hallazgos sugestivos de rotura/laceración duodenal extensa con hemo-neumoperitoneo asociado y foco sugestivo de sangrado activo, además de contusión/hipoperfusión de cabeza pancreática. Se decide entonces intervención quirúrgica urgente.

Resultados: En la primera intervención se realiza laparotomía media exploradora en la que se observa hemoperitoneo de escasa cuantía, hematoma retroperitoneal en zonas I y II derechas con sección completa por estallido de 3ª porción duodenal y hematoma de mesocolon transverso, resto de cavidad abdominal sin lesiones; se decide realizar control de daños con resección de bordes duodenales seccionados, hemostasia y laparostomía con TPN. Tras estabilización clínica y hemodinámica del paciente se realiza una segunda cirugía (second look) a las 36h: se completa resección de 3ª y 4ª porciones duodenales por falta de viabilidad y se reconstruye el tránsito intestinal mediante anastomosis duodeno-yeyunal L-L + exclusión duodenal total con cierre pilórico transgástrico, gastroyeyunostomía L-L + colecistectomía y tubo de kehr en vía biliar principal. Tras 11 días de ingreso en UCI y 5 días de ingreso en planta de hospitalización, el paciente es dado de alta a domicilio portando el tubo de kehr que se retira posteriormente de forma ambulatoria en consultas externas.

Conclusiones: La cirugía de control de daños en traumatismos abdominales es una estrategia de emergencia que permite la estabilización y reanimación del paciente previamente a una reparación anatómica completa, priorizando la recuperación secundaria de los parámetros fisiológicos y la realización de una correcta planificación quirúrgica definitiva.



Comunicaciones Vídeo

RARO E INESPERADO: ESPLENOPANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL LAPAROSCÓPICA POR TUMOR DE FRANTZ EN VARÓN

Castrodá D, Pascual MA, Oubiña R, Tamayo DE, Otalora L, Carrera E, Poletto DJ, Parajó AE. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción y objetivos: El tumor pseudopapilar de Frantz es una neoplasia derivada de las células exocrinas pancreáticas y su incidencia es menor al 2%, afecta en un 95% a mujeres de entre 20 y 30 años y la afectación en varones es muy infrecuente. Suele ser un tumor benigno, diagnosticado normalmente de manera casual y con una supervivencia a los 5 años del 97%, su presentación con datos malignidad es muy infrecuente y tiene capacidad de metastatizar a hígado, pulmones y piel.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 31 años que consulta por dolor abdominal y se le detecta en prueba de imagen una masa en itsmo pancreático de 5 cm de diámetro compatible por ecoendoscopia con tumor pseudopapilar sólido o cistoadenoma seroso atípico. Se realiza una esplenopancreatectomía corporocaudal laparoscópica detectando una masa en itsmo pancreático de unos 7cm, que no invade estructuras vitales.

Resultados: El paciente es dado de alta al 3º día PO y se establece en la AP una neoplasia pseudopapilar sólida de bajo grado y bien diferenciada (G1), ypT3N0, con cápsula íntegra y márgenes libres.

Conclusiones: El tumor pseudopapilar de Frantz, aunque raro en varones, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas pancreáticas en hombres jóvenes. La resección quirúrgica completa mediante espleno-pancreatectomía laparoscópica es un tratamiento seguro y eficaz en manos experimentadas. En la AP expresa bt catenina, lo que confirma su bajo grado de malignidad.



Comunicaciones Vídeo

RESECCIÓN ANATÓMICA LAPAROSCÓPICA DEL SEGMENTO VI POR ABORDAJE EXTRAGLISSONIANO EN METÁSTASIS HEPÁTICA DE ORIGEN COLORRECTAL

