



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

Comunicaciones Orales

DUODENOPANCREATECTOMÍAS CEFÁLICAS (DPC): UNA PROFILAXIS TRAS OTRA

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

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

RESUMEN:

Objetivos: determinar si la administración de piperacilina/tazobactam (PT) como profilaxis estándar se asocia con una reducción de la infección en el sitio quirúrgico (ISQ) y la morbilidad en nuestro centro.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente las duodenopancreatectomías cefálicas (DPC) consecutivas realizadas entre enero de 2022 y diciembre de 2024. Se compararon los resultados (morbilidad y fuga pancreática) entre el grupo A (ampicilina/sulbactam o amoxicilina/ácido clavulánico; PAC) y el grupo B (PT) (prueba de Chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher para variables cualitativas y prueba de Mann-Whitney para variables cuantitativas).

Resultados: Muestra: 20 mujeres y 38 hombres. Mediana de edad: 63,5 años. Complicaciones Clavien-Dindo \geq III: 20,7%. Fuga pancreática grado >A: 8,6%. No se ha registrado mortalidad. La muestra se dividió en Grupo A (n=38) y Grupo B (n=20), siendo ambos comparables en cuanto a edad ($p=0,7$), ASA ($p=0,09$), colangitis previa (31,6% vs 20%; $p=0,348$), drenaje biliar (44,7% vs 45%; $p=0,985$) o administración de antibióticos (42,1% vs 25%; $p=0,198$). No se observaron diferencias significativas en cuanto a morbilidad (60% vs 45%; $p=0,258$), ISQ (31% vs 20%; $p=0,348$), fuga pancreática grado >A (10,5% vs 5%; $p=0,650$) ni estancia hospitalaria (16,22 días vs 12 días; $p=0,649$). Los cultivos de bilis fueron positivos en el 55,2% de los pacientes, solo 5 no estaban cubiertos con amoxicilina/ácido clavulánico y gentamicina (8,6%). Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron Enterococcus, Klebsiella y E. Coli.

Conclusiones: La administración de PT como profilaxis antibiótica no se asoció con una menor incidencia de ISQ, morbilidad ni fístula pancreática.



Comunicaciones Orales

HERNIA Y OBESIDAD: ¿QUIÉN VA PRIMERO?

López Vázquez C, González López R, Anguita Ramos F, Navarro Quirós G, Martínez Peral A, Lenza Trigo P, Ocharán Puell M, De la Puente Mota N, Maseda Díaz O. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

RESUMEN:

Introducción: La coexistencia de obesidad y hernia de pared abdominal plantea dilemas terapéuticos: la obesidad aumenta riesgo de aparición, complicaciones y recurrencia de hernias; a la vez la hernia puede condicionar la técnica y seguridad de la cirugía bariátrica. Las guías y revisiones recientes aconsejan individualizar: considerar cirugía metabólica (MBS) primero en pacientes con obesidad severa, pero valorar reparación simultánea o priorizar la hernia en situaciones concretas.

Objetivo: Sintetizar la evidencia actual para responder: ¿qué operar primero (hernia vs. obesidad) y en qué situaciones es razonable cirugía simultánea?

Material y métodos: Revisión narrativa de la literatura entre 2018–2025 incluyendo: guías ASMBS, IEHS, EHS; revisiones sistemáticas y estudios comparativos sobre reparación herniaria y cirugía bariátrica simultáneas o en dos tiempos, y revisiones específicas sobre manejo en pacientes bariátricos.

Discusión: Las guías sugieren que en los pacientes con obesidad severa (ej. IMC ≥ 35 –40 kg/m² o con comorbilidades significativas), se debería considerar primero la cirugía bariátrica para inducir pérdida de peso con el objetivo de que disminuya la tensión sobre la reparación y se reduzcan las complicaciones. Realizar la intervención bariátrica en primer lugar suele ser preferible para hernias complejas o grandes que probablemente requerirán reconstrucción con malla. También podría considerarse en paciente con alto riesgo quirúrgico donde la pérdida de peso reduce morbilidad. En ocasiones la reparación herniaria debe ser el primer paso. La complicación herniaria en forma de estrangulación, incarceration u obstrucción requiere reparación inmediata de la misma. En el caso de hernias pequeñas sintomáticas con riesgo de complicación o cuando el paciente no es candidato a cirugía bariátrica, la reparación primaria también estaría indicada; así como hernias que impiden la cirugía bariátrica de forma segura (p. ej. grandes defectos que comprometen cierre abdominal) pueden justificar la reparación previa. Por otro lado, podría considerarse una reparación simultánea en casos como hernias pequeñas o defectos que pueden repararse sin malla durante la cirugía bariátrica o pacientes en los que la adición de una reparación herniaria no incrementa significativamente tiempo/riesgo quirúrgico según criterio del equipo. La evidencia muestra que la reparación concomitante puede ser segura en pacientes seleccionados, pero aumenta el riesgo de infección si se implanta malla en cirugía combinada; por eso muchos autores reservan la simultaneidad para defectos menores.