Lago Martínez FY, González Rodríguez FJ, Paz Novo M, Fernández Pérez A, Domínguez Comesaña E, Prieto Carreiras L, Varo Pérez E. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Introducción y objetivo: Las metástasis hepáticas del cáncer colorrectal constituyen la principal indicación de cirugía hepática. Se estima que entre el 50 y el 75 % de los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal desarrollarán metástasis hepáticas durante su evolución, de forma sincrónica en un 15-25% y metacrónica hasta en un 50 %. El criterio fundamental para considerar una enfermedad metastásica hepática resecable es asegurar márgenes libres (R0) con un volumen de remanente hepático funcional adecuado. La laparoscopia ha demostrado ser una alternativa segura a la cirugía abierta, con beneficios en términos de recuperación y morbilidad. Dentro de los abordajes laparoscópicos, la técnica extraglissoniana ofrece la ventaja de no depender de las variaciones anatómicas vasculares ni biliares, ya que al nivel en donde se realiza la disección, dichas variaciones se encuentran superadas. El objetivo de esta comunicación es describir la técnica quirúrgica y los aspectos técnicos esenciales de la resección anatómica laparoscópica del segmento VI por abordaje extraglissoniano en un paciente con metástasis hepática colorrectal única, destacando sus ventajas anatómicas y su aplicabilidad en cirugía hepática oncológica mínimamente invasiva.

Material y métodos: Presentamos el caso de un varón de 81 años diagnosticado en 2015 de adenocarcinoma de recto cT3N0M0, tratado con quimio radioterapia neoadyuvante y posterior resección anterior baja con escisión total del mesorrecto laparoscópica. Durante los cinco años de seguimiento oncológico presentó enfermedad estable, sin evidencia de recidiva ni metástasis. Diez años más tarde, se detectó elevación del marcador tumoral CEA y enzimas de colestasis; la TC abdominal objetivó una lesión hepática hipodensa en fase portal en el segmento VI, con diagnóstico diferencial entre metástasis hepática y colangiocarcinoma. La biopsia hepática orientó a metástasis de adenocarcinoma colorrectal. Tras ocho ciclos de quimioterapia FOLFOX, se realizó resección anatómica laparoscópica del segmento VI asociada a colecistectomía. Se posicionó al paciente en decúbito lateral izquierdo y se establecieron cinco accesos laparoscópicos subcostales derechos. La exploración inicial confirmó la ausencia de carcinomatosis o líquido libre. Se procedió a la sección del ligamento triangular derecho y del ligamento hepatorenal para movilizar el lóbulo hepático derecho. Mediante ecografía intraoperatoria se delimitaron los márgenes tumorales y la bifurcación del pedículo sectorial posterior. Se abordó de forma extraglissoniana el pedículo hepático posterior derecho, efectuando hepatotomía con CUSA y clipaje selectivo con Hem-o-lok del pedículo del segmento VI. La visualización con verde de indocianina confirmó los límites anatómicos del segmento. La resección se completó realizando tres clampajes del hilio hepático intermitentes mediante maniobra de Pringle) con un tiempo total de isquemia de 56 minutos.

Resultados: La intervención se completó sin incidencias, con pérdida hemática mínima. El postoperatorio cursó sin complicaciones, y el paciente fue dado de alta al quinto día. El estudio histológico confirmó metástasis de adenocarcinoma colorrectal con márgenes libres (R0).

Conclusiones: La resección anatómica laparoscópica del segmento VI mediante abordaje extraglissoniano es una técnica segura, reproducible y oncológicamente válida. Permite un control vascular selectivo y una delimitación anatómica precisa, independiente de las variaciones vasculares y biliares.



Comunicaciones Vídeo

OCLUSIÓN DEL PIE DE ASA TRAS BYPASS GÁSTRICO ROBÓTICO. RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE ANASTOMOSIS

Oubiña García R, Pérez Corbal L, Otalora Mazuela L, Brox Jiménez A, Lois Silva E, Artime Rial M, Costas Fernández V, Castrodá Copa D, Pascual Gallego M, Tamayo Webster D, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción y objetivo: El antecedente de una cirugía bariátrica puede ser determinante a la hora de realizar un diagnóstico en un paciente con un cuadro abdominal agudo. Estos pacientes, no son comparables a los pacientes normopeso y su comportamiento en el postoperatorio inmediato, por su menor reserva funcional y forma de presentación diferente de las complicaciones. Por ello, presentamos un caso de resección y reconstrucción del pie de asa por oclusión del mismo en un paciente con antecedente de un bypass gástrico en Y de roux robótico.