Conclusiones: La evidencia actual favorece una estrategia en dos tiempos (cirugía bariátrica seguida de reparación de hernia) como abordaje estándar en la mayoría de los pacientes con obesidad mórbida y hernia de pared abdominal. Sin embargo, la reparación simultánea puede considerarse segura en casos seleccionados. A pesar de la incidencia relativamente alta de hernias ventrales en pacientes con obesidad mórbida, su manejo en pacientes de cirugía bariátrica sigue siendo difícil y controvertido. Actualmente no existe consenso sobre el momento adecuado para la reparación de la hernia ventral en relación con la cirugía bariátrica. En conclusión, el manejo de la hernia en pacientes con obesidad exige un enfoque integral.



Comunicaciones Orales

MANEJO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA ESPLÉNICO EN PACIENTE CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernández Blanco P, López Barbeito M, Sierra Fernández S, Gómez Pasantes D, Rivas Polo I, Cao González JI, Aguirrezabalaga González J. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción: Los aneurismas de la arteria esplénica constituyen la localización más frecuente de los aneurismas viscerales. En pacientes con hipertensión portal, inducida por cirrosis, esta incidencia se ve incrementada. Si bien la mayoría de los aneurismas son asintomáticos y de pequeño tamaño, el riesgo de ruptura es mayor en pacientes candidatos a trasplante hepático, especialmente en el periodo perioperatorio. En la actualidad no existe consenso sobre el manejo óptimo de estos pacientes, sin embargo, la detección y un tratamiento precoz podrían una estrategia preventiva eficaz, evitando complicaciones fatales como la ruptura aneurismática y su elevada mortalidad asociada.

objetivo: El objetivo principal de esta comunicación es revisar la evidencia actual sobre el manejo de los aneurismas esplénicos en pacientes cirróticos en lista de espera para trasplante hepático. Así como presentar un caso clínico, en el que se decide la realización de una embolización prequirúrgica como medida profiláctica.

Materiales y métodos: A propósito del caso descrito, se realiza una búsqueda en bibliográfica de los artículos publicados durante los últimos 10 años, acerca del manejo de los aneurismas esplénicos en pacientes receptores de trasplante hepático.

Caso clínico: varón de 63 años con cirrosis hepática de etiología enólica en lista de espera para trasplante. Se identificó aneurisma sacular de 16 mm en el tercio medio-distal de la arteria esplénica, asociado a trombosis portal extensa. Se realizó embolización selectiva mediante dispositivo Amplatzer y coils, preservando una rama esplénica proximal a zona aneurismática. El control angiográfico confirmó la exclusión completa del saco, hipoperfusión esplénica difusa y con algunos focos de perfusión conservada en polo inferior del bazo. El paciente fue trasplantado posteriormente, requiriendo trombectomía, angioplastia y colocación de stent portal. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones infecciosas ni vasculares atribuibles a la embolización durante los 6 meses posteriores al trasplante.

Resultados y conclusiones: El manejo de los aneurismas esplénicos asintomáticos, en pacientes candidatos a trasplante hepático continúa siendo objeto de debate. La evidencia respalda un cribado sistemático y una intervención precoz, independientemente de su tamaño, utilizando algoritmos individualizados y multidisciplinarios, con el objetivo de reducir la mortalidad asociada a la ruptura postrasplante. El manejo endovascular puede resultar una estrategia segura y eficaz, reduciendo el riesgo de rotura sin comprometer la cirugía posterior.



Comunicaciones Orales

HEPATOCARCINOMA FIBROLAMELAR (FLC): REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y EXPERIENCIA RECIENTE EN NUESTRO CENTRO

Sierra Fernández S, Rivas Polo JJ, Aguirrezabalaga González J. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

RESUMEN:

Introducción: El hepatocarcinoma fibrolamelar (FLC) es un tumor hepático primario muy infrecuente (0,5-9 % de los hepatocarcinomas), que afecta a adolescentes y adultos jóvenes sin hepatopatía previa y con ligero predominio masculino. Su clínica es inespecífica (dolor abdominal, masa palpable, pérdida de peso...), por lo que suele diagnosticarse en estadios avanzados como masas hepáticas de gran tamaño. A diferencia del hepatocarcinoma clásico, requiere biopsia para su confirmación. Su rasgo inmunohistoquímico distintivo es la proteína de fusión DNAJB1-PRKACA, presente en casi el 100 % de los casos. La resección R0 es el tratamiento de elección, factible en el 50-70 % de pacientes, que precisan hepatectomías mayores en la mayoría. La supervivencia global tras resección es superior a la del hepatocarcinoma convencional, aunque con alta tasa de recurrencia (70-80 % a 5 años). El trasplante hepático puede considerarse en enfermedad localizada irresecable, con supervivencias modestas (38-48 % a 5 años) y recurrencia del 10-20 %. No existen regímenes estandarizados de quimio- o inmunoterapia, basándose su tratamiento en series o casos aislados.

Material y métodos: Se realiza una revisión narrativa de la literatura publicada acerca del FLC: epidemiología, etiología, histología, presentación, diagnóstico, tratamiento y perspectivas de futuro; así como una revisión de la experiencia reciente de nuestro centro –últimos 5 años-, presentando los casos intervenidos y su evolución.

Resultados: En los últimos 5 años, en el Hospital Universitario de A Coruña fueron diagnosticados tres casos de FLC (dos mujeres y un varón; edad media 18,7 años). En los tres casos, el Comité Multidisciplinar, decidió intervención quirúrgica de entrada, requiriendo dos de ellos una hepatectomía mayor (hepatectomía izquierda + resección de segmento I y hepatectomía izquierda ampliada + trombectomía por trombosis portal tumoral) y en el otro una Bisegmentectomía II-III. Dos de los pacientes presentaron recidiva post resección (tiempo medio hasta la recidiva 5,5 meses), presentando uno de ellos recidiva ganglionar y en el borde de resección y el otro ganglionar únicamente. La otra paciente se encuentra libre de enfermedad tras 17 meses de seguimiento, sin tratamiento adyuvante. De los dos pacientes con recurrencia post-resección, una fue sometida a cirugía de rescate, con resección de LOE en segmento IVb + colecistectomía, con adyuvancia posterior con Levantinib (con escasa adherencia), a pesar de la cual presentó recidiva adenopática a los 3 meses post-resección. El otro paciente, se encuentra actualmente a tratamiento adyuvante con Nivolumab-ipilimumab, con progresión a pesar de esta, pendiente de valorar iniciar otra línea.

Conclusiones: El FLC constituye una patología infrecuente, típica de pacientes jóvenes sin hepatopatía. La resección R0 continúa siendo la única opción potencialmente curativa, mientras que el trasplante hepático se reserva para casos seleccionados. Las recurrencias son muy frecuentes, y las terapias sistémicas actuales muestran eficacia limitada. El futuro terapéutico pasa por la investigación de terapias dirigidas contra la proteína de fusión DNAJB1-PRKACA, diana molecular presente de forma casi universal en estos tumores, que representa una prometedora línea de desarrollo hacia tratamientos personalizados y más eficaces.



Comunicaciones Orales

HERNIA OBTURATRIZ, CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Busto Hermida L, Hernández García LD, Pallarés Pereira A, Troncoso Magdalena I, Parada Pérez-Mancebo Á, Martínez Domínguez L, Salgado Álvarez R, Climent Aira A. (*)

(*) Hospital Ribera Povisa (Vigo).

RESUMEN:

Introducción: La hernia obturatriz es la hernia más frecuente del suelo pélvico, aunque rara dentro de las de la pared abdominal (0,07-1,3%). Su relevancia radica en la dificultad y retraso en el diagnóstico y tratamiento, que explican su alta morbimortalidad (12-70%).

Caso clínico: Mujer de 84 años con 2ª asistencia a Urgencias por dolor abdominal, vómitos y estreñimiento de 3 días de evolución. Ingresa en Medicina interna y constatan pérdida ponderal de 2 años de evolución (actualmente caquética). Realizan TAC abdominal con el hallazgo de obstrucción intestinal por hernia obturatriz derecha. Se realiza laparotomía infraumbilical, con resección íleo-ileal y anastomosis y hernioplastia obturatriz (malla ProGrip™ sobre defecto cubierta por peritoneo). Recupera tránsito intestinal al 7º día y es dada de alta al 12º día. En consulta de revisión, presenta buena evolución, ganancia ponderal y sin neuralgia; alta definitiva.

Discusión: El agujero obturador está parcialmente cerrado por una membrana aponeurótica-muscular; el canal obturador, en la zona superolateral, está cubierto por una almohadilla linfograsa y es atravesado por nervio, arteria y vena obturatriz. Conocer sus relaciones anatómicas evita neuralgias y sangrados (corona mortis presente en el 30%). Hay 3 variantes anatómicas según su trayecto, predominando el tipo 1. Es más frecuente en el lado derecho (60%) y en mujeres (6-9:1, factor anatómico), ancianas, multíparas y de bajo peso (factores ambientales). Rara vez son palpables y suelen presentarse como obstrucción intestinal (80-90%, 0,2-1,6% del total de obstrucciones del intestino delgado), con alto riesgo de encarcelación y estrangulación (70% requieren resección). Por compresión nerviosa pueden aparecer los signos de Howship-Romberg (15-50%, patognómico) y Hannington-Kiff (menos frecuente, pero más específico). El TC abdominopélvico es la prueba de elección, diagnosticando casi el 100% de los casos por la típica imagen de burbuja con nivel hidroaéreo, entre los músculos obturador externo y pectíneo o entre ambos obturadores.