Material y métodos: Varón de 54 años intervenido de un bypass gástrico robótico, sin incidencias, dado de alta al tercer día postoperatorio. A los 10 días de la intervención, acude a urgencias por imposibilidad para la deglución y náuseas. Se realiza un TC abdominal en el que se objetiva una dilatación del asa alimentaria hasta el pie de asa. Se realiza cirugía urgente, identificando una dilatación de toda el asa alimentaria hasta el pie de asa, sin dilatación del reservorio gástrico. A nivel del pie de asa, se objetiva una torsión del asa alimentaria sobre el meso que condiciona un cambio de calibre. Se realiza liberación e individualización cuidadosa de las tres asas: alimentaria, biliar y común. Dada la imposibilidad para liberación completa del pie de asa por encontrarse adherido íntimamente al meso adyacente, se decide resección del mismo y nueva reconstrucción. Se secciona en primer lugar el asa alimentaria y a continuación se seccionan el asa biliar y asa común (previo marcaje de las mismas). Para la reconstrucción se confecciona anastomosis entre el asa alimentaria y el asa común y posteriormente, anastomosis entre el asa biliar y el asa común, 10 cm distal a la anastomosis previa.

Resultados: El paciente evolucionó de manera favorable, con antibioterapia de amplio espectro. Actualmente se encuentra asintomático y con buena tolerancia a dieta.

Conclusión: La cirugía bariátrica es una cirugía segura, con una tasa de morbi-mortalidad muy baja. Sin embargo, es necesario conocer que la oclusión intestinal en estos pacientes es habitualmente una urgencia quirúrgica, con rápida evolución a isquemia intestinal o dehiscencia anastomótica por aumento de la presión endoluminal si no se resuelve precozmente, por lo que debe realizar una identificación y tratamiento precoz de la causa por un equipo especializado. Por ello, presentamos este caso, con una complicación poco frecuente de un bypass gástrico en Y de roux, en el que es necesario realizar una nueva reconstrucción del pie de asa para evitar las complicaciones previamente descritas.



Comunicaciones Vídeo

CIRUGIA DE FÍSTULA GASTRO-GÁSTRICA TARDÍA ASISTIDA POR VÍA ROBÓTICA, UTILIDAD DE LA ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA

Pascual Gallego M, Brox Jiménez A, Pérez Corbal L, Artime Rial M, Costas Fernández V, Lois Silva E, Otalora Mazuela L, Castrodá Copa D, Oubiña García R, Tamayo Webster D, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción y objetivo: La fístula gastro-gástrica (FGG) es una comunicación anómala entre el reservorio y el remanente gástrico. Normalmente se describe en el posoperatorio tardío de un by pass gástrico (BPG) y su incidencia es < del 1%. Su diagnóstico puede ser un desafío clínico ya que puede cursar desde estados asintomáticos hasta síntomas inespecíficos. La corrección quirúrgica de la FGG puede llegar a ser técnicamente difícil. Presentamos el video de una FGG tardía compleja asistida por vía robótica donde se precisó de endoscopia intraoperatoria para su reparación.

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

Resultados: Varón de 48 años con antecedentes de enolismo crónico, esteatohepatitis, intervenido de BPG en Y de Roux hace 8 años. Refiere posoperatorio complejo tras esta cirugía con estancia prolongada en la Unidad de Reanimación (intervenido en otro Centro Hospitalario, no aporta informes). IMC inicial de 50,2 kg/m² e IMC mínimo posterior de 28,1 kg/m². Consulta por clínica insidiosa de vómitos, epigastralgia y reflujo gastroesofágico. Además, se objetiva reganancia ponderal progresiva con IMC actual de 49,2 kg/m². Se realiza gastroscopia y tránsito gastroduodenal compatibles con FGG. Tras optimización preoperatoria se indica una cirugía revisional con abordaje robótico donde se visualizan intensas adherencias hepáticas al reservorio y a la anastomosis gastroyeyunal siendo muy útil la realización de una endoscopia intraoperatoria que ayuda a la identificación de las estructuras anatómicas. Se identifica FGG de al menos 4cm adyacente a la anastomosis, se descarta FGG concomitante en el ángulo de His. Tras exéresis de FGG se confecciona nuevo reservorio con nueva anastomosis manual gastroyeyunal más rafia del estómago excluido. El posoperatorio inmediato transcurre sin incidencias siendo dado de alta al 5º día.