Su tratamiento es quirúrgico:

- Abordaje abierto: laparotomía media infraumbilical (más usada) o Nyhus. En desuso: inguinal anterior o posterior.
- Abordaje laparoscópico: TAPP o TEP (preferidos en cirugía programada).

Si el saco herniario no se reduce, puede hacerse una incisión posteromedial paralela al paquete obturador. Puede ser reparada con:

- Sutura simple: defectos <2cm.
- Malla de polipropileno: usada como tapón o plana, por vía preperitoneal o intraperitoneal (con cobertura peritoneal). Se puede fijar a la membrana obturatriz y bordes del canal obturador.

Presentan una recurrencia del 8-10%.



Comunicaciones Orales

TIROIDECTOMÍA EN LA TIROTOXICOSIS POR AMIODARONA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez-Andrés P, Diéguez M, Cervantes IA, Gamborino E, Beiras C, Blanco MN,
Arcila RJ, Miguez P, Parada P. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Objetivos: Describir la experiencia clínica y la evidencia actual acerca del manejo quirúrgico de la tirotoxicosis inducida por amiodarona (TIA), enfatizando el papel de la tiroidectomía total en casos refractarios al tratamiento médico. Se presenta el caso de un varón de 69 años que desarrolló TIA tipo mixto secundaria al uso de amiodarona y en quien se practicó tiroidectomía total bilateral como tratamiento definitivo por refractariedad al tratamiento antiarrítmico (taquicardias ventriculares monomorfas sostenidas y fibrilación auricular persistente).

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica y el análisis de un caso clínico propio. La TIA se clasifica en tipo 1, asociada a hiperfunción glandular preexistente; tipo 2, de naturaleza destructiva; y tipo mixto, combinación de ambas. En el caso presentado, el diagnóstico se basó en niveles elevados de TSH suprimida, y ecografía que evidenció destrucción glandular y disminución de la vascularización. El tratamiento con prednisona (60 mg/día) y tiamazol (30 mg/día) no mostró respuesta clínica ni bioquímica. Ante la persistencia de la clínica arrítmica, se decide realizar tiroidectomía total bilateral bajo anestesia general y monitorización intensiva.

Resultados: La TIA se presenta en el 5–10 % de los pacientes tratados con amiodarona, siendo el tipo 2 el más frecuente. Anfinson y Lima (2021) destacan que los pacientes con IC tienen baja tolerancia a terapias prolongadas con glucocorticoides y tionamidas, recomendando no demorar la cirugía en estos casos. En la serie de Bakkar et al. (n = 53), la tiroidectomía mejoró la fracción de eyección (44% vs. 49%; p < 0.001) y la supervivencia anual fue del 96%. En la revisión de Widiarti et al. (303 pacientes), la cirugía fue más eficaz que el tratamiento médico para alcanzar el estado eutiroideo, mejorar la función cardíaca y reducir la mortalidad, especialmente en FEVI < 40%. Las complicaciones fueron bajas: hipoparatiroidismo transitorio 5–10%, parálisis recurrente < 2% y mortalidad perioperatoria < 3%. En el caso descrito, la evolución postoperatoria fue favorable, con normalización de la función tiroidea, mejoría progresiva de la función ventricular y de la clínica arrítmica, sin nuevos episodios de taquicardia ventricular no sostenida ni complicaciones locales.

Conclusiones: La TIA constituye una urgencia endocrino-cardiológica que requiere abordaje multidisciplinar. El tratamiento médico puede resultar insuficiente en pacientes con disfunción ventricular, prolongando el estado hipermetabólico y empeorando el pronóstico. La tiroidectomía total temprana en casos muy seleccionados y siempre en centros con experiencia, es una opción segura y resolutive que acorta el tiempo de exposición tiro-tóxica y mejora la supervivencia, como demuestran las series clínicas y revisiones recientes. De acuerdo con algunos autores, en pacientes con FEVI < 40%, arritmias graves y fracaso terapéutico, la cirugía puede considerarse una alternativa precoz y potencialmente curativa.



Comunicaciones Orales

¿ES HORA DE AMBULATORIZAR LA PROCTOLOGÍA?

Busto Hermida L, Hernández García LD, Pallarés Pereira A, Troncoso Magdalena I, Parada Pérez-Mancebo Á, Vázquez Bouzán R, Lamas Ferreiro JL, Climent Aira A. (*)

(*) Hospital Ribera Povisa (Vigo).

RESUMEN:

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos en intervenidos de hemorroides y fístula perianal para evaluar si existen beneficios al realizarlas en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de intervenciones de hemorroides y fístula perianal entre enero/2020-diciembre/2024. Separándolos en régimen de ingreso hospitalario (IH) y CMA, se recogen características demográficas, comorbilidades, detalles quirúrgicos, complicaciones, reingresos, reintervenciones y asistencias a centros sanitarios (CS) en el postoperatorio.

Resultados: Se incluyeron 738 pacientes (IH:39,4%; CMA:60,6%). Existen diferencias estadísticamente significativas (ES) respecto a: 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 ($p0,123$, IH:10,7%; CMA:7,4%). 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 resecaos. La estancia media de IH fue de 1,2 días. No existen diferencias ES respecto a acudir a CS durante el postoperatorio ($p0,077$; CMA:53%; IH:47%), siendo el principal motivo el dolor (47%). No existen diferencias ES respecto al reingreso ($p0,211$; CMA:50%; IH:50%), siendo la causa más frecuente la rectorragia (53,13%). 9 pacientes precisaron reintervención. Sí hay diferencias ES respecto a la anticoagulación ($p0,002$; no anticoagulado: 3,8%; anticoagulado:14,7%). 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 patología. Los datos obtenidos indican que la intervención por CMA no supone un aumento de comorbilidades durante el postoperatorio, redundando así en un beneficio económico. Además, éstas se producen una media de 7,73 días después, por lo que realizarlas en IH no las evitaría.



Comunicaciones Orales

ACTIVIDAD CIENTÍFICA Y CLÍNICO ASISTENCIAL EN COLOPROCTOLOGÍA DURANTE LA FORMACIÓN MIR EN GALICIA. ENCUESTA DEL GGCP

Lenza Trigo P, Fernández Veiga P, Martínez Míguez M, Paniagua García-Señorans M, Romero González JA, Fernández López F, Vázquez Bouzán R, López de los Reyes R, Aldrey Cao I. (*)

(*) Hospital Universitario Lucus Augusti.

RESUMEN:

Objetivo: La actividad quirúrgica (AQ) en Coloproctología (CP) ocupa una parte importante de la formación MIR de Cirugía General y Aparato Digestivo (CGAD). Nuestro objetivo es conocer el nivel adquirido por el MIR en esta área de conocimiento y la valoración que realizan sobre su formación.

Material y método: Estudio observacional, transversal, descriptivo realizado a partir de los datos recogidos de la encuesta enviada a los MIR de CGAD de los 8 hospitales de la Comunidad Autónoma de Galicia con docencia postgraduada. El cuestionario sobre la AQ recoge la participación del MIR como primer cirujano y ayudante en procedimientos quirúrgicos en patología proctológica benigna y colorrectal. La comparación de procedimientos entre Unidades se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Los grados de satisfacción (Escala Likert): 0-2 (muy insatisfecho); 3-4 (insatisfecho); 5-6 (neutral o indiferente); 7-8 (satisfecho); 9-10 (muy satisfecho).

Resultados: Participaron 57 MIR (93,4%), 31 (54,4%) realizaban su formación en Unidades acreditadas por la AACP. Edad media: 28,4 años (25-37 años). Año de formación: 12 (21%) MIR 1; 13 (23%) MIR 2; 11 (19%) MIR 3; 10 (18%) y 11 (19%) MIR 4 y MIR 5, respectivamente. Fueron primeros cirujanos en 3072 pacientes (42,2%) de los 7272 con patología anal benigna y del suelo pélvico y en 1093 (17,2%) de los 6348 intervenidos por patología colorrectal. En cirugía de hemorroides y fístulas anales, los procedimientos más realizados fueron el de Milligan-Morgan (34,3%) y la aplicación de un sedal laxo (41,8%), respectivamente. De 245 pacientes con afecciones del suelo pélvico, solo participaron como primer cirujano en 9 (3,7%). En cirugía colorrectal, la colectomía es el procedimiento en el que han participado con mayor frecuencia, como primer cirujano en el 10,8% de los casos, en el 5,4% y 17,2% vía laparoscópica y abierta, respectivamente. Nunca han sido primer cirujano en los 333 pacientes tratados con RAP de recto. Los MIR de Unidades acreditadas participaron con mayor frecuencia, como primeros cirujanos, en procedimientos como THD ($p=0,005$), hemorroidopexia ($p<0,001$), aplicación de sedal de drenaje ($p<0,001$), fistulotomía ($p=0,002$), fistulectomía ($p<0,001$), ELI ($p=0,003$), esfinteroplastia ($p=0,015$), Hartmann ($p<0,001$) y colectomías izquierdas laparoscópicas ($p=0,035$). Procedimientos como drenaje de abscesos ($p=0,044$), exéresis de quiste pilonidal ($p<0,001$) y colostomía ($p<0,001$) fueron realizados más frecuentemente por MIR de las Unidades no acreditadas. Menos del 50% estaban satisfechos y muy satisfechos con su participación como primer cirujano, aunque esa valoración fue superior en los MIR de Unidades acreditadas ($p = 0,017$).