Conclusiones: La corrección quirúrgica de la FGG es técnicamente complicada y tiene tasas de complicación mayores que la cirugía bariátrica primaria llegando a suponer un auténtico reto quirúrgico. Las nuevas tecnologías, el uso de la endoscopia intraoperatoria y la integración de las mismas en la plataforma (tilepro) pueden ayudar al manejo y reparación de esta patología.



Comunicaciones Vídeo

BY PASS DUODENO-ILEAL DE ÚNICA ANASTOMOSIS (SADI-S) ROBÓTICO EN EL TRATAMIENTO DE LA SUPEROBESIDAD

Pascual Gallego M, Brox Jiménez A, Pérez Corbal L, Artime Rial M, Costas Fernández V, Lois Silva E, Otalora Mazuela L, Castrodá Copa D, Oubiña García R, Tamayo Webster D, Parajó Calvo A. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

RESUMEN:

Introducción y objetivo: El by pass en Y de Roux (BPYR) se ha establecido como uno de los procedimientos bariátricos más estudiados y realizados. Mediante la combinación de mecanismos malabsortivos, restrictivos y hormonales esta técnica consigue pérdidas ponderales y beneficios metabólicos óptimos en las personas con obesidad. Sin embargo, hasta un 20% de los pacientes pueden experimentar pérdida ponderal subóptima o incluso reganancias, particularmente en las personas con obesidad tipo IV ($IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$). Adicionalmente la no preservación pilórica y las transecciones mesentéricas pueden acarrear otras complicaciones como úlceras anastomóticas, síndrome de dumping o hernias internas. Para salvar estas limitaciones Sánchez-Pernaute y Torres introdujeron en 2007 la técnica del by pass duodeno-ileal de una única anastomosis con gastrectomía vertical (SADIS-S).

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

Resultados: Varón de 42 años con antecedentes de SAHS, insulinoresistencia sin tratamiento y con IMC máximo de $60,9 \text{ kg/m}^2$. Tras la colocación de balón intragástrico durante 10 meses alcanza IMC preoperatorio de 53 kg/m^2 . Se realiza SADI-S con asistencia robótica. Tras el contaje y referencia por laparoscopia de 250 cm de intestino desde la válvula ileocecal se devasculariza la curvatura mayor gástrica a partir de 5 cm del píloro y hasta el ángulo de His, seguidamente se confecciona gastrectomía vertical tutorizada sobre Fouchet de 36 F. A continuación, se realiza disección desde el antro gástrico hasta visualizar y respetar la arteria gastroduodenal. Posteriormente se procede a seccionar el duodeno respetando la arteria gástrica derecha. Por último se confecciona la anastomosis duodeno-ileal manual con sutura barbada absorbible de 3/0. El paciente es alta al 3º día posoperatorio sin incidencias.

Conclusiones: La técnica de SADI-S constituye una simplificación del cruce duodenal, conservando su gran eficacia en la pérdida ponderal. Aunque la evidencia es actualmente limitada se sugiere que en comparación con el BPYR el SADI-S podría beneficiar particularmente a los pacientes con $IMC \geq 50 \text{ kg/m}^2$. Desde 2020, entidades como la Federación Internacional de la Cirugía de la Obesidad (IFSO) y la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica (ASBS) validan al SADI-S como un arsenal más en el tratamiento de una patología tan compleja como es la obesidad mórbida. El SADI-S puede realizarse por vía robótica aprovechando las ventajas que en visión y precisión ofrece esta plataforma.