Conclusiones: Existen diferencias significativas en el volumen de procedimientos y grados de satisfacción entre unidades acreditadas y no. Como cirujanos ayudantes su valoración es alta, pero su escasa o nula participación como primer cirujano en procedimientos complejos o mínimamente invasivos nos debería hacer valorar un mayor desarrollo formativo en cirugía compleja anal, colorrectal y del suelo pélvico.



Comunicaciones Orales

SÍNDROME DE MCKITTRICK WHEELOCK: A PROPOSITO DE DOS CASOS

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

(*) Hospital Ribera Povisa (Vigo).

RESUMEN:

Objetivos: El pólipo rectal es un hallazgo incidental, aunque frecuente, dentro de un estudio endoscópico. Estos pólipos pueden clasificarse, según estudio histológico, como no neoplásicos y neoplásicos; dentro de estos últimos se encuentran los pólipos vellosos, un tipo de lesión adenomatosa con crecimiento digitiforme y mayor riesgo de malignización. El síndrome de Mc Kittrick-Wheelock se caracteriza por la presencia de un pólipo velloso gigante hipersecretor, acompañado de una tríada clínica característica: diarrea crónica secretora severa, alteración de la función renal y desequilibrio hidroelectrolítico. El estado mantenido y sin el debido manejo terapéutico puede conllevar una deshidratación grave, fallo renal agudo secundario, y finalmente la muerte.

Materiales y métodos: Se presentan dos casos:

Caso 1: Mujer de 46 años que acude a urgencias por vómitos y diarrea de 4 días de evolución, asociado a dolor epigástrico tipo cólico que alivia con las deposiciones. A nivel analítico presenta datos de fallo renal con hiponatremia e hipopotasemia, por lo que se decide ingreso y se completa estudio donde se evidencia gran tumor en región rectosigmoidea con crecimiento polipoide compatible con adenoma velloso con áreas de infiltración de pared. Dados los hallazgos se decide Resección rectal por vía perineal tipo Altemeir. En las subsiguientes colonoscopias de control durante los siguientes 5 años de identifican sucesivas recidivas que se resecan mediante polipectomía colonoscópica o resección endorrectal quirúrgica en función de las características anatómicas y localización de las lesiones.

Caso 2: Mujer de 66 años que acude a urgencias por diarrea acompañadas de dolor tipo cólico; refiere además mareos con pérdida de conciencia, palidez cutánea y temblores. A nivel analítico presenta datos de fallo renal con hiponatremia e hipopotasemia por lo que ingresa para completar estudio; mediante colonoscopia se evidencia una lesión polipoidea velloglandular que se reseca parcialmente por abordaje endorrectal.

Resultados: Caso 1: Tras nuevo estudio por resonancia se objetiva nueva recidiva con sospecha de afectación de la capa muscular, por lo que se programa para múltiples biopsias; esta se complica con perforación de pared rectal, por lo que se realiza Sigmoidoprotectomía y Hartmann, con diagnóstico anatomopatológico de displasia de alto grado. Un año después se completa con amputación de recto-anal perineal por proctalgiyas y alto riesgo de regeneración tumoral. Caso 2: Tras tomografía de control que demuestra la lesión con sospecha de afectación de mesorrecto se decide realizar Resección anterior de recto, con diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado.

Conclusiones: El síndrome de Mc Kittrick-Wheelock debe ser tratado de forma precoz tanto por la gravedad clínica inicial como por su potencial de malignización. En caso de decidirse resecciones más limitadas es importante un seguimiento estricto continuado.



Comunicaciones Orales

ACTIVIDAD QUIRÚRGICA EN COLOPROCTOLOGÍA DURANTE LA FORMACIÓN MIR EN GALICIA. ENCUESTA DEL GGCP

Rodríguez Carral P, Fernández Veiga P, Martínez Míguez M, Paniagua García-Señorans M, Romero González JA, Fernández López F, Vázquez Bouzán R, López de los Reyes R, Aldrey Cao I. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

RESUMEN:

Objetivo: La actividad quirúrgica (AQ) en Coloproctología (CP) ocupa una parte importante de la formación MIR de Cirugía General y Aparato Digestivo (CGAD). Nuestro objetivo es conocer el nivel adquirido por el MIR en esta área de conocimiento y la valoración que realizan sobre su formación.

Material y método: Estudio observacional, transversal, descriptivo realizado a partir de los datos recogidos de la encuesta enviada a los MIR de CGAD de los 8 hospitales de la Comunidad Autónoma de Galicia con docencia postgraduada. El cuestionario sobre la AQ recoge la participación del MIR como primer cirujano y ayudante en procedimientos quirúrgicos en patología proctológica benigna y colorrectal. La comparación de procedimientos entre Unidades se realizó mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Los grados de satisfacción (Escala Likert): 0-2 (muy insatisfecho); 3-4 (insatisfecho); 5-6 (neutral o indiferente); 7-8 (satisfecho); 9-10 (muy satisfecho).

Resultados: Participaron 57 MIR (93,4%), 31 (54,4%) realizaban su formación en Unidades acreditadas por la AECOP. Edad media: 28,4 años (25-37 años). Año de formación: 12 (21%) MIR 1; 13 (23%) MIR 2; 11 (19%) MIR 3; 10 (18%) y 11 (19%) MIR 4 y MIR 5, respectivamente. Fueron primeros cirujanos en 3072 pacientes (42,2%) de los 7272 con patología anal benigna y del suelo pélvico y en 1093 (17,2%) de los 6348 intervenidos por patología colorrectal. En cirugía de hemorroides y fístulas anales, los procedimientos más realizados fueron el de Milligan-Morgan (34,3%) y la aplicación de un sedal laxo (41,8%), respectivamente. De 245 pacientes con afecciones del suelo pélvico, solo participaron como primer cirujano en 9 (3,7%). En cirugía colorrectal, la colectomía es el procedimiento en el que han participado con mayor frecuencia, como primer cirujano en el 10,8% de los casos, en el 5,4% y 17,2% vía laparoscópica y abierta, respectivamente. Nunca han sido primer cirujano en los 333 pacientes tratados con RAP de recto. Los MIR de Unidades acreditadas participaron con mayor frecuencia, como primeros cirujanos, en procedimientos como THD ($p=0,005$), hemorroidopexia ($p<0,001$), aplicación de sedal de drenaje ($p<0,001$), fistulotomía ($p=0,002$), fistulectomía ($p<0,001$), ELI ($p=0,003$), esfinteroplastia ($p=0,015$), Hartmann ($p<0,001$) y colectomías izquierdas laparoscópicas ($p=0,035$). Procedimientos como drenaje de abscesos ($p=0,044$), exéresis de quiste pilonidal ($p<0,001$) y colostomía ($p<0,001$) fueron realizados más frecuentemente por MIR de las Unidades no acreditadas. Menos del 50% estaban satisfechos y muy satisfechos con su participación como primer cirujano, aunque esa valoración fue superior en los MIR de Unidades acreditadas ($p = 0,017$).

Conclusiones. Existen diferencias significativas en el volumen de procedimientos y grados de satisfacción entre Unidades acreditadas y no. Como cirujanos ayudantes su valoración es alta, pero su escasa o nula participación como primer cirujano en procedimientos complejos o mínimamente invasivos nos debería hacer valorar un mayor desarrollo formativo en cirugía compleja anal, colorrectal y del suelo pélvico.



Comunicaciones Orales

¿VALE LA PENA AMPLIAR LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA A MUJERES MAYORES DE 70 AÑOS?

Vidal Herrador B, Seoane M, Calvache A, González-Vinagre S, Abella F, Acitores I, Thorpe B, Catalán M. (*)
(*) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

RESUMEN:

Introducción y objetivo: El programa de detección precoz del cáncer de mama se aplicaba en Galicia a mujeres entre 50 y 70 años. Las mujeres mayores de 70 años pasaban abruptamente de un seguimiento regular con mamografías cada dos años a una vigilancia cero. Esta interrupción de los programas de cribado contrastaba con las recomendaciones europeas (European Commission Initiative Breast Cancer) que apoyadas en la elevación de la esperanza y calidad de vida (86,6 años en 2024 en las mujeres españolas) defendían una ampliación en la edad de prevención secundaria del cáncer de mama. En septiembre de 2023 se amplió en Galicia la edad de cribado de cáncer de mama (CCM) de los 70 a los 75 años. Esta decisión supuso un incremento importante de los recursos y probablemente se traducirá en el futuro en un descenso del cáncer de mama avanzado en mujeres longevas. Nuestro objetivo es conocer el alcance de esta medida comparando la incidencia y características del cáncer en este grupo de edad antes y después de aplicar esta ampliación.

Material y método: Se revisaron retrospectivamente las pacientes de 71 a 76 años diagnosticadas de cáncer de mama durante el año 2021 y el año 2024 comparando su número, estadio e indicación de tratamiento quirúrgico.

Resultados: En 2021 operamos 187 pacientes de cáncer de mama, 17 (9,8%) estaban en esa franja de edad; en 2024, 200 pacientes, 38 (19%) entre 71 y 76 años. El tamaño de los tumores fue menor en 2024: media acotada al 20%: 33,69 mm (2021) y 14,34 mm (2024). Esto permitió más cirugía conservadora: 53,33% (2021) y 86,11% (2024), y menos necesidad de linfadenectomía axilar: 40% (2021) y 7,89% (2024). La proporción de tumores luminales fue similar: 66,66% (2021) y 65,78% (2024).

Conclusiones:

- La ampliación del CCM hasta los 75 años supuso un incremento del 46,5% en el diagnóstico y tratamiento en este rango de edad.
- Las pacientes entre 71 y 76 años diagnosticadas en 2024 tenían tumores más pequeños y con menor afectación axilar que las operadas en 2021 y eso supuso la necesidad de una cirugía menos agresiva con mayor porcentaje de cirugía conservadora y menos linfadenectomías.
- La necesidad de tratamiento adyuvante será menor y la calidad de vida esperable será mayor en las pacientes que pudieron beneficiarse de un diagnóstico precoz gracias a la ampliación del programa de cribado.
- Probablemente habrá que basarse en las preferencias de cada paciente y en la valoración individualizada de sus comorbilidades para seleccionar las que pueden beneficiarse del CCM a partir de los 75 años adecuando el seguimiento a las características de esta franja de edad.



Comunicaciones Orales

TRAUMATISMO CARDÍACO PENETRANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Alberca Remigio C, Trillo Parejo P, Domínguez Carrera JM, Iglesias Diz D, Martínez Martínez C, Octavio de Toledo de Miguel E, Álvarez García M. (*)

(*) Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

RESUMEN:

Introducción: Introducción: El traumatismo cardíaco penetrante es una urgencia quirúrgica de extrema gravedad, asociada a una alta mortalidad, que requiere intervención inmediata.

Material y métodos: Paciente varón de 21 años que sufre un apuñalamiento torácico en la vía pública. Es trasladado por el 061 al servicio de urgencias, tras presentar una parada cardiorrespiratoria (PCR) recuperada. Se informa de un posible hemotórax, traumatismo cardíaco e intubación orotraqueal ya realizada. A la llegada del equipo de guardia de cirugía general, el paciente presenta nueva PCR y está en maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). Se identifica una herida incisa de 4 cm en el lado izquierdo del tórax con abundante sangrado arterial. Se realiza packing e intento de control hemorrágico con introducción de sonda Foley. Se activa el protocolo de transfusión masiva y se traslada urgentemente al quirófano. A su llegada, se practica una toracotomía anterolateral izquierda y laparotomía exploradora. Se evidencian: hemotórax masivo, taponamiento cardíaco, herida penetrante en la cara anterolateral del corazón, diafragma íntegro y cavidad abdominal sin hallazgos. Se realiza compresión aórtica, evacuación del hemotórax, apertura pericárdica, sutura de la lesión cardíaca y masaje cardíaco directo. Este no resulta efectivo y finalmente se certifica el exitus del paciente.

Discusión: El traumatismo cardíaco tiene una mortalidad elevada: el 50% de los pacientes fallecen en el lugar del suceso, el 33% durante el transporte o al llegar al hospital, y solo el 63% de quienes llegan con vida sobreviven. La principal causa es la herida por arma blanca. Las lesiones cardíacas se clasifican en cinco grados según la Sociedad Americana de Cirugía del Trauma. El abordaje inicial debe seguir la estrategia ABCDE, junto con la activación de protocolos de resucitación de control de daños y transfusión masiva. El diagnóstico inicial puede apoyarse en ecografía FAST torácica y radiografía de tórax. En pacientes inestables o en paro cardíaco, está indicado el manejo quirúrgico inmediato mediante toracotomía anterolateral izquierda o esternotomía media. La pericardiotomía debe realizarse con precaución, especialmente en presencia de taponamiento cardíaco, en este punto hay que tener especial precaución con el nervio frénico. Para el control transitorio del sangrado se pueden emplear presión digital directa, uso de sonda Foley en la herida cardíaca, sutura en U, grapado temporal o la maniobra de Sauerbruch. Las técnicas de sutura incluyen puntos en U con sutura con o sin pledgets de teflón o sutura continua con polipropileno 3-0. Es fundamental la inspección de la cara posterior del corazón para descartar otras lesiones. El cierre del pericardio no debe ser hermético. Entre las complicaciones más frecuentes destacan el síndrome compartimental mediastinal, la herniación o torsión cardíaca y el taponamiento tardío.

Conclusiones: El traumatismo cardíaco penetrante conlleva una alta mortalidad. Sin embargo, una intervención rápida y adecuada puede resultar decisiva en la supervivencia de estos pacientes.